



CONSEIL DE L'ÂGE

**POLITIQUES DE SOUTIEN A L'AUTONOMIE
DES PERSONNES ÂGÉES :
quelques comparaisons internationales**

Mars 2019

Sommaire

SYNTHESE Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales	6
Introduction.....	22
I) Enjeux et contexte des politiques de soutien à l'autonomie.....	23
1.1 Le vieillissement de la population : une tendance démographique générale	23
1.2 Le besoin de soutien à l'autonomie en Europe	25
1.2.1 Approche épidémiologique par l'espérance de vie en bonne santé	25
1.2.2 Approche par la proportion de bénéficiaires de soins de longue durée	26
1.3 Les différents contextes socio-économiques du soutien à l'autonomie	28
1.3.1 Des modèles et des approches différenciés	28
a) Des politiques qui s'inscrivent dans des modèles d'Etat-providence pré-existants.....	28
b) Des différences dans les définitions et le périmètre de la perte d'autonomie	29
c) Deux approches nous semblent qualifier le regard posé sur les personnes en perte d'autonomie.....	30
1.3.2 Des contextes organisationnels différents, mais des tendances communes au renforcement de la proximité.....	31
1.3.3 Un investissement économique et un financement public très variables.....	33
a) Part des dépenses par rapport au PIB	33
b) Ratio dépenses publiques/ dépenses totales	35
c) Répartition entre composantes médicale et sociale dans les dépenses de soins de longue durée	35
1.4 De nombreux traits communs et des orientations stratégiques qui convergent. 36	
1.4.1 Les traits communs.....	36
a) Des dispositifs majoritairement encadrés par la loi	36
b) Des prestations globalement universelles.....	40
c) La barrière d'âge n'existe pas dans la plupart des pays	40
d) Un poids important des financements publics	41
e) Apparition d'un "care deficit" : raréfaction des ressources humaines.....	41
1.4.2 Des orientations stratégiques similaires dans l'ensemble des pays étudiés	41
a) La priorité au soutien à domicile	41
b) Le libre choix pour développer l'offre des services	42
c) Une monétisation plus importante des aides.....	42
d) Focus sur la qualité des soins	43
e) La recherche d'une meilleure intégration entre le sanitaire et le social	43
f) La montée des nouvelles technologies.....	43
II - Analyse thématique des prises en charge	45
2.1 Quels dispositifs d'évaluation et de coordination ?	45
2.1.1 Dans les pays nordiques : pas de grille de classement normalisée et une bonne coordination	45
2.1.2 Parmi les pays qui utilisent une grille, l'expérience du Québec est intéressante par son côté multidimensionnel et intégré	46
2.1.3 L'Allemagne et le Japon ont des démarches similaires	47
2.1.4 En Espagne, une approche relativement similaire à celle de la France.....	53

2.1.5	En Italie, une évaluation multidimensionnelle des besoins basée sur une grille qui diffère selon les régions	55
2.1.6	Aux Pays-Bas, une évaluation approfondie mais des conditions restrictives d'accès aux soins de longue durée.....	56
2.1.7	En Belgique, une évaluation complexe qui s'appuie sur trois grilles différentes	58
2.2	Quelle réponse en termes de prestations ?	60
2.2.1	Les pays offrant majoritairement une prestation en nature : le Danemark, la Suède, le Québec et le Japon	60
a)	Au Québec	60
b)	En Suède	64
c)	Au Danemark	65
d)	Au Japon, une gamme de services diversifiés planifiés par les municipalités	67
2.2.2	Des pays offrant majoritairement des prestations en espèces : la Belgique et l'Italie.....	72
a)	En Belgique, des prestations majoritaires en espèces, sauf pour ce qui relève des services au niveau local.	72
b)	En Italie, un système de prestations majoritairement en espèces et destiné en grande partie aux personnes en perte d'autonomie sévère	76
2.2.3	Les Pays-Bas, l'Allemagne et l'Espagne combinent prestations en nature et en espèces	79
a)	Au Pays-Bas : les prestations en nature, assurées par trois législations distinctes, peuvent être partiellement converties en espèces.....	79
b)	En Allemagne : des prestations en nature et en espèces, avec la possibilité de choisir entre les deux	82
c)	En Espagne : une volonté de développer les prestations en nature, mais dans les faits, une prestation en espèces répandue	86
2.3	Quelle réponse en termes de lieu de vie ?	91
2.3.1	Le Québec, une offre d'habitat diversifiée, des restes à charge relativement moins élevés et modulés en fonction des ressources pour les établissements de soins de longue durée	93
2.3.2	En Suède, une forte priorité mise sur le soutien à domicile ordinaire ou adapté depuis des années	97
2.3.3	Au Danemark, une forte désinstitutionnalisation depuis les années 1990 et un développement des logements sociaux adaptés et intégrés à la vie de la cité	100
2.3.4	Aux Pays-Bas	103
2.3.5	En Belgique, une offre relativement similaire à celle de la France, des restes à charge variables selon les régions	103
2.3.6	En Allemagne, une volonté de développement de l'habitat partagé et alternatif	105
2.3.7	En Espagne, un faible recours à l'institution et un développement soutenu de l'accueil de jour	107
2.3.8	En Italie, un faible recours à l'institution	109
2.3.9	Au Japon : un déficit de places en maisons de retraite médicalisées	112
2.4	Ressources humaines : quels acteurs pour la mise en œuvre ? manque de professionnels et recours aux aidants	113
2.4.1	Les professionnels	113
2.4.2	Le soutien aux aidants	122
a)	En Suède	125
b)	Au Danemark	127
c)	En Italie	128
d)	Au Québec	129
e)	En Allemagne	131
f)	En Espagne.....	132

2.5	Et si on parlait prévention ?	133
2.5.1	Les pays nordiques misent sur le « bien vieillir »	133
2.5.2	Au Québec	135
2.5.3	Au Japon : des prestations accessibles dès les deux premiers niveaux de prévention ..	136
2.6	Quelques éléments sur le financement	137
2.6.1	En Suède	137
2.6.2	Aux Pays-Bas	139
2.6.3	En Allemagne : l'assurance soins de longue durée	141
2.6.4	Au Japon : une assurance de soins de longue durée qui assure pour l'instant la stabilité financière du système.....	144
2.6.5	Au Québec, un financement principalement étatique	145
Conclusion		147
ANNEXES		148
Annexe 1 : Compte de la dépendance en France : comparaison du compte de la dépendance et des dépenses comptabilisées par l'OCDE		149
Annexe 2 : Grille de classement espagnole		151
Annexe 3 : Grille d'évaluation utilisée selon les régions en Italie		152
Annexe 4 : Les échelles de dépendance utilisées en Belgique		153
Annexe 5 : Type de prise en charge suivant la combinaison de différents types de prestations, par région, Italie		156
Annexe 6 : Formules de calcul de la participation financière selon le type de prestations, Espagne		158

SYNTHESE¹

POLITIQUES DE SOUTIEN A L'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES : QUELQUES COMPARAISONS INTERNATIONALES

La présente analyse porte sur 9 pays : l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, l'Italie, la Suède et le Québec pour lesquels nous avons bénéficié de l'appui des conseillers sociaux en ambassade, ainsi que sur la Belgique, les Pays-Bas et le Japon.

Tous les pays étudiés sont confrontés aux enjeux du vieillissement et de la perte d'autonomie. Les stratégies développées et les grandes orientations sont similaires : priorité au soutien à domicile, diversification des réponses en termes de lieux de vie et des choix offerts aux familles, tendance à l'extension des prestations en espèces plutôt qu'en nature, soutien aux aidants et attention portée à la question de la qualification des professionnels du secteur.

Si la soutenabilité est un des enjeux des politiques mises en place, on soulignera par ailleurs une préoccupation majeure relative au bien-être et à la qualité des réponses apportées aux besoins des personnes âgées.

On ne traitera dans cette étude que de la question des personnes âgées, même si peu de pays, à l'instar de la France, ont instauré une barrière d'âge (la Belgique, le Japon) et ne réservent certaines prestations qu'aux plus de 65 ans. Pour faciliter la comparaison entre pays lorsqu'il y a des données monétaires, celles-ci ont été converties en parité de pouvoir d'achat avec la France (chiffre 2016 entre parenthèses).

Les difficultés et limites inhérentes à ce type d'exercice incitent à beaucoup de prudence quant à une tendance à vouloir cataloguer, classifier et simplifier les politiques et dispositifs mis en place dans les différents pays. Cette comparaison nous invite également à ne pas les analyser avec pour seule vision l'approche française, mais à repenser nos catégories traditionnelles d'analyse et de lecture, notamment sur la dichotomie domicile/établissement.

Les éléments de contexte

Des situations sensiblement différentes

Le Japon, l'Allemagne et l'Italie sont les plus concernés par le vieillissement : les plus de 65 ans représentaient en 2015 20 % ou plus de leur population. Si l'on s'en tient aux plus de 80 ans, ils représentaient, la même année, entre 4 % (aux Pays-Bas et au Danemark) et 8 % (Japon), mais au Japon cette part de la population va croître moins vite, à l'avenir, qu'en Italie, en Espagne ou au Danemark par exemple.

L'avancée en âge n'est pas synonyme pour autant de perte d'autonomie et pour bien apprécier la situation des différents pays, il faut croiser ces données démographiques avec l'espérance de vie sans incapacité et les bénéficiaires de soins de longue durée. On retrouve

¹ Cette note a été réalisée par Dominique Acker et Carole Bonnet, rapporteurs scientifiques au HCFEA, sous la coordination du secrétariat général et avec la collaboration de Lucie Gauthiot. Le secrétariat général et les auteurs remercient tout particulièrement les conseillers sociaux des ambassades et leurs adjointes pour leur contribution écrite en réponse à notre questionnaire, la Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI), l'OCDE ainsi que Blanche Le Bihan, Anne-Marie Guillemard, Marie Beaulieu de l'université de Sherbrooke (pour le Québec) et Miyako Nakamura Fujimori (pour le Japon).

l'Allemagne et l'Italie parmi les pays pour lesquels le nombre d'années de vie avec limitation des capacités est le plus important (20 ans pour les femmes en Allemagne, 19 ans en Italie). A contrario, ce nombre n'est que de 5 ans pour les hommes en Suède (6 ans pour les femmes). Pourtant ce pays, tout comme le Danemark, dispense des soins de longue durée à plus de 15 % de ses citoyens de plus de 65 ans. L'Allemagne vient seulement en troisième position avec 13,6 % de bénéficiaires.

Pour mieux comprendre, d'un point de vue macro-économique, les politiques menées dans les différents pays et leur « générosité », il faut confronter ces éléments avec l'investissement que représentent les dépenses de soins de longue durée par rapport au PIB. Cette analyse permet de dégager quatre types de pays :

- ✚ Ceux qui consacrent **moins de 1 % de leur PIB** aux dépenses de soins de longue durée, qui ont une part des plus de 80 ans assez élevée (6 à 7 %), un pourcentage de bénéficiaires de plus de 65 ans compris entre 9 % et 11,5 % et un taux d'institutionnalisation inférieur à 3 % : l'Espagne et l'Italie. Ces pays correspondent à des modèles **familialistes**, où la prise en charge est largement déléguée à la famille.
- ✚ Ceux qui consacrent **entre 1 % et 2 % de leur PIB** aux dépenses de soins de longue durée, qui ont une part des plus de 80 ans moyenne (5 à 6 %), un pourcentage de bénéficiaires de plus de 65 ans compris entre 10 % et 13 % et un taux d'institutionnalisation de 4 % : l'Allemagne² et la France.
- ✚ Ceux qui consacrent **entre 2 % et 2,5 % de leur PIB** aux dépenses de soins de longue durée, qui ont une part des plus de 80 ans assez élevée (6 à 8 %) et un pourcentage de bénéficiaires de plus de 65 ans compris entre 13 % et 15,5 %, mais un taux d'institutionnalisation contrasté : 3 % au Japon, 6,8 % en Belgique.
- ✚ Ceux qui consacrent **plus de 2,5 % de leur PIB** aux dépenses de soins de longue durée, qui ont une part des plus de 80 ans plutôt basse (4 à 5 %), un pourcentage de bénéficiaires de plus de 65 ans compris entre 13 % et 15,5 % et un taux d'institutionnalisation de 4 à 4,5 % : les Pays-Bas, le Danemark et la Suède.

Les deux dernières catégories de pays (Japon, Belgique, Pays-Bas et pays nordiques) apparaissent ainsi comme les plus généreuses, avec des points communs concernant leur approche que nous aborderons par la suite. Il semblerait que le Québec puisse aussi être classé dans ce groupe, mais nous n'avons pas suffisamment d'éléments pour le confirmer (les statistiques de l'OCDE concernent le Canada dans son ensemble et non le Québec). Par ailleurs, le niveau de PIB consacré par les Pays-Bas aux soins de longue durée pose question, mais il semble pourtant correspondre à la définition des soins de longue durée proposée par l'OCDE.

² L'Allemagne consacrait en 2015 1,3 % de son PIB aux dépenses de soins de longue durée, mais a décidé d'injecter 5 milliards d'euros par an pour améliorer sa politique de soutien à l'autonomie.

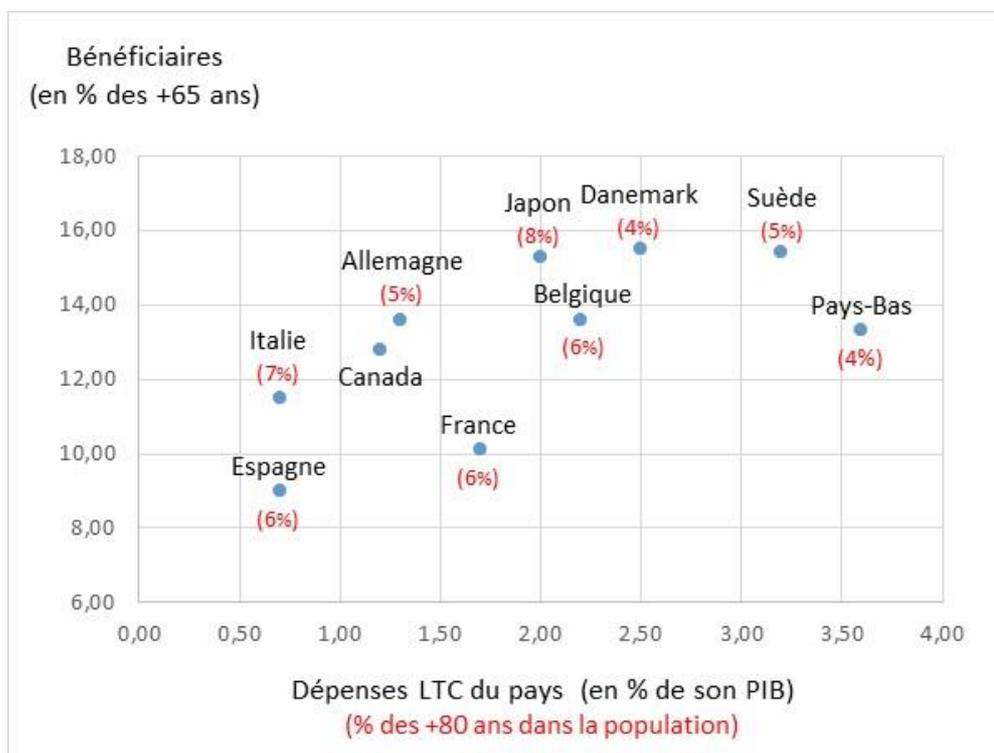
Encadré - Définition des soins de longue durée dans le système des comptes de la santé de l'OCDE³

Les soins de longue durée (SLD) englobent les services sanitaires et sociaux fournis aux personnes dépendantes qui ont besoin de soins en continu.

Le volet « santé » des soins de longue durée comprend : les soins médicaux ou infirmiers (pansement, administration de médicaments, conseils en matière de santé, soins palliatifs, soulagement de la douleur et diagnostic médical relativement à des soins de longue durée). Cela peut inclure des activités préventives pour éviter la détérioration des conditions de santé à long terme ou des activités de réadaptation pour améliorer la fonctionnalité (par exemple, l'exercice physique pour améliorer le sens de l'équilibre et éviter les chutes) ; les services de soins personnels qui aident aux activités de la vie quotidienne (AVQ), à prendre un bain, à se laver, à s'habiller, à se lever et à se lever, à se rendre aux toilettes et à gérer l'incontinence. La surveillance générale des personnes atteintes de démence et de la maladie d'Alzheimer est aussi incluse dans ce volet « santé ».

Le volet « social » des soins de longue durée comprend les services d'assistance qui permettent à une personne de vivre de manière autonome. Ils se rapportent à l'aide aux activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) comme l'aide aux courses, la lessive, la cuisine, les travaux ménagers, la gestion des finances et l'utilisation du téléphone.

Le graphique ci-dessous classe les pays en fonction de la part de PIB consacrée aux soins de longue durée et du nombre de bénéficiaires de ces soins. On remarquera qu'il n'y a pas de logique entre ces deux données et le pourcentage de personnes âgées de plus de 80 ans (chiffre entre parenthèses).



Source : HCFEA

³ OCDE (2018), Accounting and mapping of Long-term care expenditure under SHA 2011. Health division

Le cadre législatif

La totalité des pays étudiés ont mis en place un dispositif législatif garantissant un soutien aux personnes âgées vulnérables. Ce qui fait la différence, c'est la manière dont les pays ont anticipé cette question et la date à laquelle ils ont construit une législation. De nouvelles préoccupations émergent : meilleure prise en compte des maladies neuro-dégénératives et de la qualité des soins et services. D'une manière générale, la succession de réformes dans les différents pays témoigne du fait qu'ils n'ont pas encore trouvé leur équilibre entre la nature des aides (prestations en espèces ou en nature, aides sociales ou mesures fiscales) et leur financement (impôts, cotisations, taxes, etc.) face à la pression des besoins. On perçoit clairement que cette question de la perte d'autonomie est encore une préoccupation relativement récente à l'échelle historique et n'a pas encore trouvé sa maturité.

Des tendances communes

Face aux défis du vieillissement, et avec des situations de départ contrastées, les différents pays considèrent leur politique de soutien à l'autonomie comme **universelle**, aucune personne éligible n'étant écartée pour des raisons de revenu. Il peut cependant y avoir des différences dans les prestations sur l'ensemble du territoire du fait de politiques très décentralisées. La **barrière d'âge** n'existe pas, sauf en France, en Belgique et au Japon. Le **principe de subsidiarité de l'aide**, au travers de l'obligation alimentaire et du recours sur succession, existerait dans une minorité de pays et semblerait dans tous les cas rarement mis en œuvre. Ainsi, la plupart des pays ne pratiqueraient pas **l'obligation alimentaire**, à l'exception de l'Allemagne, de la France et vraisemblablement de l'Espagne et de l'Italie⁴ pour les aides sociales (et non pour les prestations de soutien à l'autonomie) ; au Québec, elle figure dans le Code civil mais est rarement mise en œuvre. Le recours sur succession ne concerne que les frais d'hébergement en France et en Espagne (sous forme de reconnaissance de dette).

Les pays se retrouvent aussi sur des **orientations communes** :

- ✚ La priorité donnée au soutien à domicile
- ✚ Le développement et la diversification de l'offre de services (services de soins et du « care »)
- ✚ Le renforcement de l'échelon local dans la mise en œuvre des aides et dans l'appui à l'innovation
- ✚ Une monétisation plus importante des aides pour favoriser le libre choix des personnes
- ✚ La recherche d'une meilleure qualité de soins
- ✚ L'importance accordée à la coordination et à l'intégration entre professionnels et entre sanitaire et social
- ✚ L'utilisation des nouvelles technologies, comme outil d'intégration, de coordination des services ou encore de suivi et d'aide aux personnes et aux professionnels.

Deux approches

En analysant le détail des dispositifs mis en place dans chaque pays, nous examinerons dans quelle mesure ces dispositifs sont révélateurs d'un certain regard posé sur les personnes âgées vulnérables. On peut distinguer deux hypothèses d'idéaux-types qui constituent des

⁴ Nous n'avons pas pu vérifier les informations en ce sens mais il semblerait qu'elle reste peu utilisée.

tendances structurant les politiques sans toutefois qu'elles s'interdisent d'utiliser les mêmes outils :

- ✚ La première est une approche par le **droit à vivre autonome**. Il s'agit pour la collectivité d'apporter à la personne les moyens de répondre à ses besoins **pour qu'elle exerce son droit à vivre de façon autonome**, dans la dignité et le bien-être, et **en pleine citoyenneté**. Il n'y a pas de critère d'âge, ni de gravité pour le soutien, ce sont les besoins de la personne qui priment. Il n'y a que peu de limites à ces besoins, la réponse s'organise de manière cohérente, essentiellement par des services de prévention et de soutien, et s'appuie sur une professionnalisation du « care ». Dans ce type d'approche inclusive, l'**adaptation** de la société à la personne est vécue de manière **positive** et s'inscrit dans une approche « *age friendly* », globale et transversale
- ✚ La seconde est une approche qui vise à **compenser le risque** de perte d'autonomie, considéré comme un nouveau risque social. Il s'agit moins de s'adapter que de compenser un déficit, « une dépendance », avec une vision plutôt « déficitaire » et plus centrée sur la personne et ses proches que sur son environnement. La compensation, souvent financière, laisse à la personne la liberté de s'organiser individuellement et de trouver le service adapté. Cette approche suppose de catégoriser le niveau de perte d'autonomie et de lui affecter un niveau de compensation en prestations (nature ou espèces), d'où l'importance de la phase d'évaluation.

1. La phase d'évaluation : première pièce de l'édifice dans tous les pays

Tous les pays mettent en place un dispositif de recueil des besoins des personnes âgées.

Ce recueil est destiné à évaluer les besoins et, le cas échéant, classer la personne en fonction de son « degré de perte d'autonomie ». Il est initié :

- ✚ soit par une équipe municipale sans qu'un avis médical soit nécessairement requis s'il s'agit d'aide à domicile (« *care manager* en Suède, équipe paramédicale sous la responsabilité d'un « *care assessor* » au Danemark, assistante sociale en Italie, technicien socio-sanitaire en Espagne) ;
- ✚ soit par une équipe pluridisciplinaire d'un centre médico-social (centre intégré de soins et de services au Québec) ou d'un point unique d'accès (en Italie pour les cas complexes) ;
- ✚ soit par les services de l'assurance maladie (avis du service médical en Allemagne, en Belgique, formulaire d'indication puis évaluation à domicile par une infirmière de district aux Pays-Bas) ;
- ✚ soit par un comité d'évaluation statuant sur un triple avis : social et familial (par un « *care manager* »), médical (par le médecin traitant) (Japon).

Dans la majorité des pays, sont appréciées les capacités des personnes pour les activités, techniques ou non, de la vie quotidienne. Certains ajoutent des éléments concernant les troubles cognitifs (qui sont de mieux en mieux inclus dans l'évaluation), la situation familiale, l'environnement, prônant une analyse multi-dimensionnelle (Québec, Japon et pays nordiques notamment).

Trois pays évaluent les besoins **sans pour autant avoir de grille de classement normalisée** puisque l'analyse sert à induire directement la mise en œuvre de services et d'aides techniques auprès de la personne (Danemark, Suède, Québec).

Quatre pays retiennent une grille de classement simplifiée avec **3 degrés** de dépendance : modérée, sévère, très sévère (Italie et Pays-Bas, où on utilise aussi un niveau 0 ; Espagne, où chaque degré est subdivisé en 2 niveaux pour l'appréciation des besoins).

Trois pays disposent d'une grille de classement plus large (**5 à 7 degrés**) incluant notamment les situations dans lesquelles des actions de prévention peuvent ou doivent être envisagées : le Japon (5 niveaux de dépendance et 2 niveaux de prévention), l'Allemagne qui a intégré récemment deux nouveaux niveaux dont un cinquième niveau prenant en compte une faible perturbation de l'autonomie ou des capacités (celui-ci a concerné 500 000 nouveaux bénéficiaires) et la Belgique qui dispose de plusieurs grilles de classement mais utilise une grille à 5 niveaux pour l'appréciation de l'allocation personne âgée (APA).

La notion de **point unique d'entrée** est présente dans de nombreux pays : pays nordiques, Québec (CLSC), Italie, ...

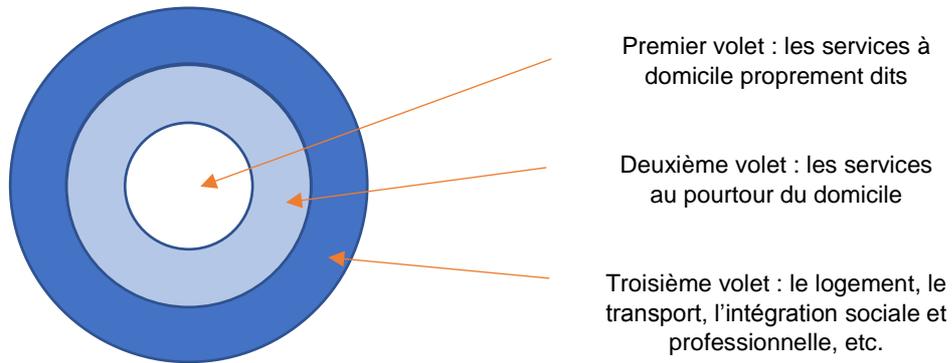
En ce qui concerne **la coordination**, c'est un point sur lequel la plupart des pays insistent sans que cela soit toujours bien maîtrisé. Le Japon, le Québec et les pays nordiques se sont dotés de *care manager* ; aux Pays-Bas, ce sont les infirmiers de proximité qui assurent coordination des soins et aide à domicile, en Belgique des centres de coordination de l'aide et des soins à domicile.

En France, l'évaluation est réalisée par une équipe pluridisciplinaire du Département, à partir d'une approche plutôt centrée sur l'autonomie de la personne et qui aboutit à un classement des personnes en fonction de leur niveau de perte d'autonomie (6 niveaux) et à un plan d'aide personnalisé.

2. Un large éventail de prestations pour le soutien à domicile, en nature ou en espèces

✚ On distingue nettement les pays (**Japon, pays nordiques, Québec et Pays-Bas**) qui ont fait le choix d'une approche tournée vers la satisfaction des besoins de la personne par la fourniture de **services et de prestations en nature**. Ces services concernent en général l'aide à domicile, les soins, les aides techniques, l'adaptation du logement, l'assistance 24h/24, des activités physiques, culturelles et sociales (souvent dans le cadre d'un accueil en **centres de jour**) et même des centres d'accueil temporaire (si la personne ou son entourage ont besoin de répit ou si la sortie d'hospitalisation doit être organisée) : ils ont vocation à prendre en compte l'ensemble des besoins dans une approche multi-dimensionnelle et citoyenne de la personne. Ils sont souvent complétés par des démarches plus globales visant une meilleure intégration des personnes vulnérables dans la « cité » (programme Municipalités amies des aînés au Québec et en Suède). Le schéma ci-après utilisé par le Québec illustre cette démarche :

Les services à domicile : une composante du soutien à domicile au Québec



Pour ce qui relève des soins, les services sont fournis la plupart du temps par les services de santé et sont gratuits ; pour l'aide à domicile, ils peuvent être assurés par des services publics souvent par l'intermédiaire des communes (Pays-Bas, Suède, Danemark), ils peuvent être combinés avec des entreprises de l'économie sociale (Québec) ou des opérateurs privés (pays nordiques, Japon).

Même si ces pays ne proposent *a priori* aucune prestation en espèces, on note quelques évolutions. Pour le Japon, le système fonctionne sous forme de tiers-payant avec les fournisseurs de services – les bénéficiaires se voient attribuer un plafond de prestations qui est évalué à 370 € pour le premier niveau de prévention et à 2 671 € pour le niveau 5 de perte d'autonomie ; ils achètent ensuite des prestations sans toujours atteindre ce plafond. Dans les pays nordiques, le soutien aux aidants peut se faire exceptionnellement sous forme de rémunération du service rendu. Aux Pays-Bas, l'offre de services est proposée de manière modulaire et les personnes qui veulent choisir leur prestataire peuvent recevoir un budget à convertir en prestations en nature, mais le dispositif est très contrôlé et fonctionne un peu comme au Japon sous forme de tiers-payant.

Le **reste à charge** pour les personnes est relativement bien maîtrisé pour les services assurant l'aide à domicile : soit le montant est calculé en fonction du revenu (pays nordiques), soit il existe des aides financières, comme au Québec, compensant le coût horaire des services (jusqu'à 10,30 € de l'heure), soit, comme au Japon, les prix des services sont régulés et révisés tous les 3 ans et pour acquitter son ticket modérateur (10 %), la personne peut bénéficier d'une assistance de la part de la commune et de l'Etat (*Seikatsu Hogo*). Au Québec, il existe également des dispositifs de crédits d'impôts ou de réduction d'impôts pour les personnes elles-mêmes (pour l'achat ou la location d'aides techniques, l'aménagement du logement ou encore pour les personnes ayant des déficiences graves) et pour leurs aidants.

- Deux autres pays ont fait le choix de distribuer majoritairement des **prestations en espèces**, se situant clairement dans une optique de compensation financière des incapacités, à charge pour la personne d'organiser comme elle le souhaite (ou le peut) sa prise en charge. On retrouve dans cette approche principalement l'**Italie** qui verse une « **indemnité d'accompagnement** » de 516 € par mois (575 € PPA) à 1,8 million de bénéficiaires en perte d'autonomie sévère (dont 1,4 million de plus de 65 ans) ainsi qu'une contribution économique calculée en fonction du revenu (de 130 € à 516 € par mois, soit de 145 € à 575 €

PPA). Dans les faits, cette indemnité sert à rémunérer des « *badanti* », des travailleurs – étrangers pour la plupart – assistant les personnes âgées à domicile. Les personnes sont par ailleurs éligibles aux prestations en nature du Service national de santé (géré par les régions) et des communes (pour l'aide à domicile). C'est le seul pays qui propose un programme spécifique à destination des agents publics avec notamment une petite aide financière (*home care Premium*) versée en fonction du niveau de handicap et de revenu. La **Belgique**⁵ verse aux plus de 65 ans (8 % de bénéficiaires) une **allocation d'aide aux personnes âgées** (APA) d'un montant déterminé en fonction du niveau de dépendance et du revenu : elle diminue à partir d'un certain plafond de revenus (13 936 € pour une personne en institution, 17 414 € pour les personnes en couple) et s'élève au maximum de 86,81 €/mois pour le premier niveau de perte d'autonomie) à 582,73 € (pour le niveau 5) par mois. Une **indemnité d'incontinence** (de 161 € à 493 € par mois), financée par l'assurance maladie, ainsi que des mesures fiscales et sociales viennent compléter, le cas échéant, la prestation APA. Les habitants de **Flandre et de la région bruxelloise** qui cotisent à une assurance dépendance perçoivent par ailleurs une aide financière sous forme de budgets d'appui et de soins de santé. Les services de soutien à domicile (aide à la vie quotidienne, prêts de matériel, entretien) reposent principalement sur les communes, tandis que l'assurance maladie finance l'adaptation des logements, les centres de jour et de séjours temporaires (90 jours dont au maximum 60 jours consécutifs) ainsi que les habitats partagés.

- ✚ Enfin **l'Allemagne et l'Espagne** pratiquent une **combinaison** entre prestations en nature et prestations en espèces. Le dispositif allemand propose depuis longtemps de financer, via l'assurance de soins de longue durée **soit des prestations en nature** dont le montant ne dépend pas du revenu mais du niveau de perte d'autonomie (de 689 à 1995 € par mois, soit 712 à 2 062 € PPA), **soit des prestations en espèces** nettement moins valorisées (de 316 à 901 € par mois, soit 327 à 931 € PPA) mais totalement **libres d'utilisation**. Il est possible de **combinaison les deux** : en 2016, 8 % des bénéficiaires ont fait le choix des prestations en nature, 63 % des prestations en espèces et 18 % la combinaison des deux. Il existe aussi une **indemnité soutien** de 125 € par mois (129 € PPA), utilisable pour rembourser des dépenses précises (par exemple soins de courte durée). D'autres prestations en espèces, enfin, permettent de financer des travaux d'aménagement, l'achat d'équipement et des aides techniques. En **Espagne**, la loi de 2006 favorise les services plutôt que les prestations en espèces qui ne sont octroyées que si les services ne peuvent être fournis à la personne en perte d'autonomie. Les **prestations en nature** correspondent à des activités de prévention, de téléassistance, d'aide à domicile et d'accueil en centre de jour ou de nuit. Lorsque la personne ne peut accéder à ces services, elle perçoit une **prestation économique, dont l'emploi est contrôlé** : elle peut être utilisée, soit pour faire appel à des services privés, soit pour recruter une assistance personnelle agréée, et son montant correspond alors à l'un des 3 niveaux de perte d'autonomie (300 € - 426,12 € et 715,07 €, soit 364 €, 516 € et 867 € PPA), elle peut être aussi utilisée pour rétribuer un membre de son entourage familial (montant de 153 à 387 €, soit 185 à 469 € PPA). Cette dernière option, qui dans les textes devait rester exceptionnelle, est en réalité très répandue puisqu'elle concerne près d'un tiers des prestations versées et bénéficie à près de 400 000 personnes. La crise de 2008 a en effet freiné le développement des services et a contraint les ressources budgétaires qui devaient être affectées à la prise en charge des personnes âgées.

⁵ Pour la Belgique, la parité de pouvoir d'achat est équivalente à la France – montants 2018.

La **comparaison du niveau des prestations** entre pays n'est pas aisée dans la mesure où les prestations en nature ne font pas toujours l'objet d'une valorisation monétaire. On peut remarquer que les prestations en nature sont largement distribuées dans les pays nordiques, au Québec et aux Pays-Bas avec un accent mis particulièrement sur les prestations mobilisant les personnes (activités physiques, lutte contre l'isolement...). Si on compare le niveau de prestations mensuelles maximales qui est valorisé pour une personne très dépendante (niveau 5 au Japon, en Allemagne et en Belgique, niveau 3 en Espagne et en Italie), il est nettement plus élevé pour le Japon (2 793 € PPA, 1 728 € PPA utilisés⁶ en moyenne) que pour l'Allemagne (1 995 €, soit 1 930 € PPA si l'on s'en tient aux prestations en nature et environ 1025 € (1060 € PPA) si on considère les prestations en espèces), la Belgique (1075 € en espèces si cumul APA et incontinence), et l'Espagne (715 €, soit 867 € PPA). Le cas de l'Italie est un peu particulier : l'indemnité d'accompagnement est moins élevée (516 €, 575 € PPA), mais en cas d'invalidité totale et permanente, elle peut se cumuler avec une autre contribution économique et le total de l'indemnisation peut aller jusqu'à 1032 € (1150 € PPA) par mois pour les personnes dont le revenu est inférieur à 8 000 €.

En France, l'APA est versée à 757 000 personnes et s'élève au maximum à 1 721 € pour le niveau de dépendance le plus élevé (GIR1). Le montant est modulé en fonction des ressources et conditionné à la mise en œuvre d'une aide à domicile, ce qui s'apparente à une prestation en nature.

A noter également qu'il peut exister au sein de certains pays une grande variabilité du niveau des aides et des restes à charge. C'est ainsi le cas lorsque la définition et la mise en œuvre de la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées relève d'un échelon territorial déterminé (de la région en Italie, des communautés autonomes en Espagne, des communes au Japon) et non du niveau fédéral ou national, ou encore lorsqu'il existe des aides extralégales variables selon les municipalités pour limiter le reste à charge (au Danemark par exemple).

Parmi les **bonnes pratiques** du soutien à domicile, on peut souligner le recours de plus en plus fréquent à des accueils de jour, en particulier pour les personnes atteintes de troubles cognitifs, à des dispositifs d'hébergement de courte durée (répit et sortie d'hôpital) (au Japon, en Espagne, en Allemagne ou en Belgique par exemple), à des programmes de lutte contre l'isolement social, l'inactivité physique et la prévention des chutes (pays nordiques, Espagne).

3. Des lieux de vie de plus en plus diversifiés et une tendance à limiter l'institutionnalisation

L'arrivée à l'âge de 75 ans et plus des babyboomers va engendrer des besoins croissants de prise en charge et nécessiter des réponses diversifiées en termes de lieu de vie. La plupart des pays s'y préparent. Certains d'entre eux vont jusqu'à repenser la notion de lieu de vie, considérant le domicile comme tout « chez soi » où l'on réside (logement ordinaire, adapté, individuel, collectif, ou établissement). Dès lors, il ne s'agit plus de penser les lieux de vie comme un parcours classique, procédant par étapes et allant du « domicile » à « l'établissement », bien que ce soit aujourd'hui le reflet des statistiques dont on dispose.

⁶ Contrairement à la France pour le GIR 1, il y a très peu de plans d'aide qui dépassent le plafond du niveau 5 au Japon.

Si on analyse l'évolution des orientations nationales prises par les différents pays en matière de lieux de vie pour les plus de 65 ans, on note :

- la forte décroissance du taux de personnes de plus de 65 ans accueillies en institution pour la Suède⁷, les Pays-Bas et le Danemark (de 8 % dans les années 2000 à un peu plus de 4 % aujourd'hui) ;
- une relative stabilité, mais à des niveaux différents, pour l'Allemagne et la France (autour de 4 %), la Belgique (autour de 6,8 %) et le Japon (autour de 3 %)
- un faible niveau d'institutionnalisation en Espagne et en Italie – modèles familialistes – (respectivement 1,6 % et 1,9 %), et comparativement faible aussi (3 %) au Japon et au Québec (qui ne figure pas sur ce graphique, mais est au même niveau que le Japon).

Les principaux problèmes auxquels les pays doivent faire face concernent :

- **La capacité d'accueil :**

Le Japon, pays d'environ 125 millions d'habitants, dispose de 7 800 établissements et 520 000 places⁸ environ, mais la file d'attente est du même ordre. Ainsi l'accueil en hébergement est désormais réservé aux personnes dont le niveau de perte d'autonomie s'établit entre 3 et 5.

- **Le coût de la prise en charge et le niveau du reste à charge (RAC) :**

Même dans les pays qui ont développé un important dispositif de soutien à domicile, l'hébergement en institution représente une part importante des dépenses de soins de longue durée : en Suède, la prise en charge en hébergement représente, pour les municipalités, 64 % de leurs dépenses de soins de longue durée contre 34 % pour le soutien à domicile ; au Japon la prise en charge en établissement est évaluée à 7 620 yens/jour (61 €) contre 3 880 yens (31 €) pour une personne de niveau 3 restant à son domicile.

On note des différences entre les pays concernant la politique du reste à charge en établissement :

- 🇩🇪 en Allemagne, le coût mensuel moyen d'une place en EHPAD s'élève à 3 268 € (3 378 € PPA) et le reste à charge moyen à 1 739 € (1 798 € PPA) avec d'importantes différences régionales : de 1 132 € à 2 098 € (entre 1 170 € et 2 169 € PPA)⁹ ;
- 🇩🇪 dans les pays nordiques, le reste à charge en établissement dépend aussi beaucoup des municipalités : il s'établit entre 1 380 € et 1 880 € (entre 1 131 € et 1 541 € PPA) au Danemark ;
- 🇩🇪 au Québec, il existe une régulation par l'Assurance maladie : la contribution en centre d'hébergement de longue durée (CHSLD) est **plafonnée** à 1 232 € pour une chambre individuelle (1 193 € PPA), mais ressort en moyenne à 838 € (805 € PPA) après crédit d'impôt en ressource intermédiaire (voir ci-dessous) ;
- 🇩🇪 en Belgique, le reste à charge diffère selon la région (plus lourd en Flandre qu'en Wallonie et à Bruxelles) et varie de 1 200 € et 1 500 € par mois (entre 1 202 € et 1 502€ PPA);

⁷ La « désinstitutionnalisation » est un phénomène très ancien en Suède, où il a été engagé dès l'après-guerre.

⁸ En France : 728 000 résidents en 2015

⁹ Les prestations en établissement (Vollstationäre Pflege) s'élèvent respectivement à 125 €, 770€, 1262€, 1775€ et 2005 € pour les niveaux de 1 à 5 de perte d'autonomie. (129 €, 796€, 1305€, 1835€ et 2073€ PPA)

🚩 Au Japon, le reste à charge s'établit à 131 615 yens (1 019 € PPA) par mois.

Pour permettre aux personnes hébergées de faire face à ces dépenses, les pays ont mis en place des aides sociales pour les plus petits revenus et recourent pour certains à l'obligation alimentaire.

- **La diversification des lieux d'habitation :**

La question du lieu de vie des personnes est un domaine qui a connu beaucoup d'évolutions au cours des dernières années.

- Le Danemark a rénové complètement son **concept de maison de retraite**, transformant les établissements traditionnels en domiciles groupés pour personnes âgées en perte d'autonomie : il s'agit désormais de regrouper de petits appartements (salon et chambre), très équipés (sols intelligents, rails, lits, toilettes...) où les personnes peuvent maintenir une certaine autonomie et partager des services collectifs (restaurant, salle d'activités physiques) avec l'environnement ; il existe une équipe paramédicale sur place, mais les soins de santé peuvent être assurés par une intervention du centre de santé le plus proche auquel la personne est inscrite.
- L'Allemagne encourage depuis les années 1990 les **habitats partagés** (reconnus par la loi en 2012 et subventionnés) : ils sont soit autogérés, soit organisés avec un manager.
- L'Espagne a installé des **centres socio-sanitaires et psycho-gériatriques** ;
- La Belgique et l'Italie proposent des « **maisons de repos** » pour les personnes ne pouvant plus vivre chez elles, mais ne nécessitant pas des soins lourds. Elles ressemblent aux « résidences pour aînés » du Québec.
- Le Québec distingue aussi des **ressources intermédiaires** qui offrent une infrastructure et un environnement sécurisé à des personnes en perte d'autonomie légère à modérée et sont liées par contrat au réseau public de santé.

Ainsi, beaucoup de pays développent, à côté des EHPAD, des établissements de type intermédiaire pour les personnes partiellement autonomes, ainsi que des résidences services ou des habitations adaptées couplées avec des activités (centres de jour, etc.).

- **La qualité des services et de l'encadrement dans les EHPAD :**

Le débat sur le niveau d'encadrement en EHPAD ne touche pas que la France. Il a été, par exemple, au cœur des dernières réformes conduites en **Allemagne**, où il n'existe pas de ratio homogène d'encadrement des EPHAD pour l'ensemble du territoire (négociation entre les caisses et les Länder). En 2015, il variait de 63 (pour 100 résidents) dans le Brandebourg à 92 dans le Bade-Wurtemberg. Le ratio agrégé au niveau national était de 83. Au 1^{er} janvier 2019, un ratio d'encadrement minimal a été introduit au niveau fédéral pour les hôpitaux : 10 patients par infirmière durant la journée et 20 durant la nuit. A partir de 2020, la loi impose la définition de nouveaux concepts de soins et la mise en place d'un système d'évaluation des besoins en personnel pour les soins aux personnes en perte d'autonomie : un quotient (*Pflegequotient*) calculera le nombre de personnel de soin par rapport à l'ensemble des tâches à effectuer (ou l'« effort de soin »). Ces ratios devront refléter le nombre de soignants pour l'ensemble des patients, notamment pour la prise en charge des personnes en perte d'autonomie durant la nuit. Les établissements doivent effectuer leur propre évaluation, et les Länder sont chargés d'évaluer la bonne réalisation des

recrutements nécessaires (via leurs commissions régionales de soins). Des sanctions seront mises en place pour les établissements ne respectant pas ces quotas minimaux.

Le **Danemark** affiche un objectif de ratio à 1 et travaille particulièrement, tout comme la **Suède**, sur la question de la maltraitance et des violences avec la diffusion de formations à des méthodes psychologiques particulières :

- méthode Marte Meo qui vise à développer et à fortifier, d'une façon pratique et positive, les ressources propres des usagers dans leur vie quotidienne ;
- méthode Durewall, une méthode suédoise de gestion de conflits douce mettant la personne au centre. Reconnue au niveau national, cette méthode est utilisée partout en Scandinavie. La formation des instructeurs se déroule sur 10 jours : ils forment ensuite leurs collègues (cours de 2-4 heures).

Il s'agit de sécuriser le personnel tout en répondant à l'exigence de réduire l'utilisation de médicaments antipsychotiques chez les résidents.

La Suède a une législation très contraignante concernant la maltraitance (obligation de dénoncer les cas) et a mis en place un site internet spécifique sur cette question.

Mais la problématique des professionnels ne se limite pas au seul secteur de l'hébergement des personnes en perte d'autonomie : presque tous les pays sont confrontés à des difficultés de recrutement dans tout le secteur du « care », que ce soit en établissement ou dans le soutien à domicile.

Plusieurs autres initiatives peuvent être relevées dans ce domaine :

- des évolutions de carrière offertes aux auxiliaires de vie sociale ou aux infirmiers pour devenir care manager, profession accessible par concours après un minimum de 5 ans d'expérience au Japon ; des spécialisations comme « accompagnateurs Alzheimer » en Belgique,
- un encadrement national du métier « d'opérateurs sanitaires et sociaux » en Italie,
- les équipes de soignants autonomes de Buurtzorg aux Pays-Bas, rémunérées sur la base d'un acte unique « Community nursing care »,
- la création d'une fonction de « technicien de loisirs » (ou récréologue) au Québec.

On voit parallèlement se développer le recours à des personnes de nationalité étrangère avec une faible protection en matière de droit du travail (*badanti* en Italie, auto-entrepreneurs ou travailleurs détachés en Allemagne).

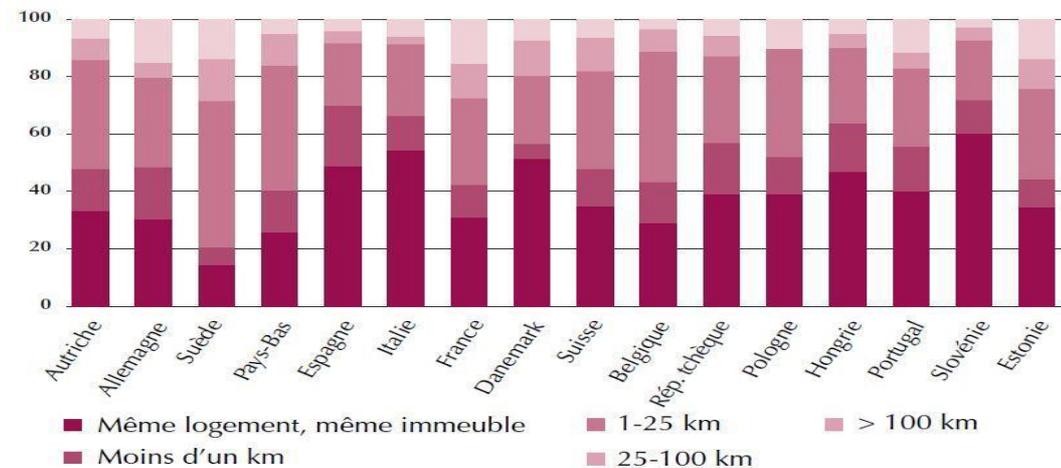
Ces difficultés rendent d'autant plus nécessaire l'attention apportée aux proches aidants par l'ensemble des pays.

4. Le soutien aux aidants

La contribution des proches aidants est traditionnellement considérée comme plus importante dans les pays du Sud, à modèle familialiste (Italie et Espagne) tandis que les pays nordiques, tout comme le Japon, ont longtemps privilégié la professionnalisation du secteur. Pour un pays comme la Suède, cela s'explique en partie par le mode de vie, et notamment par l'éloignement de la famille proche comme le montre le schéma ci-dessous qu'il faut prendre cependant avec prudence, les données datant de 2010.

Familles et vulnérabilités
Les ressources familiales face à la vulnérabilité d'un proche

Graphique 1. Distance de l'enfant le plus proche parmi les plus de 50 ans (données pondérées) en 2010 (en %).



Le soutien aux aidants s'organise de plusieurs façons :

- **Attribution de congés**

Il peut s'agir de **congés rémunérés** en fonction du niveau de salaire :

- 🇸🇪 en Suède : 100 jours fractionnables (jusqu'à 400 jours) indemnisés à 80 % du revenu
- 🇮🇹 en Italie : congé de deux ans tout au long de la vie professionnelle de l'aidant, rémunéré sur le dernier salaire, fractionnable, et un congé court de 3 jours/mois
- 🇩🇪 en Allemagne : un congé court de 10 jours indemnisé par l'assurance soins de longue durée à hauteur de 90 % du salaire net,
- 🇩🇰 au Danemark, le régime de congés pour aidants dépend des conventions collectives et non de la loi,
- 🇨🇦 au Québec et en Espagne : 2 jours de congés payés dans l'année.

Ou la plupart du temps de congés **non rémunérés** :

- 🇨🇦 16 semaines sur douze mois au Québec,
- 🇪🇸 2 ans fractionnables en Espagne,
- 🇩🇪 en Allemagne : 6 mois et 24 mois à temps partiel¹⁰ (au moins 15 heures/semaine)

- **Soutien spécifique**

Il peut prendre la forme d'une rémunération dans le cadre des prestations accordées à la personne en perte d'autonomie sévère : APA en Belgique, indemnité d'accompagnement en Italie (pas pour le conjoint), congé rémunéré limité à 6 mois à partir de 14 heures d'aide par semaine au Danemark.

D'autres formes de soutien sont organisées par de nombreux pays : formation et soutien psychologique, répit, droit au temps partiel et à l'aménagement du temps de travail.

¹⁰ Pour les entreprises de plus de 25 salariés – rémunération lissée sur l'année.

- **Mesures fiscales ou sociales**

Des aides sociales peuvent être mises en œuvre pour compenser la perte de salaire : prestation fédérale de compensation au Québec (330 €), allocation pour aidants en Suède.

Le Québec se distingue, enfin, par la mise en œuvre de plusieurs mesures fiscales ciblant particulièrement les aidants.

* * *

Au terme de ce panorama, il nous faut évoquer brièvement deux sujets :

La part de la prévention dans les politiques de soutien à l'autonomie

C'est un domaine sur lequel ont particulièrement investi les pays nordiques, le Québec et le Japon. Cela correspond bien à la première approche décrite (droit à l'autonomie), avec une évaluation multidimensionnelle des besoins, des prestations presque exclusivement en nature et services, une professionnalisation de la prise en charge :

- le Québec développe des programmes dédiés dont il évalue régulièrement les résultats ;
- le Japon a intégré dans son dispositif d'évaluation deux niveaux dits de prévention qui ouvrent droit à des prestations et services que les municipalités doivent programmer ;
- les pays nordiques proposent de nombreuses actions pour favoriser le « bien vieillir », prévenir les chutes et lutter contre l'isolement social ; les municipalités doivent mettre notamment en place des visites préventives pour les personnes à risque entre 65 et 79 ans, ainsi qu'une visite annuelle au-delà de 80 ans.

Tous ces pays misent beaucoup sur les centres d'accueil de jour. Ils ne sont pas les seuls, mais le système de repérage des besoins et de prestations en nature proposé permet d'intervenir plus en amont que dans d'autres pays. En ce qui concerne les résultats de ces politiques, ils sont difficiles à mesurer mais des données existent :

- nette augmentation des bénéficiaires des prestations de prévention (500 000 nouvelles personnes en Allemagne à partir de 2015, chiffre multiplié par 3,5 depuis les années 2000 au Japon) ;
- diminution de 2,2 % des prestations par personne du premier groupe de perte d'autonomie ;
- diminution des prestations de rééducation après hospitalisation au Danemark.

le financement des soins de longue durée

Quatre pays ont mis en place des **assurances de soins de longue durée** :

- l'Allemagne : l'assurance soins de longue durée existe depuis 1995 ; elle est financée par des cotisations sur les revenus bruts (plafond annuel de 54 450 € en 2019), partagées pour moitié entre employeurs et salariés. Depuis le 1^{er} janvier 2019, le taux de cotisation s'élève à 3,05 % du revenu brut (3,3 % pour les personnes sans

enfants¹¹. Il était de 2,55 % au 1^{er} janvier 2017 (2,8 % pour les personnes sans enfants) Les personnes retraitées sont également redevables des cotisations d'assurance dépendance (partage des cotisations entre le retraité et la caisse d'assurance-retraite).

- le Japon : l'assurance soins de longue durée a été instaurée en 1997 et mise en place en 2000 ; elle s'adresse aux plus de 65 ans, mais toutes les personnes de plus de 40 ans cotisent selon les modalités suivantes :
 - o De 40 à 64 ans : cotisation de 0,88 % sur les salaires (0,95 % pour les fonctionnaires) payée par les assurés et les employeurs et prélevée sur la cotisation de l'assurance maladie – cotisation forfaitaire de 11 € pour les non-salariés – 42 millions de cotisants
 - o Plus de 65 ans : cotisation mensuelle (35 € par mois environ, plus élevée que pour les actifs) prélevée sur les retraites – 34 millions de cotisants (21,6 en 2000) qui représentent 22 % des cotisations
- les Pays-Bas : mise en place en 1968 (loi AWBZ), l'assurance sur les dépenses médicales exceptionnelles est une branche de l'assurance maladie. Elle s'applique à tous les résidents ou personnes exerçant une activité professionnelle, le taux de cotisation des assurés est de 9,65 % dans la limite d'un plafond annuel de 33 715 €. Cette assurance intervient dans la prise en charge des soins de longue durée en établissement, aux côtés de l'assurance pour les soins de santé qui est financée par une cotisation employeur de 6,75 % (sous-plafond de 52 763 €) et une prime nominale de 1 200 € par an acquittée par les assurés.
- et la Flandre : mise en place en 2001, l'assurance obligatoire intervient en complément de la sécurité sociale belge. La cotisation de 25 € par an, payable à partir de 25 ans, alimente un fonds d'aide aux résidents dépendants.

Pour le Japon et les Pays-Bas, l'Etat et les collectivités locales interviennent aux côtés de l'assurance : à due concurrence de l'assurance au Japon, ou en octroyant une dotation aux communes pour financer le soutien à domicile qui n'est plus financé par l'assurance soins de longue durée aux Pays-Bas.

Dans les autres pays, le financement est apporté principalement par l'Etat et les collectivités locales (par le biais des impôts), par la sécurité sociale (assurance soins de santé) et par les assurés eux-mêmes (sous forme de copaiement).

¹¹Depuis le 1^{er} janvier 2005, les personnes sans enfant sont soumises à une majoration de 0,25 points de cotisation. Cette majoration a permis une différenciation entre les assurés avec et sans enfant, exigée par la Cour constitutionnelle. Sont exemptés de cette majoration obligatoire les personnes sans enfant nées avant le 1^{er} janvier 1940 ainsi que les jeunes de moins de 23 ans.

Conclusion

Pour faire face aux enjeux du soutien à l'autonomie de leurs personnes âgées, la plupart des pays étudiés combinent de multiples solutions :

- alliant ce qui relève du collectif, que ce soit au niveau national ou local, de l'individuel ou du recours au secteur marchand ;
- combinant prestations en nature et/ou en espèces avec des mesures fiscales ou relevant de l'aide sociale ;
- renforçant l'intégration et la coordination du sanitaire et du social (fonctions de *care manager*, développement des accueils temporaires en sortie d'hospitalisation, système de parcours intégré au niveau local au Japon, centres de coordination en Belgique...);
- renforçant la professionnalisation, la reconnaissance, l'autonomie et la qualité de vie au travail des professionnels (équipes d'infirmières autonomes aux Pays-Bas, formations en Suède, opérateurs sanitaires et sociaux en Italie, accompagnateurs en Belgique), tout en développant le soutien aux aidants, la reconnaissance du rôle des bénévoles et une meilleure intégration/communication avec les professionnels ;
- proposant des réponses communautaires, notamment en matière de logement (petits logements partagés en Allemagne et aux Pays-Bas, ressources intermédiaires au Québec, habitats adaptés en Suède...), tout en développant les technologies assurant la sécurité individuelle (Danemark, Japon) ;
- promouvant des activités conformes au concept de « bien vieillir » et contribuant au soutien à domicile, notamment pour les troubles cognitifs (développement des centres de jour, implication des personnes dans leur propre prise en charge, intervenants en loisirs au Québec) ;
- inscrivant de manière plus ou moins heuristique ce soutien dans une démarche transversale et environnementale (municipalités amies des aînés au Québec et en Suède).

Si les logiques et les approches de départ restent à l'œuvre, on pressent des évolutions que nous avons pu dégager sur trois séries de pays :

- ceux qui, partant d'un niveau de prise en charge élevé, ont tendance à freiner la croissance des coûts, pour en assurer la stabilité, tout en restant dans leur équation de départ combinant droit à l'autonomie/prestations en nature/prévention et professionnalisation : ce sont les Pays-Bas, le Danemark, la Suède et le Japon ;
- ceux qui ont décidé d'investir dans cette prise en charge avec plus ou moins de moyens mobilisables : l'Allemagne en premier lieu, l'Espagne avec une politique volontariste mais qui manque de moyens et est dépendante des régions, et la France ;
- ceux qui affichent plutôt une stabilité.

INTRODUCTION

« Le débat sur les nouveaux risques sociaux en matière de perte d'autonomie dépasse très souvent les frontières géographiques, culturelles et disciplinaires. Du décentrage dans l'espace on entrevoit un dépassement possible de ce qui relève des contingences nationales ou de la prégnance des grands modèles d'intervention publique. »¹²

La présente note de comparaisons internationales des politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées nous invite à ne pas analyser ces politiques et leurs dispositifs avec pour seule approche, la vision française mais à repenser nos catégories traditionnelles, notamment sur la dichotomie domicile/ établissement.

Pour éclairer les membres du Haut Conseil de l'âge avec des données approfondies et concrètes, nous avons fait le choix de limiter les comparaisons :

- à certains pays où l'ambassade de France dispose d'un conseiller social : l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne, l'Italie, la Suède et le Québec.
- à la Belgique, aux Pays-Bas et au Japon, pays pour lesquels nous avons dû recourir à d'autres sources d'informations¹³.

Compte tenu de la difficulté de recueillir des informations comparables d'un pays à l'autre, nous attirons l'attention des lecteurs sur les limites de la comparaison et sur le danger à vouloir cataloguer, classifier et simplifier la présentation des dispositifs mis en place dans les différents pays, d'autant qu'ils sont portés par de nombreux acteurs.

Nous avons tenu à introduire cette présentation par des éléments de contexte, tant il est vrai que la prise en charge, actuelle et future, de la perte d'autonomie dépend fortement de facteurs démographiques, mais aussi économiques et organisationnels qui structurent et accompagnent les choix politiques.

Tous les pays étudiés sont confrontés aux enjeux du vieillissement et de la perte d'autonomie. Les stratégies développées et les grandes orientations sont similaires : priorité au soutien – voire au maintien – à domicile, diversification des réponses en termes de lieux de vie et des choix offerts aux familles, tendance à l'extension des prestations en espèces plutôt qu'en nature, soutien aux aidants et attention portée à la question de la professionnalisation des professionnels du secteur. Nous avons tenté néanmoins d'essayer de trouver des lignes directrices différenciant les approches et l'économie générale du care dans les pays étudiés.

Pour faciliter la comparaison entre pays et tenir compte des différences de pouvoir d'achat, lorsqu'il y a des données monétaires, celles-ci ont été converties en parité de pouvoir d'achat avec la France (€ PPA, chiffre 2016 entre parenthèses).

¹² Jean-Philippe Viriot-Durandal in *Allongement de la vie*, éditions La Découverte 2017.

¹³ Cette note a été réalisée par Dominique Acker et Carole Bonnet, rapporteurs scientifiques au HCFEA, sous la coordination du secrétariat général et avec la collaboration de Lucie Gauthiot. Le secrétariat général et les auteurs remercient tout particulièrement les conseillers sociaux des ambassades et leurs adjointes pour leur contribution écrite en réponse à notre questionnaire, la Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI), l'OCDE, ainsi que Blanche Le Bihan, Anne-Marie Guillemard, Marie Beaulieu de l'université de Sherbrooke (pour le Québec) et Miyako Nakamura Fujimori (pour le Japon).

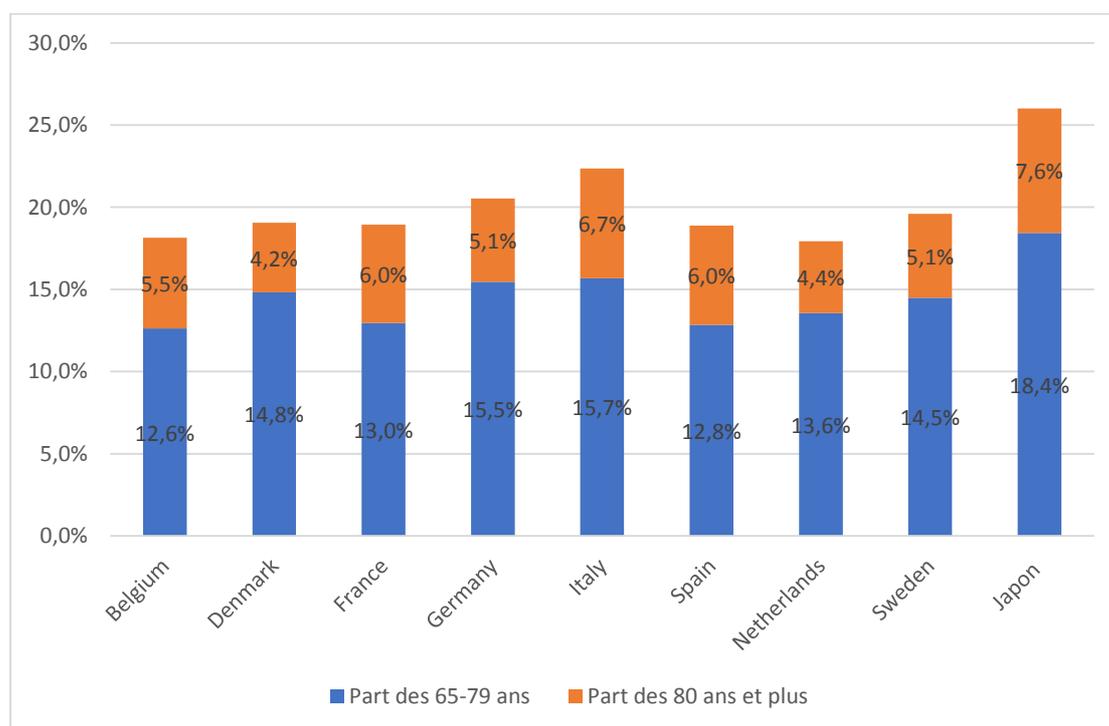
I) ENJEUX ET CONTEXTE DES POLITIQUES DE SOUTIEN A L'AUTONOMIE

1.1 LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION : UNE TENDANCE DEMOGRAPHIQUE GENERALE

Le vieillissement, mesuré par la part des 65 ans et plus (et des 80 ans et plus), est plus marqué au Japon, en Italie et en Allemagne, pays où la part des 65 ans et plus dépasse 20 % (figure 1). Aux Pays-Bas et au Danemark, la part des plus de 80 ans représentait 4 % en 2015, quasiment deux fois moins qu'au Japon, mais va connaître une croissance plus rapide. D'une manière générale la part des plus de 80 ans dans la population va plus que doubler d'ici 2050 (figure 2).

La France se trouvait en 2015 dans une situation similaire à celle de l'Espagne avec 6 % de personnes de plus de 80 ans, mais les projections d'ici 2055 montrent une croissance moins rapide des plus de 80 ans puisque leur part dans la population atteindra 12 % (multipliée par 2) en France au lieu de 17 % pour l'Espagne (figure 2).

Figure 1 – Part des 65 ans et plus dans la population, selon la tranche d'âge (65-79 et 80 ans et plus), en 2015

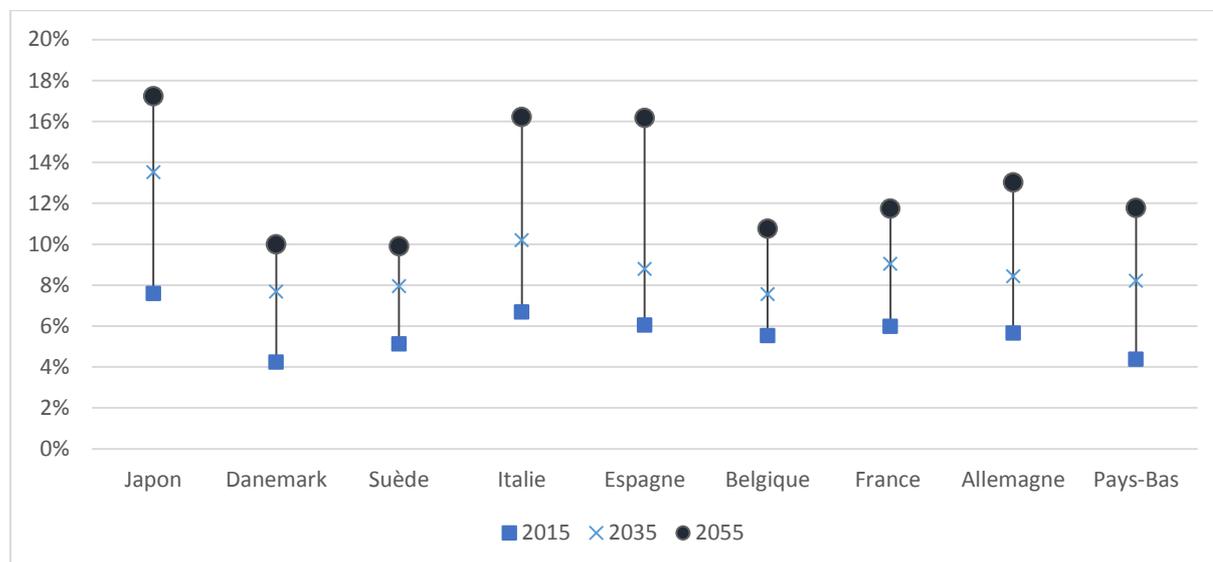


Source : World Population prospects, 2017.

L'augmentation de la part des plus de 80 ans dans la population totale varie selon les pays. A horizon 2055, c'est **au Japon** qu'elle sera la plus importante (près de 18 %), mais on note un ralentissement de cette croissance à partir de 2035. Ce n'est pas le cas de **l'Espagne** et de **l'Italie** qui verront croître plus rapidement la part des plus de 80 ans dans la population pour

atteindre 16 % en 2055. L'Espagne connaîtra son pic le plus élevé en 2060, tandis que l'Allemagne frôlera les 13 %, devançant la France et les Pays-Bas (12 %).

Figure 2 – Evolution de la part des 80 ans et plus dans la population, 2015, 2035 et 2055

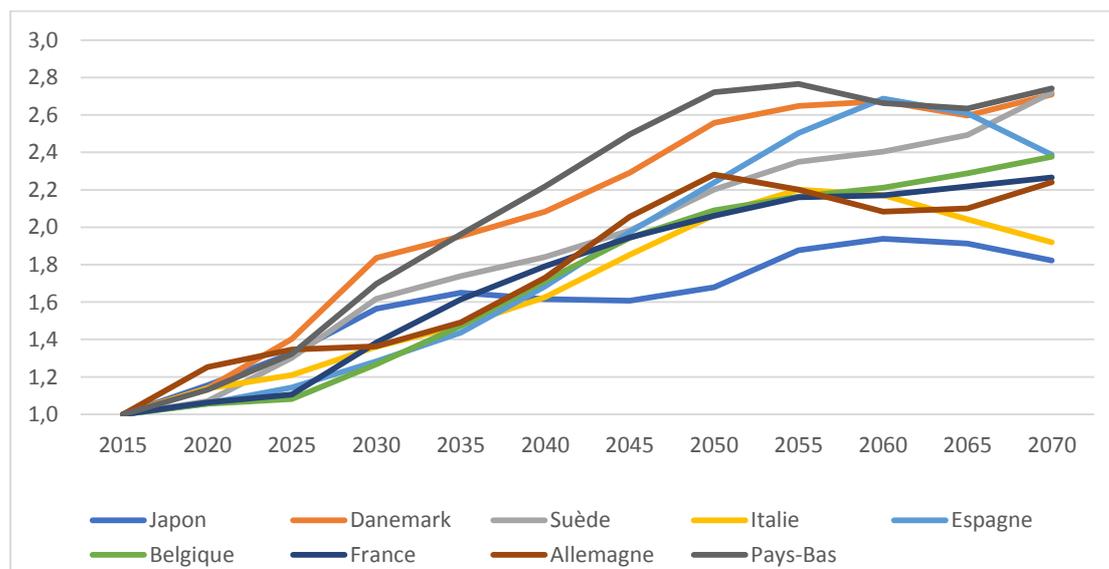


Source : World Population prospects, 2017.

Note de lecture : en 2015, la part des 80 ans et plus dans la population totale est de 4 % aux Pays-Bas. Elle sera respectivement de 8 % à l'horizon 2035 et de 12 % à l'horizon 2055.

Les **Pays-Bas**, tout comme le **Danemark**, pays où la part des 80 ans et plus était la plus faible en 2015, vont connaître en 2055 et jusqu'en 2070 une hausse importante et rapide des effectifs de 80 ans et plus. Dès 2050, ils seraient multipliés par plus de 2,5 dans ces deux pays.

Figure 3 - Evolution des effectifs de 80 ans et plus à l'horizon 2070, base 100 en 2015



Source : World Population prospects, 2017.

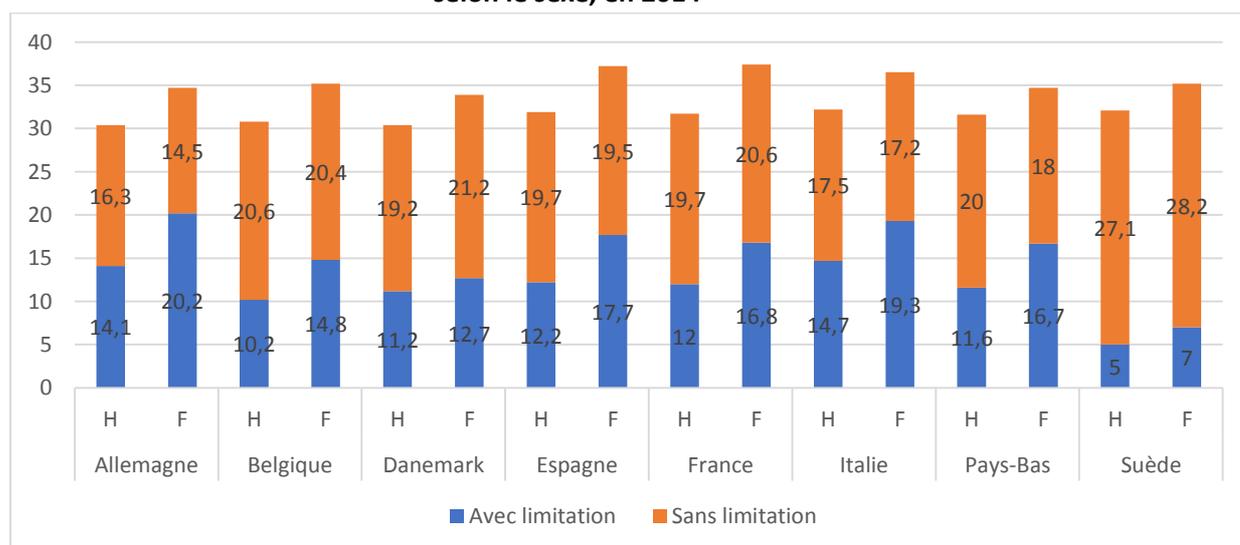
1.2 LE BESOIN DE SOUTIEN A L'AUTONOMIE EN EUROPE

Le vieillissement n'est pas automatiquement synonyme de perte d'autonomie, et la seule approche démographique, même si elle donne une tendance, ne permet pas d'appréhender les besoins de compensation auxquels devront faire face les différents pays. On peut approcher ces besoins de deux manières : une approche épidémiologique¹⁴, par l'espérance de vie en bonne santé, et une approche plus administrative, en mesurant le nombre et le taux de bénéficiaires des soins de longue durée.

1.2.1 Approche épidémiologique par l'espérance de vie en bonne santé

On interroge les individus sur leurs limitations dans les activités de la vie quotidienne, dues à des problèmes de santé¹⁵. C'est une approche déclarative dont les éléments sont repris dans la figure ci-après.

Figure 4 – Espérance de vie avec et sans limitation d'activité à 50 ans, selon le sexe, en 2014



Source : Cambois et Robine, 2017, *Revue européenne des sciences sociales*.

La **Suède** se distingue par une espérance de vie sans incapacité (EVS) particulièrement élevée, puisque sur les 32 années restant à vivre à 50 ans pour les hommes, seulement 5 seront passées avec des incapacités (figure 4). En France, pour une espérance de vie quasiment égale, ce sont 12 années en incapacité. L'espérance de vie en bonne santé est plus faible en Allemagne et en Italie.

¹⁴ Reprise des rapports du Conseil de l'âge du HCFEA sur l'évaluation de la perte d'autonomie.

¹⁵ La question posée est la suivante : « êtes-vous limité depuis plus de 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? ». Il s'agit de la question GALI (Global Activity Limitation Indicator).

Ces différences s'expliquent notamment par trois facteurs :

- la mesure porte sur les ménages « ordinaires » ; les personnes qui vivent dans une institution ne sont pas interrogées dans ces enquêtes. Les résultats sont donc sensibles au taux d'institutionnalisation, qui augmente fortement avec l'âge ;
- c'est une mesure basée sur l'auto-déclaration, influencée par des différences « culturelles » dans la perception et la déclaration de l'état de santé ;
- il peut y avoir des différences d'état de santé objectives, liées notamment aux politiques de prévention et de soutien proposées, ainsi qu'à la région considérée (les évolutions du ratio EVSI/EV semblent plus favorables en Europe du Nord qu'ailleurs)¹⁶.

1.2.2 Approche par la proportion de bénéficiaires de soins de longue durée

Dans les travaux de comparaisons internationales, en particulier ceux menés par l'OCDE, on retient l'approche par les « soins et services » dont bénéficient les personnes qui ont besoin d'une aide extérieure, pendant une longue période, pour les activités de la vie quotidienne (AVQ)¹⁷ mais aussi pour les activités instrumentales (AIVQ)¹⁸, et ce, quel que soit l'âge.

L'OCDE ne fournit pas, à ce stade, la distinction entre domicile et institution pour l'ensemble des pays considérés, en particulier pour le Japon (pas d'information sur la part à domicile) et l'Italie (pas d'information sur la part en institution). Nous compléterons en fonction des informations collectées par ailleurs. L'OCDE définit un établissement comme un lieu où hébergement et prise en charge de la perte d'autonomie sont fournis, à l'exception des hôpitaux (pour la France, ce sont les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD). A priori, l'objectif de la comparaison est de ne prendre en compte dans les dépenses de soins que celles en lien avec l'état de perte d'autonomie.

Définition des soins de longue durée dans le système des comptes de la santé de l'OCDE¹⁹

Les soins de longue durée (SLD) englobent les services sanitaires et sociaux fournis aux personnes dépendantes qui ont besoin de soins en continu.

Le volet « santé » des soins de longue durée comprend : les soins médicaux ou infirmiers (pansement, administration de médicaments, conseils en matière de santé, soins palliatifs, soulagement de la douleur et diagnostic médical relativement à des soins de longue durée). Cela peut inclure des activités préventives pour éviter la détérioration des conditions de santé à long terme ou des activités de réadaptation pour améliorer la fonctionnalité (par exemple, l'exercice physique pour améliorer le sens de l'équilibre et éviter les chutes) ; les services de soins personnels qui aident aux activités de la vie quotidienne (AVQ), à prendre un bain, à se laver, à s'habiller, à se lever et à se lever, à se rendre aux toilettes et à gérer l'incontinence. La surveillance générale des personnes atteintes de démence et de la maladie d'Alzheimer est aussi incluse dans ce volet « santé ».

Le volet « social » des soins de longue durée comprend les services d'assistance qui permettent à une personne de vivre de manière autonome. Ils se rapportent à l'aide aux activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) comme l'aide aux courses, la lessive, la cuisine, les travaux ménagers, la gestion des finances et l'utilisation du téléphone.

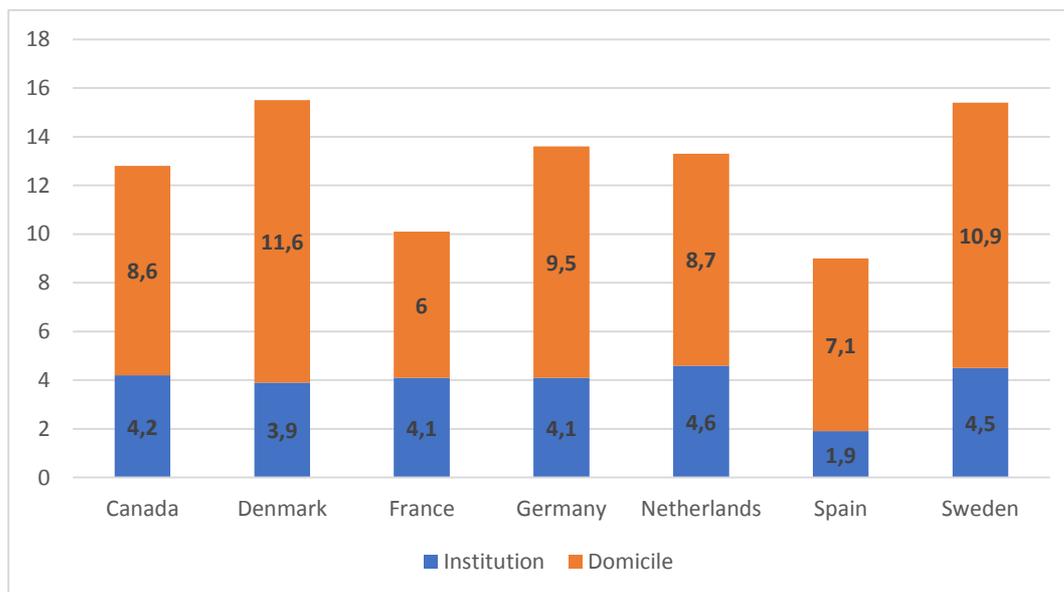
¹⁶ Jean-Marie Robine et Sarah Cubaynes in Allongement de la vie p. 56 – La Découverte 2017.

¹⁷ On entend par AVQ les activités suivantes : toilette, habillage, alimentation, continence, déplacements, transferts.

¹⁸ AIVQ : préparation des repas, gestion des courses, entretien de la maison et du linge, gestion des finances, transports, communication.

¹⁹ OCDE (2018), Accounting and mapping of Long-term care expenditure under SHA 2011. Health division.

Figure 5 - Part de bénéficiaires de soins de longue durée, parmi les 65 ans et plus, à domicile et en établissement



Source : OCDE, health statistics, 2018.

On constate que la part des personnes de 65 ans et plus prises en charge en institution est assez similaire (entre 4 et 5 %) dans les différents pays considérés, à l'exception de l'Espagne, où cette part est inférieure à 2 % (figure 5). L'écart entre pays est plus marqué lorsqu'on considère la part des 65 ans et plus bénéficiaires de soins de longue durée à domicile. Ainsi, au **Danemark**, en **Suède** et aux **Pays-Bas**, plus d'une personne âgée sur 10 est bénéficiaire de soins de longue durée à domicile. Elles sont 6 % en France²⁰.

Ainsi, au total, plus de **15 %** des personnes âgées de 65 ans et plus en **Suède** et au **Danemark** bénéficient de soins de longue durée, contre 9 à 10 % en Espagne et en France, et environ 13 % en Allemagne, aux Pays-Bas et au Canada. On remarque que la **Suède** se situe aussi dans la moyenne haute pour la part des personnes vivant en établissement, alors que l'espérance de vie sans incapacité y est la plus longue. Deux explications peuvent être avancées :

- le haut niveau de services à domicile apporté aux plus de 65 ans répond mieux à leurs besoins et contribue à améliorer leur sentiment d'autonomie et de vie sans incapacités ;
- la politique de fermeture de lits hospitaliers menée dans les années 1990/2000 a contribué à réduire fortement les durées de séjour des personnes âgées à l'hôpital, reportant leur accueil à la sortie sur des hébergements de courte durée relevant des soins de longue durée et des soins en institution.

²⁰ Sont considérés en France les bénéficiaires de l'APA.

1.3 LES DIFFERENTS CONTEXTES SOCIO-ECONOMIQUES DU SOUTIEN A L'AUTONOMIE

1.3.1 Des modèles et des approches différenciés

Il est tentant, en comparaison internationale, de faire le lien entre les modèles d'Etat-providence, le regard porté sur le grand âge et les politiques de soutien qui en découleraient.

a) Des politiques qui s'inscrivent dans des modèles d'Etat-providence pré-existants

C'est sous cet angle que nous avons examiné la typologie proposée par Claude Martin et Blanche Le Bihan – adaptée de la typologie des régimes d'Etat-providence du danois Gosta Esping-Andersen. Ils proposent de dégager des tendances générales dans la prise en charge de la perte d'autonomie, au regard des différents principes nationaux de solidarité en distinguant 4 modèles :

- un **modèle libéral** où la prise en charge de la perte d'autonomie est assurée par le marché et où son financement incombe principalement aux ménages (personnes âgées elles-mêmes et proches aidants). Les mécanismes de désépargne (vente du patrimoine immobilier notamment) et d'usage d'une assurance privée sont privilégiés pour garantir qu'un maximum de personnes ne soient pas bénéficiaires d'une aide sociale réservée aux plus pauvres. Le **Royaume-Uni** correspond à ce modèle.
- un **modèle familialiste** qui repose sur la solidarité familiale, notamment à travers l'obligation alimentaire, et la fourniture de quelques services qui complètent l'action des aidants. Des filets de sécurité complémentaires sont initiés au plan local. Mais les réponses restent assez inégalitaires puisqu'elles ne sont pas organisées à une échelle plus large. Ce modèle est dominant dans les pays du sud de l'Europe, notamment en Italie, à noter cependant que l'Espagne a pris récemment ses distances avec ce modèle.
- un **modèle assurantiel**²¹ où la perte d'autonomie est appréhendée comme un risque arrivant à la fin ou après la période d'activité professionnelle de l'individu et pouvant être considéré de la même manière que les autres risques sociaux. La réponse notamment apportée est l'introduction d'une assurance de soins de longue durée, soit financée paritairement par les employeurs et les employés, lorsqu'on considère qu'il en va de la solidarité professionnelle, soit financée par des cotisations personnelles et obligatoires. On retrouve ce modèle en Allemagne, aux Pays-Bas et au Japon, mais on peut se demander si, mis à part le mode de financement, on n'est pas aussi avec ces pays dans un modèle social-démocrate.
- un **modèle social démocrate** où le principe de solidarité repose sur la promotion pour chaque citoyen de droits sociaux et l'accès à un ensemble de services publics permettant de faire face à ces situations de perte d'autonomie. Le financement est généralement assuré par des impôts nationaux et locaux, gérés au plan des municipalités et donnant accès à des prestations de soins et d'aide en nature. On y retrouve le Danemark, la Suède et le Québec.

Cette description, corrélée à la notion d'Etat-providence, met particulièrement l'accent sur la manière dont va être **majoritairement financée**, dans chaque pays, la politique de soutien

²¹ Claude Martin et Blanche Le Bihan utilisent le terme de corporatiste.

à l'autonomie : aide sociale (pour assurer un filet de sécurité aux plus vulnérables), soutien familial, assurance sociale universelle ou solidarité nationale financée par l'impôt.

Bien entendu, même si des tendances sont dominantes selon les pays, aucun modèle n'est tout à fait « pur » et chaque pays au fur et à mesure de la construction de ces politiques mêle différents instruments.

Il nous semble cependant que nous aurions aussi intérêt à éclairer ces comparaisons internationales par une différenciation du regard et des définitions apportées par les différents pays étudiés sur la question de la perte d'autonomie qui, il faut le rappeler, dans la plupart d'entre eux, concerne aussi bien les personnes âgées que les personnes handicapées.

b) Des différences dans les définitions et le périmètre de la perte d'autonomie

La **perte d'autonomie** se définit par l'impossibilité pour une personne d'effectuer par elle-même certains actes de la vie courante, dans son environnement habituel.

La plupart des pays adoptent une approche « **finaliste** » dans laquelle on ne tient compte que du besoin de soutien des personnes concernées sans prendre en compte ni l'origine de ce besoin (un accident du travail, un handicap ou le vieillissement), ni la date de survenance des limitations fonctionnelles qu'on cherche à compenser. Dans cette approche, il n'y a **pas de segmentation selon l'âge et la nature des incapacités**. Cela ne signifie pas pour autant qu'il y ait similitude totale dans les prises en charge du handicap et de la perte d'autonomie au grand âge.

La France est semble-t-il, avec la Belgique²², le seul des pays étudiés qui adopte une approche « **causaliste** », où le statut des prestations tient compte de la cause, de la nature et de la date de survenance des limitations fonctionnelles prises en compte, et qui applique une différenciation de ses politiques **par l'âge**.

France : une approche causaliste et des dispositifs distincts de prise en compte du handicap et de la perte d'autonomie

En France, l'article L.114 du code de l'action sociale et des familles issue de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées retient une acception large du concept de handicap : « constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Les populations couvertes par ce concept sont les rentiers accidents de travail/ maladies professionnelles (AT/MP), les invalides, les personnes handicapées au sens « usuel » du terme et les personnes âgées en perte d'autonomie.

Le droit actuel français retient néanmoins une approche causaliste, avec un système de prise en charge et des aides publiques distincts apportés aux personnes « handicapées » au sens

²² Où l'allocation fédérale pour personnes âgées (APA) est versée à partir de 65 ans.

usuel du terme d'un côté, et aux personnes âgées en perte d'autonomie de l'autre, la séparation entre les deux régimes se faisant à l'âge de 60 ans. Si plusieurs lois²³ fixent comme objectif la convergence des deux dispositifs, la barrière d'âge demeure aujourd'hui.

c) Deux approches nous semblent qualifier le regard posé sur les personnes en perte d'autonomie

On peut distinguer deux hypothèses d'idéaux-types qui constituent des tendances structurant les politiques sans toutefois qu'elles s'interdisent d'utiliser les mêmes outils.

La première est une approche par le **droit à vivre autonome** – il s'agit pour la collectivité d'apporter à la personne les moyens de répondre à ses besoins –, la seconde est une approche qui vise à **compenser le risque** de perte d'autonomie – il s'agit de faire face à des dépenses qui peuvent advenir avec ce risque. Elles sont détaillées ci-après :

- la **première** approche (**par les besoins de la personne**) repose sur le postulat suivant : l'incapacité n'amène à la perte d'autonomie que si l'environnement humain, social et matériel n'a pas été adapté **C'est à la société de s'adapter pour que la personne exerce son droit à vivre de façon autonome**, dans la dignité et le bien-être, et **en pleine citoyenneté**. Il n'y a pas de critère d'âge, ni de gravité pour le soutien, ce sont les besoins de la personne qui priment. Il n'y a que peu de limites à ces besoins et la réponse s'organise de manière cohérente, essentiellement par des services de prévention et de soutien, et s'appuie sur une professionnalisation du « care ». . Le chapitre 5 de la loi **suédoise** sur les services sociaux («Socialtjänstlagen» ou SoL) dispose que : « *la prise en charge des personnes âgées par les services sociaux devrait être axée sur leur **dignité et leur bien-être*** », mais aussi que « *les personnes âgées doivent avoir la possibilité de **vivre de manière indépendante** dans la sécurité et pouvoir mener une **existence active et significative en communauté** avec les autres.* ». La philosophie du **système danois** est tout à fait similaire : ce n'est pas uniquement le fait de compenser l'altération d'une ou plusieurs fonctions de l'individu qui est recherché mais également son inclusion sociale. La citoyenneté constitue le principe dominant de solidarité : chaque citoyen a des droits sociaux incluant un ensemble de services publics permettant de répondre à ses besoins en cas de perte d'autonomie. Ce droit à l'indépendance est notamment garanti par le **Conseil des Seniors** qui – élu dans chaque municipalité – vérifie que les politiques publiques sont bien conformes aux besoins des seniors de la ville. Le **Québec** s'inscrit également dans cette vision : la politique mise en œuvre, notamment pour le soutien à domicile, ne vise pas directement l'intégration sociale mais en pose les bases avec des services à domicile suffisants, adaptés et personnalisés, étayant ainsi ce que le pays considère comme la première condition à remplir pour favoriser l'intégration sociale, c'est-à-dire **la participation pleine et entière à la vie collective** des personnes ayant une incapacité significative et persistante. Au **Japon**, la notion de perte d'autonomie est appréciée de manière très transversale avec une dimension médicale, fonctionnelle, familiale et environnementale.

Dans ce type d'approche **inclusive**, l'**adaptation** de la société à la personne est vécue de manière **positive** et s'inscrit dans une approche « age friendly », globale et transversale.

- La **deuxième** approche insiste sur la **compensation** du risque de perte d'autonomie, considéré comme un nouveau risque social : il s'agit de prendre en compte l'impact de celle-ci sur la vie de la personne et de son entourage. La compensation, de plus en plus financière,

²³ La loi du 11 février 2005 précitée et plus récemment la loi du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement.

laisse à la personne la liberté de s'organiser individuellement et de trouver le service adapté. Cette approche suppose de catégoriser le niveau de perte d'autonomie et de lui affecter un niveau de compensation en prestations (nature ou espèces). Dans cette approche, les **outils d'évaluation** auront donc tendance à être utilisés comme outils de financement plutôt qu'un outil de mesure des besoins à satisfaire, d'où la nécessité de décrire cette procédure d'évaluation qui constitue un enjeu majeur pour une bonne prise en charge. Il s'agit moins de s'adapter que de compenser un déficit, « une dépendance », avec une vision plutôt négative (ou « déficitaire ») et plus centrée sur la personne et ses proches que sur son environnement.

- On relève dans plusieurs pays un écart significatif entre les principes annoncés et la réalité du terrain. En Espagne, par exemple, la prise en charge de la perte d'autonomie est devenue un **droit** avec la loi du 14 décembre 2006, dite de « Promotion de l'autonomie personnelle et attention aux personnes en situation de dépendance » qui a mis en place le **SAAD** (« Système pour l'autonomie et d'attention à la dépendance »)²⁴. On classerait ainsi volontiers l'Espagne dans la première approche ; pour autant, les difficultés économiques de l'Espagne ont remis en cause l'application de cette orientation.

**France : vers une approche de plus en plus inclusive
des personnes âgées en perte d'autonomie**

Si, avec la prestation spécifique dépendance (PSD) remplacée en 2001 par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la France s'est historiquement plutôt située dans une approche de « compensation » de la perte d'autonomie, la loi du 28 décembre 2015 d'adaptation de la société au vieillissement marque un tournant important. Elle a pour objectif d'anticiper les conséquences du vieillissement de la population et d'inscrire cette période de vie dans un parcours répondant le plus possible aux attentes des personnes en matière de logement, de transports, de vie sociale et citoyenne, d'accompagnement. La France se rapproche ainsi aujourd'hui en termes de philosophie des pays ayant une approche par les droits des personnes à vivre de façon autonome et en plein citoyenneté.

Utile pour faire émerger des tendances générales, cette catégorisation ne permet pas pour autant de rendre compte des variations dans la mise en place des politiques publiques en fonction des situations sociales des individus (sexe, âge, revenu, patrimoine, éducation) et des disparités locales liées au contexte organisationnel de chaque pays selon que le dispositif laisse une marge plus ou moins importante au niveau local.

1.3.2 Des contextes organisationnels différents, mais des tendances communes au renforcement de la proximité

Les politiques de soutien à l'autonomie s'incrincent dans des contextes organisationnels très différents et rendus souvent très complexes par l'intrication du sanitaire et du social, mais aussi par la nécessité d'impliquer tout ce qui touche à l'environnement de la personne âgée (habitat, transport, activités sportives et culturelles...).

Dans les pays où la **décentralisation** est forte (Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, pays nordiques, Québec), ces politiques s'appuient largement sur les responsabilités des collectivités locales, communales ou régionales.

²⁴ *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD).*

L'échelon national :

- définit en principe le cadre législatif : tous les pays s'en sont dotés de manière plus ou moins complexe (cf. ci-après) ;
- adopte les lignes directrices de la politique : le Québec se dote de programmes, les pays nordiques de plans nationaux²⁵, etc. ;
- accompagne les acteurs locaux avec des agences spécialisées comme l'Agence pour la participation en Suède et/ou avec des incitations financières.

L'échelon territorial définit par exemple :

- le cadre législatif complémentaire : compétences en matière sanitaire et sociale des communautés autonomes en Espagne²⁶ ;
- le financement des structures de soins : responsabilité des comtés en Suède, des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) au Québec ;
- les critères d'attribution des prestations : responsabilité des communes dans les pays nordiques, des régions en Espagne et Italie ;
- les niveaux de contribution des usagers : pays nordiques, Italie, Allemagne, Espagne ;
- les taux d'encadrement dans les établissements : négociés avec les Länder en Allemagne ;
- les plans de prévention : obligation des communes au Japon, responsabilité plus globales des communes dans les pays nordiques.

Le contexte organisationnel général (décentralisé ou centralisé) d'un pays ne définit pas à lui seul la répartition des responsabilités :

- aux Pays-Bas, la gouvernance est partagée entre l'Etat (soins en institutions), les assureurs privés (assurance soins de longue durée et soins à domicile) et les municipalités (aides techniques) ;
- en Allemagne, les partenaires sociaux sont impliqués dans la fixation de la cotisation de l'assurance de soins de longue durée ;
- en Belgique, le financement des établissements passe par un accord avec les mutualités, etc.

Cette complexité rend d'autant plus nécessaire le fait de travailler sur la **lisibilité** des dispositifs (point d'entrée unique par exemple) et la **coordination** des acteurs.

Pourtant, quel que soit le contexte, une tendance générale se dessine : la déconcentration des compétences (en Belgique, pour l'APA) et/ou le renforcement des responsabilités locales (municipalités, départements ou régions) en matière de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, notamment en matière de prévention (Japon, pays nordiques). Peu à peu, l'échelon local devient le point d'entrée vers les dispositifs de prise en charge des personnes âgées vulnérables. Dans l'ensemble, ce transfert des compétences apparaît comme une nécessité pour répondre au plus près des besoins de la population vieillissante, dans un contexte de difficultés budgétaires qui transparaît lorsqu'on analyse l'investissement financier que représente la prise en charge de la perte d'autonomie.

²⁵ Par exemple : « Pour une vie sûre et digne avec la démence » lancé en 2017 au Danemark pour l'amélioration de la prise en charge des maladies neurodégénératives.

²⁶ Par exemple, la loi du 5 décembre 2008 relative aux services sociaux en Pays basque.

1.3.3 Un investissement économique et un financement public très variables

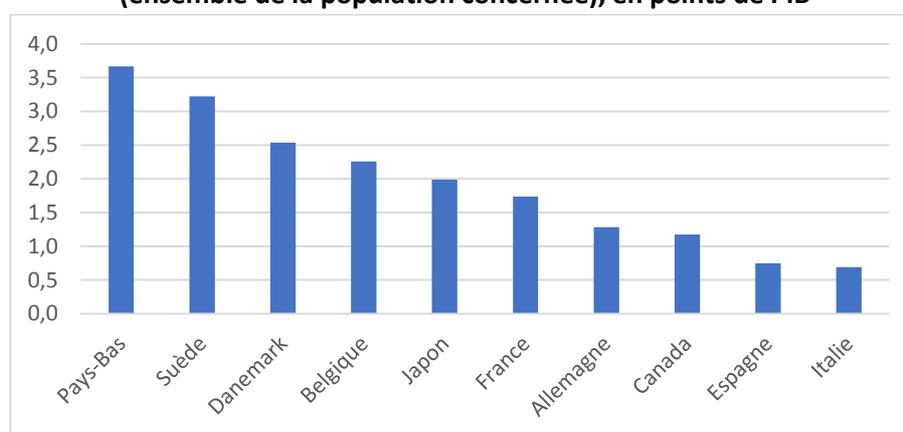
Il nous a semblé intéressant, dans cet exercice de comparaison, d'identifier dans quel contexte économique s'inscrivent les politiques de soutien à l'autonomie et les choix opérés en termes de montant des dépenses, sanitaires et sociales, publiques ou non, qui leur sont consacrées.

a) Part des dépenses par rapport au PIB

Comme l'indique le HCFiPs dans son rapport de 2018²⁷, la perte d'autonomie ne constitue pas un risque social identifié en tant que tel dans de nombreux pays. Cela rend l'exercice de comparaison des dépenses affectées à ce risque difficile. Il suppose de définir des champs identiques. En particulier, la distinction entre secteur sanitaire et secteur social n'est pas toujours aisée.

Cependant, depuis quelques années, dans ses travaux sur la perte d'autonomie, l'OCDE essaie d'harmoniser le classement des différents types de dépenses considérées comme des dépenses de soins de longue durée²⁸. Ces soins de longue durée (*Long term care - LTC*) correspondent aux soins (*cure*) et services (*care*) apportés aux personnes en situation de perte d'autonomie. Les données ci-dessous (figure 6) correspondent aux dépenses de soins de longue durée financées par les régimes d'assurance publics et obligatoires²⁹.

Figure 6 – Dépenses de soins de longue durée en 2015 (ensemble de la population concernée), en points de PIB



Source : OCDE, *Système international des comptes de la santé (SHA). Health Statistics 2018.*

Les **Pays-Bas** consacrent **3,6 %** de leur PIB aux soins de longue durée, suivis de la Suède (3,2 %) et du Danemark (2,5 %). La Belgique et le Japon sont autour de 2 %. La France affiche des dépenses de **1,7 %** du PIB³⁰, l'Allemagne de 1,3 %. Les dépenses en Espagne et Italie sont

²⁷ HCFiPS (2018), *Rapport sur le financement des couvertures sociales dans les domaines de la famille et de la dépendance en comparaison internationale.*

²⁸ OCDE (2018), *Accounting and mapping of Long-term care expenditure under SHA 2011.* Health division

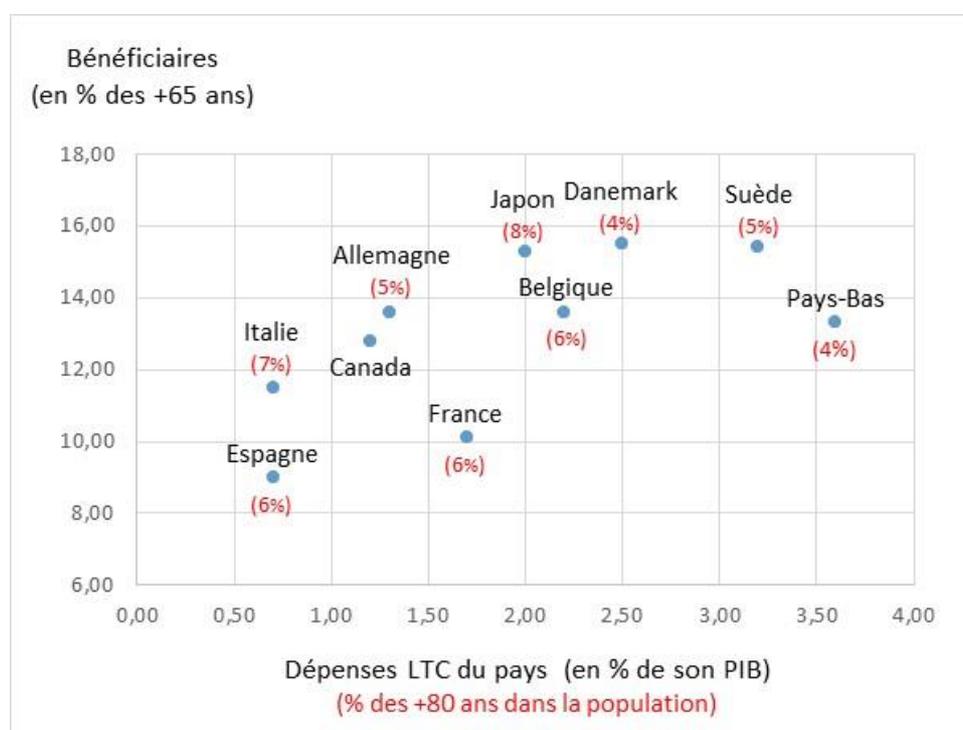
²⁹ L'OCDE indique par ailleurs les dépenses financées par les paiements directs des ménages ou des régimes facultatifs (cf. ci-après).

³⁰ Il faut noter qu'à partir de l'exercice 2018 et suivant en cela la recommandation méthodologique récente de l'OCDE (OCDE, 2018, op. cité), la France ajoutera dans le volet médical les dépenses d'hébergement en établissement pour personnes âgées dépendantes. A ce stade, la France indique en 2018 (Drees, 2018, Les

beaucoup plus faibles, de l'ordre de 0,7 à 0,8 point de PIB. Le niveau de PIB consacré par les Pays-Bas aux soins de longue durée pose question, mais il semble pourtant correspondre à la définition des soins de longue durée proposée par l'OCDE.

La France indique en 2018³¹ une dépense au titre de l'hébergement en établissements pour personnes âgées dépendantes de 11,96 milliards d'euros, dont 3,3 milliards d'aides publiques. Cette inclusion conduirait à augmenter la part des dépenses dans le PIB de 1,7 % à 2,2 % et de 0,1 point, de 1,7 à 1,8 point de PIB si on ne considère que les dépenses publiques (voir annexe 1 sur le compte dépendance en France).

Le graphique ci-dessous classe les pays en fonction de la part de PIB consacrée aux soins de longue durée et du nombre de bénéficiaires de ces soins. On remarquera qu'il n'y a pas de logique entre ces deux données et le pourcentage de personnes âgées de plus de 80 ans (chiffre entre parenthèses).



Source : HCFEA

dépenses de santé en 2017 – édition 2018, p. 188), une dépense au titre de l'hébergement en établissement pour personnes âgées dépendantes de 11,96 milliards. Cela correspond à l'ensemble des dépenses d'hébergement (aides publiques (3,3 milliards), RAC des ménages (3,8 milliards) et 4,4 milliards de gîte et couvert (nourriture, frais de logement et d'assurance) supportés par les ménages en établissements, mais qui seraient également à leur charge s'ils résidaient à leur domicile). Cette inclusion conduirait la part des dépenses dans le PIB à augmenter de 1,7% à 2,2 %. Si on ne considère que les dépenses publiques (dans le compte de la dépendance Drees en 2014, annexe 1), 3,3 milliards dont ASH 1,2 milliards et AL 0,5 milliards), la dépense croîtrait de 0,1 point, de 1,7 à 1,8 points de PIB.

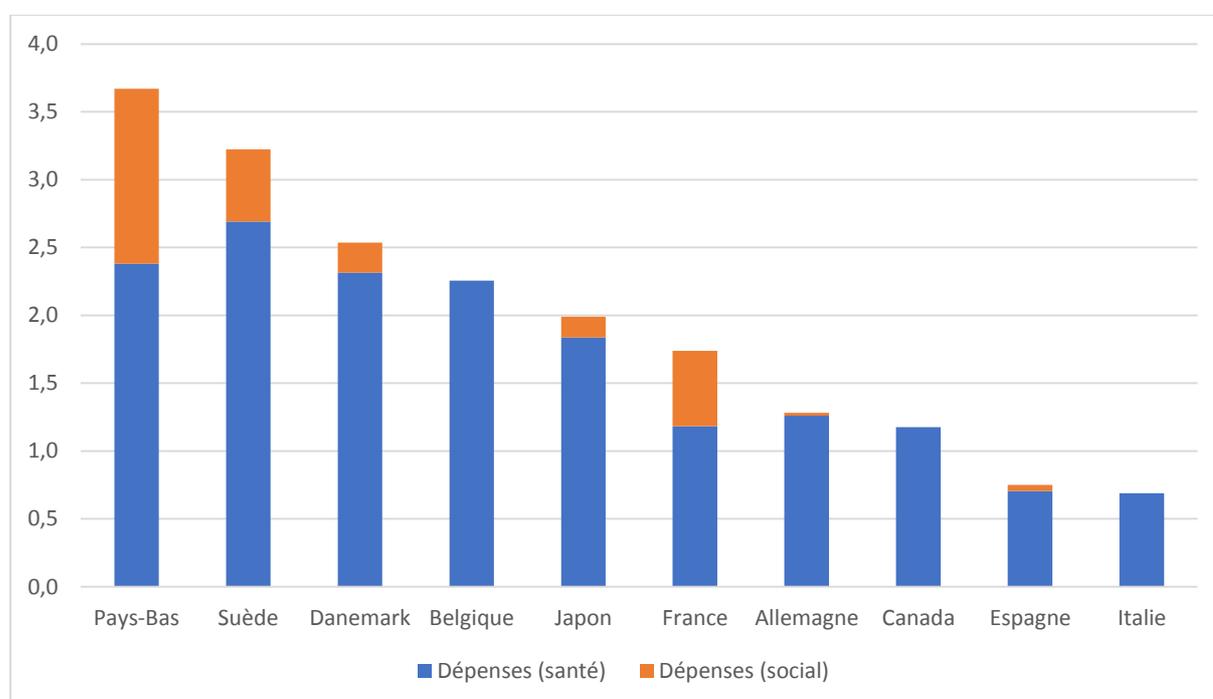
³¹ Drees (2018), *Les dépenses de santé en 2017*, édition 2018, p. 188.

b) Ratio dépenses publiques/ dépenses totales

L'OCDE fournit aussi la part des dépenses financées par les ménages, à titre privé, mais la comparabilité est encore plus difficile que pour les dépenses publiques. L'OCDE avance néanmoins une estimation. Ces dépenses à titre privé seraient très faibles dans les pays nordiques, la Belgique et le Japon (de l'ordre de 7 à 9 % des dépenses totales). Elles atteindraient environ 20 % des dépenses totales en Italie, Espagne, France³² et Canada. L'Allemagne aurait la part de dépenses à titre privé la plus importante, de l'ordre de 30 %.

c) Répartition entre composantes médicale et sociale dans les dépenses de soins de longue durée

Figure 7 – Dépenses de soins de longue durée en 2015 (ensemble de la population concernée), composante sociale et médicale, en points de PIB



Sources : OCDE (2017), *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris. OCDE, *Système international des comptes de la santé (SHA)*. Health Statistics 2018

Comme indiqué précédemment, l'OCDE distingue dans les dépenses ce qui relève du volet médical et du volet social. Des précautions sont cependant à prendre dans la comparaison de cette répartition entre pays. « La limite entre le volet sanitaire et le volet social des dépenses de soins de longue durée n'est pas toujours la même d'un pays à l'autre : si certains incluent telle ou telle composante des soins de longue durée dans le volet santé, d'autres considèrent en revanche qu'elles relèvent du volet social »³³. On ne dispose

³² Bernard Ennuyer chiffre plutôt à 30 % la part des ménages en France – in *L'Allongement de la vie*, p. 286 – sans compter la valorisation de l'aide apportée par les aidants familiaux.

³³ OCDE (2017), *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE, Paris.

d'ailleurs pas de la distinction pour tous les pays, en particulier pour la Belgique, le Canada et l'Italie. Pour d'autres, telle l'Allemagne, la part du volet social est marginale, ce qui incite à la prudence dans les comparaisons.

Si on considère cependant les pays pour lesquels une distinction entre les deux types de dépenses est proposée, on observe que les **Pays-Bas et la France** affichent le niveau le plus élevé de dépenses publiques au titre de la **prise en charge sociale** de longue durée : ces dernières représenteraient environ 1/3 des dépenses totales de soins de longue durée (figure 7).

1.4 DE NOMBREUX TRAITS COMMUNS ET DES ORIENTATIONS STRATEGIQUES QUI CONVERGENT

1.4.1 Les traits communs

a) Des dispositifs majoritairement encadrés par la loi

La totalité des pays étudiés ont mis en place un dispositif législatif garantissant un soutien aux personnes âgées vulnérables. Ce qui fait la différence, c'est la manière dont les pays ont anticipé cette question et la date à laquelle ils ont construit une législation.

Le droit à **l'accès à des soins de longue durée** de qualité, à domicile ou dans la communauté, fait partie des 20 principes figurant dans les dispositions du **socle européen des droits sociaux** approuvé conjointement par le Parlement européen, le Conseil et la Commission le 17 novembre 2017, lors du sommet social pour des emplois et une croissance équitables organisé à Göteborg en Suède.

Comme cela apparaît dans le tableau ci-dessus, la tendance est à l'évolution et à l'amélioration des systèmes légaux.

D'une manière générale, la succession de réformes dans les différents pays témoignent du fait qu'ils n'ont pas encore trouvé leur équilibre entre la nature des aides (prestations en espèces ou en nature, aides sociales ou mesures fiscales) et leur financement (impôts, cotisations, taxes etc.) face à la pression des besoins. On perçoit clairement que cette question de la perte d'autonomie est encore une préoccupation relativement récente à l'échelle historique et n'a pas encore trouvé sa maturité.

Les législations ont récemment évolué, par exemple, pour mieux prendre en compte les maladies neurodégénératives, notamment dans l'évaluation des besoins des personnes.

Tableau 1 - Chronologie des principales réformes dans les pays considérés

France	30.6.1975 : autonomie secteur médicosocial, développement des structures d'accueil pour personnes âgées	1997 : loi créant la première prestation universelle pour les personnes âgées (prestation spécifique dépendance - PSD)	2001 : loi créant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en remplacement PSD	2015 : loi ASV reconnaissant l'atut aux aidants, priorité au domicile	2019 : projet de loi en préparation sur le Grand âge et l'autonomie
Danemark	1949 : principes universels en matière de soins aux seniors	Années 1980 : Essor de la politique d'offre de soins à domicile	2002 : Libre choix par l'utilisateur du prestataire et des services d'aide	2008 : Réforme sur la qualité	
Espagne			2006 : Law 39/2006 Ley de Dependencia		2012 – Real Decreto Ley 20/102
Allemagne	1994-95 : Pflegeversicherung	2002 : Aides aidants familiaux	2008 Réforme de la Pflegeversicherung (pôle soutien du care à proximité du domicile)	2012: Long - Term Care Adjustment	2015-2017: Long-Term Care Strengthening Act, Parts 1–3
Belgique	loi du 27 février 1987 : création de l'APA				
Italie	1980 : (IA) Indemnità di Accompagnamento	1984 : Extension de la prestation d'indemnità d'accompagnement (IA) aux personnes âgées		2000 – Law 328 – general reform of the social care sector ³⁴	
Pays-Bas	1968 : loi AWBZ sur les risques lourds		2007 : transfert soin à domicile/municipalités		2015: réforme AWBZ
Japon	1989 : Gold Plan	1994 : new Gold Plan	1997 : long term care assurance law	2000 : ticket modérateur	2009 : métiers, établissements
Suède	1982 : Loi sur les services sociaux	1992 : Réforme Ädel (communes)		2009 : libre choix du prestataire	
Québec	1971 : loi sur l'organisation des services de santé et les services sociaux			2000 : « Vivre et vieillir ensemble »	2017 : « Un Québec pour tous les âges »

Source : pour le Danemark, l'Allemagne et l'Italie, CAS (2011) jusqu'en 2010, puis secrétariat général du HCFEA. Pour l'Espagne, secrétariat général du HCFEA. Pour l'Allemagne, Doetter et Rothgang, 2017, « The German LTC policy landscape », CEQUA LTC Network, Country Report.

Ceux qui ont démarré le plus tôt, les **pays nordiques**, ont fait évoluer leur législation très généreuse pour mieux encadrer le développement des services, ouvrir au marché le secteur des services à domicile, maintenir un bon niveau de qualité et développer la prévention.

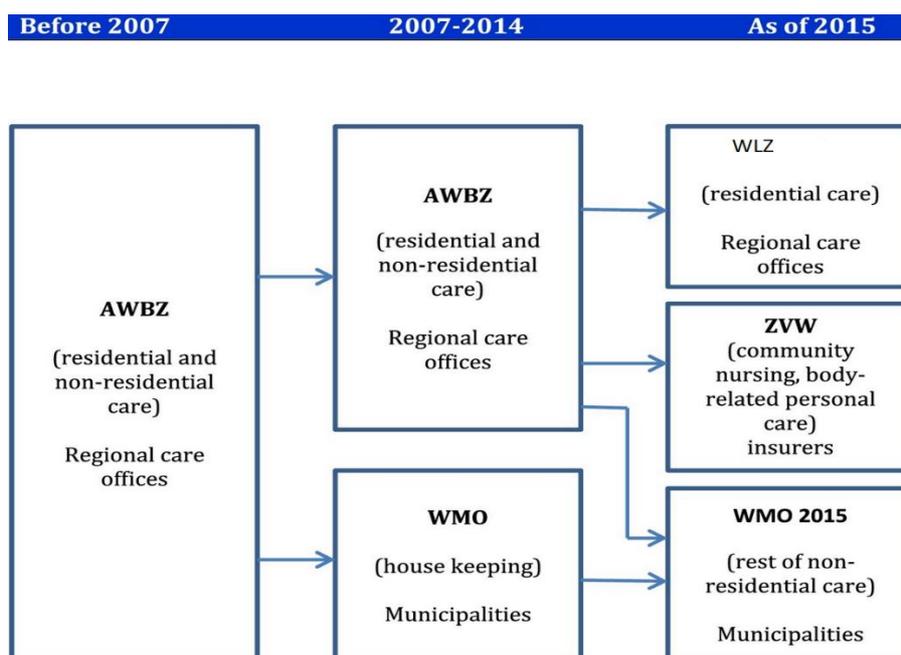
L'**Italie** a instauré dès 1980 une indemnité d'accompagnement pour les personnes handicapées et l'a étendue aux personnes âgées en 1984.

L'**Allemagne** a été pionnière en instaurant son système d'assurance de soins de longue durée en 1994, mais l'a profondément réformé en 2008, puis en 2015.

³⁴ Campbell *et al.*, 2016, "How different countries allocate long-term care resources to older users: a comparative snapshot", in *Long-term care reforms in OECD countries*, Eds by Christiano Gori, José-Kuis Fernandez, Raphael Wittenberg, p. 88.

L'Espagne a adopté en 2006 une législation ambitieuse³⁵, dite de Promotion de l'autonomie personnelle – la prise en charge de la perte d'autonomie est devenue un **droit** – mais sa mise en œuvre a été contrariée par la crise de 2007. Elle définit la **dépendance** comme « l'état à caractère permanent où se trouvent les personnes qui, pour raisons dues à l'âge, la maladie ou le handicap, et liées à l'absence ou perte d'autonomie physique, mentale, intellectuelle ou sensorielle, ont besoin de l'attention d'autres personnes ou d'aides importantes pour réaliser les activités basiques de la vie quotidienne, ou, dans le cas des personnes ayant un handicap mental ou une maladie mentale, d'autres soutiens pour son autonomie personnelle. » La perte d'autonomie en Espagne est régie par une **loi unique**, sans distinction d'âge.

Aux **Pays-Bas**, les soins de longue durée ont été complètement réformés depuis 2015. Leur prise en charge est désormais couverte par **trois lois** qui ne se fondent pas sur une condition d'âge mais sur la nature des besoins. La première, la **AWBZ**³⁶, *loi sur les dépenses médicales exceptionnelles*, régleme les soins en institution (soins en établissement) et en communauté (soins à domicile) pour les personnes nécessitant une surveillance 24h/24 – sans condition d'âge. La seconde, la *loi sur les soins de santé (WLZ)*, encadre les soins infirmiers et personnels à domicile réglementés et financés par les assureurs maladie. Les autres aides à domicile sont règlementées par une troisième loi de soutien social, la **WMO**³⁷, qui en confie la responsabilité à la municipalité.



Le **Québec** s'appuie sur une loi fondatrice (la *loi sur l'organisation des services de santé et les services sociaux*, adoptée en 1971 et amendée à de nombreuses reprises) et procède depuis par **programmes** pour adapter son dispositif. Les grandes orientations demeurent et sont conformes à une plus grande autonomie des Québécois, quelle que soit leur condition. Il n'existe pas d'autres textes de nature législative dédiés au soutien à l'autonomie. Les premières politiques sectorielles, telle que « *chez soi : le premier choix* », ont vu le jour dans les années 2000. La première politique québécoise globale et spécifique au vieillissement

³⁵ *Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD).*

³⁶ AWBZ = Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

³⁷ WMO = Wett Maatschappelijke Ondersteuning.

« *Vivre et vieillir ensemble* » a été publiée en 2012 et proposait un plan d'action pour la période 2012-2017. Elle s'inspire largement des orientations de l'OMS « vieillir en restant actif ». Elle a été prolongée en 2017 par la politique « *Un Québec pour tous les âges* », elle aussi dotée d'un plan d'action couvrant la période 2018-2023.

Au Japon, la prise de conscience de la croissance très rapide des besoins a conduit à l'adoption de deux lois en 1989 et 1994 (Gold Plan et New Gold Plan). Mais la réforme la plus significative concerne **la loi sur l'assurance soins de longue durée** qui a été adoptée en 1997, mise en œuvre en 2000 et révisée à 4 reprises en 2005, 2008, 2011, 2014. Les points marquants sont les suivants :

- **2005** : introduction d'un niveau supplémentaire dans la grille pour promouvoir des mesures de **prévention** (notamment 17 nouveaux services pour la prévention) et révision des tarifs dans les établissements médicalisés
- **2014** : structuration du **système de care intégré dans la communauté proche** pour donner plus d'importance à la solidarité familiale et au voisinage ; les services préventifs (visite aide à domicile et accueil de jour) ne sont plus financés par l'assurance mais par la municipalité ; allègement des cotisations pour les bas revenus ; passage à 20 % et 30 % du **ticket modérateur** au-dessus d'un plafond ; allègement des frais de repas et de logement dans les établissements.

France : une politique publique de soutien à l'autonomie des personnes âgées encore en construction

Au début du siècle dernier, l'accompagnement des vieillards infirmes et incurables relevait de l'assistance et de la responsabilité de l'Etat. Il faut attendre le rapport Laroque de 1962 pour que la population âgée dans son ensemble devienne une préoccupation des pouvoirs publics. Dans les années 70-80 se construisent et s'autonomisent les secteurs médicosociales mais aussi gérontologiques. La création de la prestation spécifique dépendance (PSD) par la loi du 24 janvier 1997 constitue une première réponse universelle aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Celle-ci est remplacée en 2002 (loi du 20 juillet 2001) par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui a pour particularité de concerner un public plus large (intégration parmi les bénéficiaires des personnes en GIR 4, soit des personnes moins dépendantes). Par ailleurs, contrairement à la PSD, « les sommes servies au titre de l'APA ne font pas l'objet d'un recouvrement sur la succession du bénéficiaire, sur le légataire ou sur le donataire » (suppression du principe de subsidiarité de l'aide).

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, novatrice dans son approche, cherche à changer le regard sur la vieillesse et à mobiliser l'ensemble des politiques publiques et la société toute entière pour accompagner au mieux l'avancée en âge et permettre aux personnes âgées, même fragiles, de rester actrices de leur parcours. Elle met notamment l'accent sur le soutien à l'autonomie au domicile.

Le gouvernement français a lancé en octobre 2018 une concertation nationale sur le grand âge et l'autonomie, visant à définir les contours d'une réforme ambitieuse. Un projet de loi est prévu pour le deuxième semestre 2019.

b) Des prestations globalement universelles

La plupart des pays étudiés considèrent que leur politique de soutien à l'autonomie est **universelle**, puisqu'aucune personne éligible, compte tenu des limitations fonctionnelles dont elle souffre, et sans autres conditions que la nationalité ou la résidence, n'en est exclue, notamment au motif de son revenu. Potentiellement, c'est bien l'ensemble de la population des personnes âgées qui est couverte par la législation nationale.

Dans la plupart des pays et pour la majorité des prestations, on tient compte du revenu pour déterminer le montant de l'aide publique et le reste à charge pour la personne. Les Pays-Bas tiennent compte également de la gravité de l'état en réservant l'accès à l'assurance de soins de longue durée aux personnes en perte d'autonomie totale.

Si, au regard de la loi, les prestations sont en principe les mêmes sur tout le territoire, on constate pourtant des disparités dans l'application, du fait de la décentralisation ou de la régionalisation, lorsque ce sont les communes (dans les pays nordiques³⁸) ou les régions (Italie et Espagne) qui fixent elles-mêmes un certain nombre de critères.

L'ouverture des services au marché a pu également être considérée comme une brèche dans l'universalisme³⁹ dans la mesure où elle pouvait induire des niveaux de qualité différents et surtout un accès plus ou moins facile aux services.

Cette note n'est pas le lieu d'engager une réflexion approfondie sur l'universalisme, mot polysémique par excellence. Il nous suffira de souligner que la conception de l'universalité (ou de l'universalisme) n'est pas la même pour tous les pays, que les dispositifs sont plus ou moins généreux et que les évolutions récentes témoignent d'« un glissement des logiques à l'œuvre » (Blanche Le Bihan⁴⁰, 2006) dans les différents pays étudiés.

c) La barrière d'âge n'existe pas dans la plupart des pays

Comme nous le verrons ultérieurement, la distinction âge/handicap ne fait plus débat dans nombre de pays.

Seuls trois pays, la France, la Belgique et le Japon, pratiquent une distinction d'âge dans l'accès aux prestations :

- l'APA en Belgique est accessible à partir de 65 ans
- la prise en charge par l'assurance de soins de longue durée, au Japon, est, en principe, accessible aux plus de 65 ans sauf lorsqu'ils sont atteints avant cet âge d'une maladie liée à l'avancée en âge. Lors de la mise en place de l'assurance des soins de longue durée, la question de la prise en charge des handicapés a été évoquée mais écartée notamment du fait de l'opposition des associations de personnes handicapées qui réclamaient un financement par l'impôt.

³⁸ Voir Per H. Jensen, "is the danish welfare state really universal ?" RFAS 2018/4 p. 216.

³⁹ Voir Marta Szebehely, Gabrielle Meagher, *Nordic eldercare – Weak universalism becoming weaker?*

⁴⁰ Source : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01166698/document> Le Bihan & Martin

d) Un poids important des financements publics

Dans tous les pays, les financements publics ont une place importante et croissante dans la prise en charge des politiques de soutien à l'autonomie et la contribution des assurances privées reste limitée. L'augmentation des effectifs et le souci de soulager les ménages expliquent la croissance de la dépense publique.

De façon générale, les financements mis en place s'articulent avec la protection sociale propre à chaque pays :

- les prestations de soins de santé (« cure ») sont prises en charge par le système national de santé ou l'assurance maladie avec des tickets modérateurs plus ou moins importants selon les pays (forfaitaires dans les pays nordiques et en Belgique) ; la lourdeur des soins de santé pour les personnes en perte d'autonomie a parfois justifié la mise en place d'assurances complémentaires comme aux Pays-Bas et au Japon.

- les prestations de soutien et d'attention (« care ») sont plus inégales, elles relèvent souvent de l'échelon local (financement hors assurance maladie) et dans certains pays le financement par les ménages est élevé, d'où le recours à l'aide sociale pour les revenus les plus bas.

- en ce qui concerne cette dernière, le principe de subsidiarité (obligation alimentaire et recours sur succession) existe dans peu de pays. Il s'applique en Allemagne et en France. Il existerait aussi en Espagne, Italie, Québec, mais semblerait rarement mis en œuvre.

e) Apparition d'un "care deficit" : raréfaction des ressources humaines

Les projections concernant l'écart entre les besoins humains liés à la prise en charge de la perte d'autonomie et les ressources humaines disponibles sont difficiles à établir précisément. En effet, de nombreux facteurs, autres que le seul vieillissement, peuvent interférer sur le besoin en soins des personnes âgées. Mais d'ores et déjà, la plupart des pays sont confrontés à des problèmes de recrutement car les métiers liés à la prise en charge de la perte d'autonomie sont peu attractifs (émiettement du travail pour les aides à domicile, contraintes horaires, pénibilité, bas salaires...) et peu reconnus. Le besoin se fait particulièrement sentir dans les établissements, mais il justifie aussi le manque d'offre en matière de services à domicile.

1.4.2 Des orientations stratégiques similaires dans l'ensemble des pays étudiés

a) La priorité au soutien à domicile

La désinstitutionnalisation a représenté une tendance forte dans les pays nordiques comme le Danemark ou la Suède qui ont mis en place des politiques de désinstitutionnalisation, dès l'après-guerre pour la Suède, en 1987 pour le Danemark avec la fin de la construction d'habitats « protégés ». Mais l'accent sur le maintien à domicile concerne tous les pays, notamment ceux qui avaient pris plus de retard dans la mise en place de mode d'accueil en institutions. C'est par exemple une nécessité pour un pays comme le Japon qui, malgré une politique active de développement de services, ne peut faire face qu'à la moitié des

demandes d'accueil en institution. Le Québec a publié des orientations très construites intitulées « *chez soi : le premier choix* ».

b) Le libre choix pour développer l'offre des services

On observe une tendance, notamment pour les pays offrant des services en nature, à diversifier les opérateurs, publics, privés lucratifs ou non lucratifs, au nom du libre choix et du principe de libre concurrence entre offreurs de services. Au **Danemark**, depuis **2002**, chaque municipalité doit offrir plusieurs choix dans les fournisseurs de services et de soins, dont au moins un doit dépendre de la municipalité. La **Suède** a suivi en 2009 pour instaurer le libre choix, le secteur privé représente désormais 18 % des services délivrés mais il est inégalement réparti sur l'ensemble du territoire. Au **Québec**, ce sont des entreprises de l'économie sociale qui viennent compléter les services offerts par les Centres locaux de services communautaires. Au **Japon**, la montée en puissance des services aux personnes a contribué à la création de nombreuses entreprises, mais il n'y a pas de concurrence sur les prix qui sont fixés réglementairement. Aux **Pays-Bas**, le libre choix doit être accompagné d'une transparence sur les services dispensés dans le pays. Le gouvernement doit offrir des informations précises sur les prestataires afin d'éclairer les choix des individus.

c) Une monétisation plus importante des aides

Une autre tendance forte se manifeste dans la nature des prestations offertes, ou utilisées, avec un développement de plus en plus marqué vers des prestations en espèces (« cash for care ») plutôt qu'en nature. C'est notamment observable en **Allemagne** où les personnes, ayant le choix entre prestations en nature ou espèces, ont recouru majoritairement aux prestations en espèces, bien que les montants soient inférieurs à ceux des prestations en nature (voir chapitre prestations). Il n'y a aucun contrôle sur l'utilisation de la prestation en espèces, ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays, comme l'Espagne ou les Pays-Bas.

Pour faciliter le libre choix du fournisseur, aux **Pays-Bas** les personnes peuvent choisir soit des soins en nature, soit un budget *Persoonsgebonden* (PGB) ou encore un panachage des deux systèmes. Les utilisateurs de PGB sont autorisés à dépenser leur allocation en soins professionnels (du marché ou provenant d'une organisation à but non lucratif) ou par l'embauche d'un professionnel ou d'un soignant informel. L'objectif est à la fois de donner la possibilité aux personnes handicapées et/ou âgées ainsi qu'à leur famille de choisir parmi différents types de soins et de prestataires de soins pour leur donner ainsi plus d'autonomie et de contrôle dans la réponse aux besoins. Ce budget permet aussi de rétribuer les aidants familiaux informels, sur lequel le système néerlandais a commencé à se reposer.

Face au vieillissement croissant de la population, d'autres pays comme le **Danemark** – traditionnellement fondé sur les prestations en nature, se tournent vers l'indemnisation des aidants lorsque la perte d'autonomie est très lourde. La Suède reste très attachée à la prestation en nature, mais a tendance aussi à inclure la rémunération des aidants dans le cadre de cette prestation. Au **Japon**, la question de l'instauration de prestations en espèces est régulièrement discutée, mais pour l'instant rejetée au motif qu'elle amènerait à réduire les services et rendrait plus difficile la conciliation entre travail et vie familiale.

La monétisation peut parfois apparaître comme un moyen d'apporter plus de liberté dans la mise en place du soutien, favorisant la prise en charge par la famille et les aidants ainsi que le développement d'un nouveau marché des soins et de services, tout en représentant un

soutien à moindre coût pour la collectivité. En Allemagne, par exemple, les personnes âgées optent ainsi pour l'indemnisation en espèces dans la mesure où elle leur permet d'assurer un meilleur soutien à domicile qu'avec des prestations en nature (cf. paragraphe sur les professionnels).

d) Focus sur la qualité des soins

La politique d'ouverture au secteur privé, et à la concurrence, a souvent été présentée comme une garantie de qualité, mais n'a pas toujours produit les résultats escomptés et les plaintes, voire les cas de maltraitance, sont à prendre en compte.

Si les modalités de contrôle sont généralement bien établies pour les professionnels de santé – par l'accréditation, la certification et autres voies de validation par une autorité supérieure – l'introduction de nouveaux services d'aides à domicile – parfois très variés et ne relevant pas d'une nomenclature précise, ainsi que la rétribution des aidants proches, voir leur professionnalisation, obligent les différents systèmes à s'interroger sur les moyens de garantir une qualité des soins et des nouvelles formes d'aides apportées. Cette évolution nécessite un équilibre entre une plus grande flexibilité des prestations et la sécurité des personnes âgées vulnérables.

e) La recherche d'une meilleure intégration entre le sanitaire et le social

A défaut d'intégration, une meilleure articulation entre le sanitaire et le social est une nécessité pour faciliter la prise en charge des personnes âgées tout au long de leur parcours ; elle est aussi vue comme un moyen de maîtriser les coûts. Dans cette perspective, les pays ne se contentent plus de travailler à améliorer la **coordination**, mais expérimentent différentes initiatives de **soins intégrés dans la communauté**, comme au Japon ou encore en Suède avec une intégration complète dans la ville de Nortjåle de l'ensemble des acteurs du sanitaire et du social dans une même entité.

En Italie, si le cloisonnement reste fort entre le sanitaire et le social, se développent des initiatives de coordination avec les Points uniques d'accès (PUA) portés par les communes et qui examinent les demandes de prise en charge du territoire dans leur globalité. Il n'existe en revanche pas de services intégrés soins et social.

f) La montée des nouvelles technologies

En cohérence avec la priorité donnée au soutien à domicile, et face aux difficultés de recrutement dans le secteur de l'aide à domicile, les pays nordiques, le Japon, l'Espagne, mais pas seulement, misent sur les nouvelles technologies. Celles-ci permettent de sécuriser les personnes âgées en organisant une assistance 24h/24, et apportent en partie une réponse aux besoins de l'intégration en favorisant le partage des informations. En effet, les soins intégrés peuvent se définir comme un ensemble distinct de techniques et de modèles organisationnels destinés à créer une connectivité, un alignement et une collaboration dans et entre les secteurs de la cure et des soins. Cette « connectivité » favorise également les relations avec l'administration et/ou les fournisseurs de services.

**Exemple du Danemark qui se dit “Digital Kingdom”
et du dossier patient informatisé au Pays basque espagnol⁴¹**

La plateforme « Sundhed » au Danemark permet au niveau national à tous les professionnels, aux individus et à leurs aidants proches de connaître l'état de santé, la médication, et de disposer de conseils de prévention, etc. Elle repose sur une interopérabilité des systèmes et logiciels métiers. Les Centres d'aides techniques, généralement situés dans un espace d'habitation pour personnes âgées, offrent des objets IoT pouvant être empruntés par les personnes âgées. Cela donne de la visibilité aux entreprises travaillant dans ce domaine, tout en leur permettant de tester leurs nouveautés. Ces centres sont financés par les municipalités.

Au Pays basque espagnol et en Catalogne notamment se développent le « dossier patient informatisé » ou « dossier médical partagé facilité » qui permet à tout professionnel sollicité, avec l'accord de la personne, d'avoir rapidement une vue d'ensemble sur l'historique de santé du patient. En Catalogne, ce dossier rassemble non seulement les données strictement médicales mais également des éléments relatifs à l'historique de vie de la personne. L'ensemble des professionnels peut y intégrer des éléments, en fonction des droits qui lui sont accordés. L'ensemble du parcours de soins de la personne est ainsi accessible, ce qui facilite la continuité de prise en charge entre les intervenants.

⁴¹ Cf. « Le maintien à domicile des personnes âgées en fin de vie », rapport d'une des 13 missions d'étude menées en Espagne dans le cadre de de l'appel à projet innovation 2017 de la CNSA « Et nos voisins européens, comment font-ils ? » et présenté lors du colloque du 29 janvier 2019.

II - ANALYSE THEMATIQUE DES PRISES EN CHARGE

2.1 QUELS DISPOSITIFS D'EVALUATION ET DE COORDINATION ?

L'évaluation des besoins reste le point d'entrée de la prise en charge de la personne en perte d'autonomie. On y a recours dans tous les pays étudiés avec des différences portant sur l'existence ou non de grilles de classement des personnes en fonction de leur niveau de perte d'autonomie, sur leur format, sur la nature des personnels qui la réalisent et sur le lien avec le type de prestation qui sera proposée et prise en charge.

2.1.1 Dans les pays nordiques : pas de grille de classement normalisée et une bonne coordination

Partant d'une conception très ouverte concernant l'inventaire des besoins de la personne, **les pays nordiques n'ont pas de grille d'évaluation normalisée**. Les Danois et les Suédois ont le droit légal de solliciter des services et des soins dès qu'ils en ont besoin. La municipalité ou le médecin traitant sont les seuls acteurs auprès desquels les personnes ayant besoin d'aide peuvent exprimer leurs besoins.

En Suède, le niveau de besoins est déterminé par une évaluation effectuée par un gestionnaire de soins municipal (« *municipal care manager* »), sans intervention médicale particulière. L'accès aux services se fait sans conditions de ressources, les ressources ne sont prises en compte que pour le calcul du reste à charge mais pas pour définir les prestations. Il n'y a pas de réglementation nationale : c'est la municipalité qui décide du niveau des services, des critères d'admissibilité et de la gamme des services offerts en fonction des besoins identifiés. L'aide informelle et l'environnement sont pris en compte dans l'évaluation. Une personne seule à domicile peut ainsi bénéficier d'un soutien plus important qu'une personne avec un conjoint. Les « care managers » sont en charge de la coordination des aides apportées par les services sociaux et médicaux. Membres du service social de la municipalité, ils ont un niveau équivalent à un **assistant social** avec une année de **spécialisation en gériatrie**. Ils effectuent le plus souvent l'évaluation seuls, mais peuvent être accompagnés par une équipe **pluri-professionnelle** pour les cas les plus complexes.

Au Danemark, il existe deux points d'entrée pour demander une évaluation : la municipalité – à travers l'évaluateur des soins – ou le médecin généraliste.

Comme en Suède, il n'existe pas de grille nationale d'évaluation puisque chaque municipalité est en charge de la définition des prestations, de leur recours ainsi que de leur qualité. L'évaluation est établie par les municipalités sur la base d'un « Langage commun » (outil d'analyse basé sur les code internationaux ICF). Elle est réalisée par une **équipe multidisciplinaire** de la municipalité : infirmière de district, assistante sociale et autres professionnels sociaux, kinésithérapeutes. Les **critères d'évaluation sont très larges**. L'évaluation se base sur des discussions avec la personne âgée, sa famille et d'autres professionnels de la santé : elle doit être multidimensionnelle et prendre en compte tous les aspects du « bien-être » de la personne et pas seulement les déficiences fonctionnelles. Sont

ainsi pris en compte les modes de vie, l'accès à la technologie, ainsi que les conditions de vie et de logement de la personne âgée.

Pour l'évaluation des déficiences fonctionnelles, les municipalités se réfèrent à l'**index Barthel**. Seuls l'**âge** et le fait de vivre **seul** peuvent affecter de manière significative le nombre d'heures de soins attribuée à domicile par jour. A partir de 65 ans, les individus font l'objet d'une surveillance plus élevée et d'un accompagnement renforcé pour éviter la perte d'autonomie. Cette vigilance supplémentaire s'applique dans toutes les municipalités puisqu'elles ont la responsabilité de la prise en charge des personnes âgées.

L'évaluation peut se faire avant que des signaux de dépendance aient été détectés, suite aux consultations préventives à domicile obligatoires à partir de 80 ans qui peuvent déboucher sur un signalement aux services compétents (voir chapitre prévention).

Deux types de professionnels sont en charge d'évaluer et de **coordonner** les aides et soins attribués aux personnes en perte d'autonomie.

- **Le care assessor** : il coordonne les équipes médico-sociales chargées d'évaluer la perte d'autonomie et participe à l'élaboration du plan d'aide. Il doit avoir travaillé pour la municipalité entre trois et sept ans dans le soutien à domicile des personnes âgées.
- **Le care manager** : travailleur social employé par les municipalités, il doit assurer un meilleur suivi des individus dans le temps et dans l'espace pour s'adapter à l'évolution de leur dépendance et leur faire regagner de l'autonomie ; il assure aussi la coordination des individus qui interviennent.

Pour ces deux pays, il est toujours possible de contester l'évaluation des besoins et de faire un recours auprès de la municipalité si l'évaluation ne convient pas. Il faut noter que les termes de la loi sont très extensibles sur la nature même des besoins, ce qui peut justifier soit des contestations, soit au contraire des fraudes, d'où une tendance dans certaines municipalités à restreindre les besoins couverts.

2.1.2 Parmi les pays qui utilisent une grille, l'expérience du Québec est intéressante par son côté multidimensionnel et intégré

Au Québec, l'évaluation de la perte d'autonomie est réalisée par une équipe médico-sociale du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS), grâce à l'Outil d'évaluation multi-clientèle (OEMC) adopté en 2003⁴² et intégrant le système de profils *Iso-SMAF* (*Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle*).

On accède à cette évaluation via le guichet unique du **centre local de services communautaires (CLSC)** qui vérifie l'éligibilité au dispositif : les demandes sont reçues directement ou sur référence (proches, médecin, établissement de santé, CHSLD).

L'originalité de l'outil utilisé, développé par des chercheurs de l'université de Sherbrooke, réside dans le fait qu'il donne une appréciation très complète de la situation de la personne en abordant plusieurs thématiques : l'état de santé, les habitudes de vie, la situation

⁴² A noter que cette grille est utilisée par plusieurs établissements en France, en Suisse et en Belgique.

psychosociale, les conditions économiques, l'environnement physique. Pour chaque item, il s'agit d'identifier un problème éventuel. Pour l'appréciation de l'autonomie fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne, la mobilité, la communication, les fonctions mentales et l'exécution des tâches domestiques, le dispositif permet de quantifier les ressources humaines ou techniques mises en œuvre et celles à compléter dans le plan d'intervention. Sont prises en compte les appréciations des usagers, de l'entourage familial et des professionnels.

L'évaluation débouche sur l'accès à des services professionnels, d'aide à domicile ou à une orientation en hébergement, mais pas à une prestation en espèces. Elle ne donne pas lieu à un classement de la personne en niveau de dépendance (équivalent aux niveaux GIR en France), mais à une évaluation de ses besoins, via le score obtenu. Il semblerait qu'il y ait cependant une régulation régionale sur ces évaluations.

Elle fait l'objet d'un **suivi et d'une réévaluation** des besoins au moins une fois par an si incapacité significative et persistante (idem pour les proches-aidants).

La **coordination** est un élément essentiel de la politique de soutien à domicile et l'outil SMAF est un **outil partagé** entre les soins à domicile et l'hôpital. On distingue :

- les intervenants de première ligne : ils assurent la responsabilité clinique – travail multidisciplinaire dont partenaire majeur = le pharmacien (pharmacies communautaires) + accès du professionnel au médecin traitant ; si nécessaire, un des intervenants remplit le rôle de **coordonnateur** (intervenant pivot ou gestionnaire de cas) ;
- la mise en place de mécanismes **de transition entre le CLSC et l'hôpital** (responsabilité de l'infirmière de l'équipe de soutien à domicile pour organiser le retour – outil de suivi de clientèle) – entre le CLSC et les services de réadaptation spécialisés (responsabilité du CLSC sur le maintien et la consolidation des acquis) : le service de réadaptation peut intervenir comme fournisseur de service ou comme consultant pour l'équipe de soutien – utilisation des technologies de l'information pour le partage de l'information clinique, le lien avec le réseau de professionnels partenaires et de services, l'optimisation de l'organisation du travail.

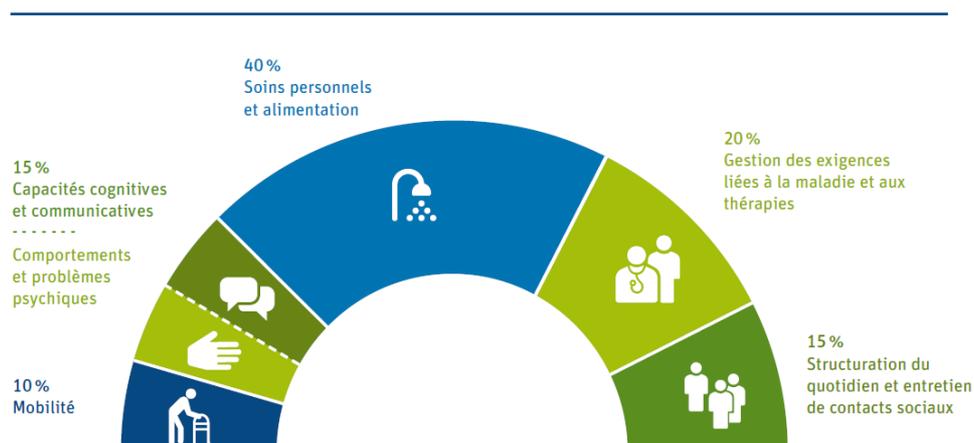
2.1.3 L'Allemagne et le Japon ont des démarches similaires

En Allemagne, la situation de perte d'autonomie est constatée par un expert (professionnel des soins ou médecin) du service médical de l'assurance maladie (MDK - Medizinischer Dienst der Krankenkasse)⁴³ pour les assurés légaux⁴⁴. L'évaluateur du MDK se rend au domicile de la personne (logement indépendant ou maison de retraite, médicalisée ou non) pour apprécier la façon dont elle gère sa vie quotidienne, de façon autonome ou avec besoin d'aide. Dans son rapport, le MDK fait des recommandations sur les moyens susceptibles d'améliorer la situation (aides techniques, matériel médical, adaptation du logement).

⁴³ « Informations sur l'évaluation du degré de dépendance », Communauté des services médicaux de l'assurance maladie (MDK - Medizinische Dienst der Krankenversicherung), note disponible sur le site internet <https://www.mdk.de/versicherte/pflegebegutachtung/>

⁴⁴ Pour les assurés privés (10 % de la population), c'est la société MEDICPROOF qui réalise l'évaluation

Pour définir le degré de dépendance d'une personne, on prend en compte **six domaines de la vie quotidienne** auxquels on accorde un poids différent.



Pour chaque domaine, l'évaluateur attribue, suivant l'aide dont la personne a besoin, un certain nombre de points, entre 0 (la personne peut faire une activité sans aide d'une personne mais néanmoins avec des aides techniques) et 3 (la personne ne peut pas du tout faire une activité, même partiellement). Ces points entrent avec un coefficient différent dans l'évaluation globale. Le domaine des soins personnels et de l'alimentation a par exemple plus de poids que le domaine de la mobilité. Le total des points obtenu permet de définir le degré de dépendance. La grille a été récemment modifiée de façon substantielle avec une meilleure prise en compte des troubles cognitifs et l'intégration de deux niveaux supplémentaires, dont un niveau qui cible une faible perturbation de l'autonomie et concernerait 500 000 nouveaux allocataires.

Il existe en tout **cinq degrés de dépendance** :

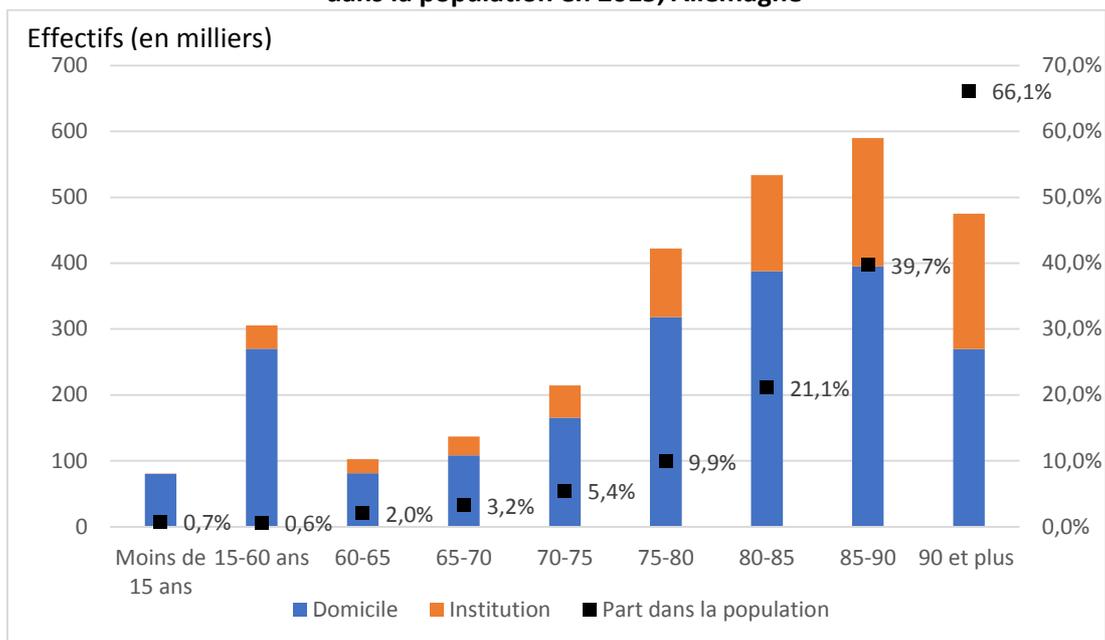
- niveau 1 : 12,5 jusqu'à moins de 27 points (faible perturbation de l'autonomie ou des capacités) ;
- niveau 2 : 27 jusqu'à moins de 47,5 points (perturbation significative de l'autonomie ou des capacités) ;
- niveau 3 : 47,5 jusqu'à moins de 70 points (forte perturbation de l'autonomie ou des capacités) ;
- niveau 4 : 70 jusqu'à moins de 90 points (perturbation extrême de l'autonomie ou des capacités) ;
- niveau 5 : de 90 à 100 points (perturbation extrême de l'autonomie ou des capacités avec exigences particulières sur le plan des soins).

Tableau 2 - Répartition des personnes en perte d'autonomie selon leur degré de perte d'autonomie, en Allemagne, 30 juin 2017

Niveau	A domicile		Etablissement		Ensemble	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%
1	75 607	3,2	3 027	0,4	78 634	2,5
2	1 211 569	52	191 811	24,7	1 403 380	45,2
3	651 122	28	231 233	29,8	882 355	28,4
4	280 731	12,1	222 075	28,6	502 806	16,2
5	108 770	4,7	127 894	16,5	236 664	7,6
Ensemble	2 327 799	100	776 040	100	3 103 839	100

Source : Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, BMG, 2017.

Figure 8 – Effectifs des bénéficiaires de soins de longue durée par groupes d'âge et part dans la population en 2015, Allemagne

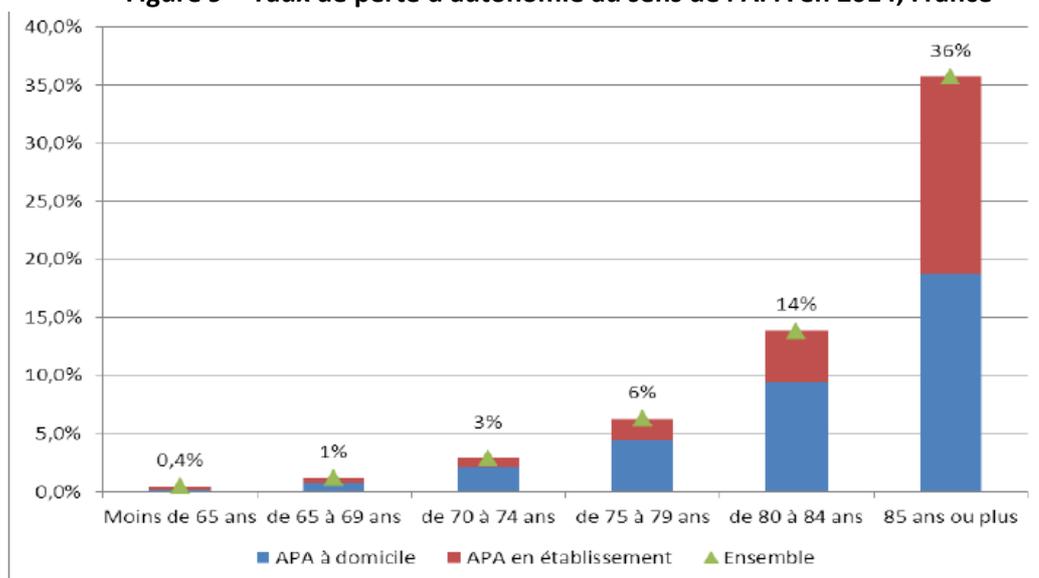


Source : Gerlinger (2018).

Note de lecture : parmi les 70-75 ans, on dénombre 48 800 individus bénéficiaires de soins de longue durée en établissement et 165 600 à domicile (échelle de gauche). L'ensemble de ces bénéficiaires représentent 5,4 % de la population de cette tranche d'âge (échelle de droite).

On peut comparer la part de personnes prises en charge par âge avec les bénéficiaires de l'APA en France. Ainsi, parmi les 80-85 ans, 21,1 % bénéficient d'une prise en charge en Allemagne contre 14 % en France (figure 9).⁴⁵

Figure 9 – Taux de perte d'autonomie au sens de l'APA en 2014, France



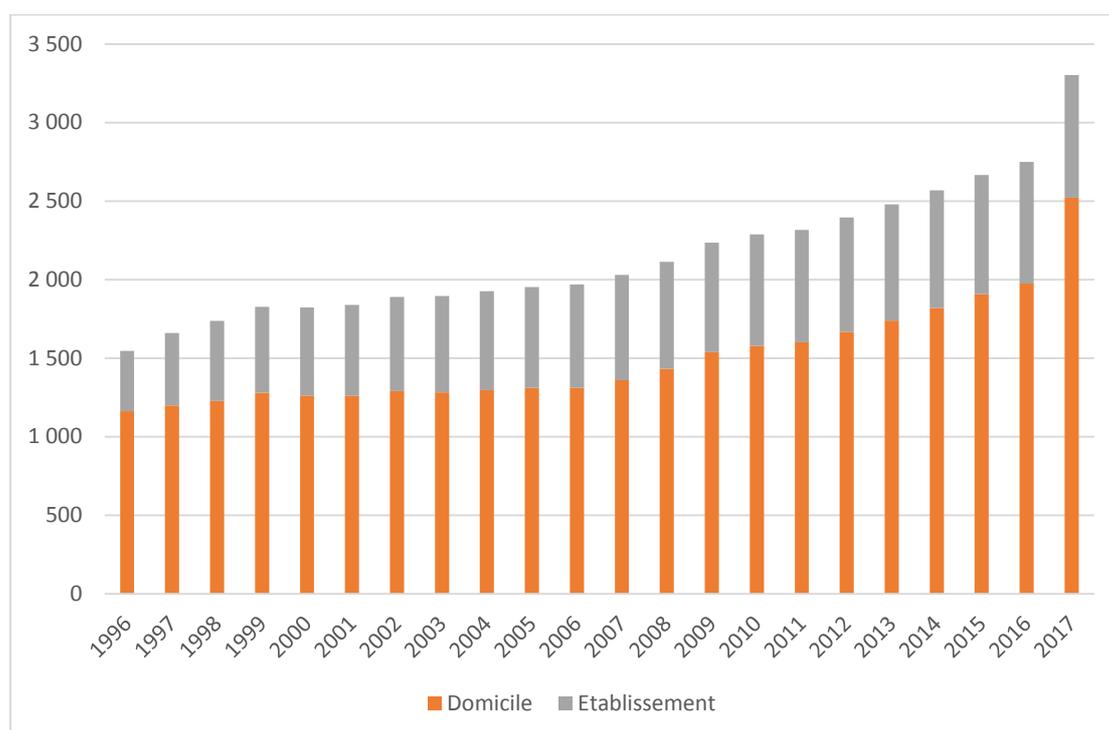
Source : Drees et Insee, calcul SG HCFEA

Source : Rapport du HCFEA, décembre 2017.

⁴⁵ Se pose immédiatement la question de la hauteur de la prise en charge.

Le nombre de bénéficiaires a constamment augmenté depuis 2002 (figure 10). Entre 2016 et 2017, les effectifs ont augmenté de 20 %. Cette hausse peut être notamment expliquée par l'entrée de 500 000 personnes dans le système d'assurance dépendance avec la création du degré 1 de dépendance par la réforme de 2016. En effet, cette mesure a permis de combler l'absence de prise en charge pour les personnes dont l'autonomie est menacée mais pas encore dégradée (par exemple les personnes ayant été victimes d'une légère attaque cérébrale ou d'un accident domestique mineur). Ce changement a également été introduit comme mesure de prévention auprès des personnes âgées en perte d'autonomie.

Figure 10 - Évolution du nombre de personnes bénéficiaires de l'assurance dépendance, Allemagne, 31/12/2017



Source : Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, BMG, 2018.

* * *

Au Japon⁴⁶, selon Karine Ishii, « la **procédure d'évaluation** du niveau de perte d'autonomie s'avère particulièrement lourde et longue ».

En fait, la **demande de prestation** est adressée à la municipalité et l'évaluation se fait en trois temps :

- d'abord dans le cadre d'une visite à domicile par un « **care manager** » qui assure la saisie des informations dans un questionnaire traité par ordinateur qui comporte 74 éléments (même grille d'évaluation pour tous) ;
- puis un **avis médical du médecin traitant** ;
- enfin la validation par un **comité d'évaluation** du classement de la personne dans l'un des **7 niveaux de soins de longue durée**⁴⁷ par une équipe pluridisciplinaire

⁴⁶ Extrait de *Karine Ishii : les défis du vieillissement*.

prenant en compte l'avis du care manager, du médecin traitant et de la famille. Le care manager peut ajouter des éléments permettant de bien prendre en compte la situation familiale (présence ou non d'aidant, gravité du niveau de démence) avant attribution de la prestation par le comité.

Le **niveau de dépendance ainsi établi détermine le plafond du plan d'aide**. La définition du plan intervient dans une **seconde étape** mais n'implique pas d'évaluation à proprement parler. Dans la limite du plafond fixé selon le niveau de dépendance, les personnes aidées sélectionnent et combinent les services parmi ceux catalogués (définis) par l'assurance dépendance.

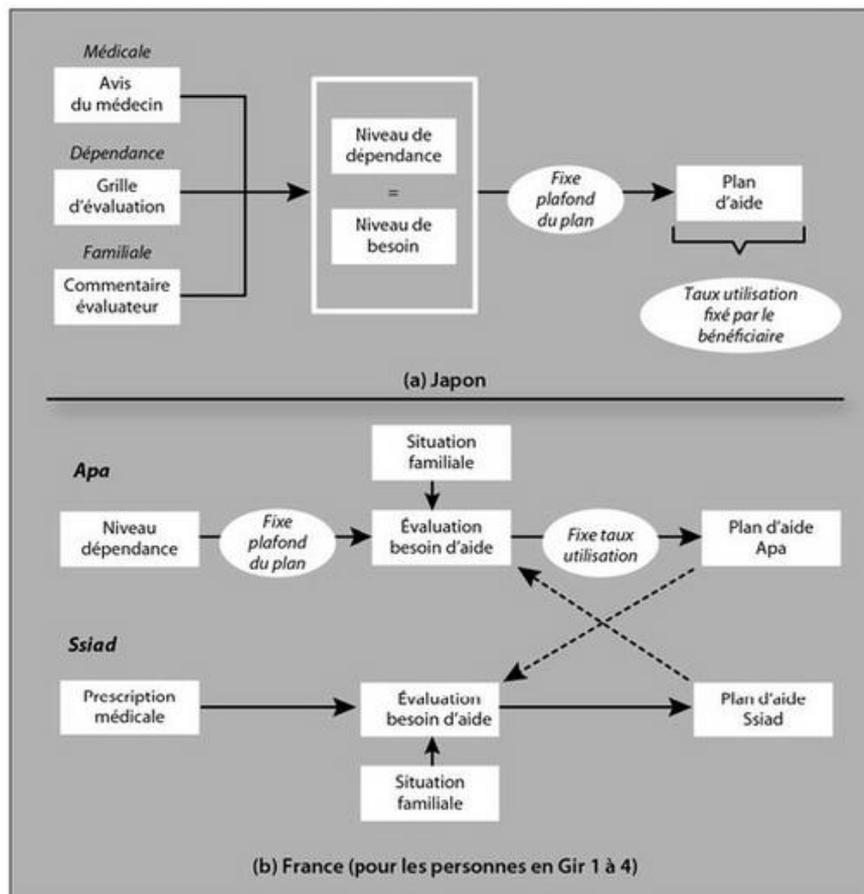
Les **care managers** conseillent les bénéficiaires dans le choix des services et **coordonnent** les prestataires mais la décision revient aux bénéficiaires qui ont également la possibilité de contacter directement les prestataires sans passer par un care manager.

Selon Karine Ishii « le **niveau de dépendance** identifié à travers le processus d'évaluation de l'assurance dépendance japonaise et le niveau Gir en France ne revêtent pas la même signification. Le niveau de dépendance japonais prend en compte **la dimension médicale, la dimension de la dépendance et la dimension familiale** (même si la prise en compte de cette dernière dimension est moins explicite) et ne se distingue pas du niveau de besoin d'aide. »

Il est intéressant de noter que les deux premiers niveaux qui pourraient être assimilés aux groupes 5 et 6 de la grille AGIR en France, sont identifiés comme présentant des besoins en termes de prévention, alors qu'en France, ils sont synonymes d'aucune ressource à prévoir.

⁴⁷ Voir partie prestations.

Schéma du système d'évaluation (comparaison France/Japon)



France : une grille d'évaluation classant les individus selon leur niveau d'autonomie, sujette à une grande variabilité d'utilisation et prenant insuffisamment en compte l'ensemble des dimensions de la vie de la personne

En France, l'évaluation des besoins de la personne âgée et de son plan d'aide à l'autonomie est faite à partir de l'utilisation de la grille AGGIR (autonomie-gérontologie-groupe iso ressources). Celle-ci classe les personnes âgées en fonction de leur niveau de capacité ou d'incapacité à effectuer les actes de la vie quotidienne. La grille comporte 6 niveaux, du GIR 1 correspondant aux individus avec la perte d'autonomie la plus importante au GIR 6 correspondant aux individus autonomes, les GIR de 1 à 4 ouvrant droit à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

L'évaluation du degré de perte d'autonomie est effectuée par une équipe médico-sociale du département (qui verse également l'APA). Celle-ci est composée de plusieurs professionnels de formations différentes : médecins, travailleurs sociaux, infirmiers, personnel administratif... Sa composition varie selon les départements. En général, un seul membre de l'équipe se déplace au domicile pour évaluer les besoins de la personne dans son environnement. Cette évaluation aboutit à la classification dans un groupe de dépendance (attribution d'un GIR) et à la définition d'un plan d'aide, qui indique le nombre d'heures d'aide humaine nécessaires à la personne évaluée, ainsi que le besoin d'éventuel d'aides techniques. L'environnement peut aussi être pris en compte, par exemple, la présence d'un conjoint et de l'aide informelle qu'il peut apporter.

La pertinence de l'utilisation unique de la grille AGGIR est néanmoins remise en cause depuis plusieurs années, en ce qu'elle ne prend pas assez en compte d'autres dimensions de la situation et qu'elle génère de trop grandes variabilités entre les départements. Par ailleurs, elle sous-estimerait le poids des maladies neurodégénératives. L'article L.232-6 du code de l'action sociale et des familles (CASF), issu de la loi ASV de 2015, prévoit désormais que « l'équipe médicosociale du département apprécie le degré de perte d'autonomie de la personne au travers de la grille AGGIR et qu'elle évalue la situation et les besoins du demandeur et de ses proches aidants dans des conditions et sur la base d'un référentiel multidimensionnel défini par arrêté⁴⁸ ». Ce référentiel, qui aborde la situation de la personne de façon globale (activités du quotidien, environnement, habitat, entourage, aides mises en œuvre, projets et aspirations de la personne) n'a néanmoins pas de caractère contraignant et n'est pas encore repris par tous les acteurs. Son utilisation doit être encouragée.

Les besoins en soins et actes médicaux relèvent du médecin traitant ou du secteur sanitaire qui fera les prescriptions médicales et pourra élaborer, notamment sur les territoires qui mettent en œuvre les expérimentations « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA), un plan personnalisé de santé (PPS)⁴⁹.

2.1.4 En Espagne, une approche relativement similaire à celle de la France

La loi espagnole définit trois degrés de perte d'autonomie :

- **1^{er} degré, dépendance modérée** : l'état de la personne requiert l'aide d'un tiers pour réaliser certaines activités de la vie courante au moins une fois par jour. Sont aussi inclus dans ce groupe les besoins d'aide intermittente ou limitée pour garantir l'autonomie personnelle de la personne.

- **2^{ème} degré, dépendance sévère** : il concerne toutes les personnes qui ont besoin d'aide pour réaliser certaines activités de la vie quotidienne, deux ou trois fois par jour. Dans ce cas, l'aide constante d'un soignant n'est pas nécessaire ou ces personnes ont besoin d'un type d'aide étendue pour garantir leur pleine autonomie personnelle.

- **3^{ème} degré, grande dépendance** : les personnes ont besoin d'une aide externe pour réaliser plusieurs activités de leur vie quotidienne à plusieurs moments de la journée. Ces personnes souffrent d'une perte totale d'autonomie (d'un point de vue physique, sensoriel ou intellectuel), et une aide continue ou généralisée de tiers est indispensable ou nécessaire pour garantir leur autonomie personnelle.

L'évaluation, réalisée par un **technicien ayant un profil socio-sanitaire**, est effectuée au domicile ou dans l'environnement habituel du demandeur.

La **grille de classement** espagnole se compose de **10 activités distinctes** (cf. annexe 2) et, à son tour, chaque activité comprend un ensemble de tâches spécifiques. Chaque activité a un poids (en gras dans le tableau en annexe 2, par exemple 16,8 pour manger et boire). Chaque

⁴⁸ Arrêté du 5 décembre 2016 fixant le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants.

⁴⁹ Le PPS est un plan d'action concernant les personnes âgées en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques, et nécessitant un travail formalisé entre acteurs de proximité. Il s'agit de favoriser la prise en charge en équipe pluriprofessionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique. Ce plan d'action fait suite à une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne afin d'identifier les situations à problèmes. Il débouche sur un suivi et une réévaluation.

tâche a un coefficient (délimité entre 0 et 1), qui représente la part du poids de l'activité que représente cette tâche (par exemple, couper de la nourriture représente 20 % du poids de l'activité « manger et boire »). Lorsqu'une personne a une déficience mentale, une onzième activité supplémentaire est envisagée (prise de décision), tandis que les dix autres se voient attribuer un nouveau poids (entre parenthèses dans le tableau, annexe 2). Par exemple, pour une personne ayant une déficience mentale, le poids de l'activité Manger et boire est de 10.

La législation espagnole prévoit différents degrés de perte d'autonomie pour chacune des tâches susmentionnées. Le besoin de soutien peut être spécifique, total ou partiel, auquel est attribué un coefficient de respectivement 1, 0,95 ou 0,9. Ces coefficients de soutien doivent être multipliés par le coefficient de la tâche pour laquelle les limitations sont rencontrées. Par exemple, si une personne ne peut pas du tout cuisiner, on lui attribuera une note de $0,45 \times 0,95$ dans la dimension.

Coefficients de soutien et détermination du score	
<i>0,9 – Supervision : si la personne en perte d'autonomie a seulement besoin d'une personne pour préparer les éléments nécessaires pour réaliser l'activité</i>	
<i>0,9 – Assistance physique partielle : quand une tierce personne doit participer activement</i>	
<i>0,95 – Assistance physique maximale : si la tierce personne doit se substituer à la personne en perte d'autonomie pour réaliser la tâche</i>	
<i>1 – Assistance totale : la personne en perte d'autonomie souffre de troubles du comportement qui entravent la réalisation de la tâche par la tierce personne</i>	
<i>Score final = somme (poids de la tâche (dans chaque activité) réalisée avec difficultés * Degré de soutien nécessaire par type de tâche * poids de chaque activité)</i>	
<i>Par exemple, un individu qui aura quelques difficultés dans la préparation des repas aura un score de $0,45 \times 0,9 \times 8$.</i>	

Tableau 3 - Degrés et niveaux de perte d'autonomie en Espagne ⁵⁰

Degré de perte d'autonomie	Niveau ⁵¹	Score
III	2	90-100
III	1	75-89
II	2	65-74
I	1	50-64
I	2	40-49
I	1	25-39
Pas de perte d'autonomie		0-24

Source : Gutierrez et al., 2010.

Il existe un **plan d'aide** (Plan Individualizado de Atención, PIA)⁵² en fonction du degré de dépendance. Les heures et l'intensité de ce service sont déterminées en fonction du programme individuel de prise en charge, selon le rang et le niveau de dépendance du bénéficiaire.

⁵⁰ A priori, suite à la réforme de 2012, il n'y a plus de niveaux au sein des degrés (cf. tableau 4).

⁵¹ Au sein de chaque degré, on distingue deux niveaux de dépendance, basés sur le niveau d'autonomie de la personne et l'intensité de l'aide requise. Le premier niveau correspond aux individus qui peuvent exercer l'activité sans le soutien direct d'une tierce personne ; le deuxième niveau fait référence aux situations où la personne dépendante a besoin d'un soutien spécifique.

⁵² Rodríguez-Cabrero, J.-M. Codorniu et al. (2018), ESPN Thematic Report on Challenges in Long-term Care - Spain, European Commission.

Tableau 4 - Nombre d'heures à domicile, avant et après réforme de 2012

	Before Royal Decree 20/2012	After Royal Decree 20/2012	
		Old beneficiaries	New beneficiaries
Major dependency. Level 2	70-90	56-70	
Major dependency. Level 1	55-70	46-55	46-70
Severe dependency. Level 2	40-50	31-45	
Severe dependency. Level 1	30-40	21-30	21-45
Moderate dependency. Level 2	21-30	Max. 20	Max. 20

After Royal Decree 20/2012, the distinction between dependency levels inside the same dependency degree was removed.

Source: Spain's Royal Decree-Law 20/2012, July 13th.

Source : Costa-Font, J., S. Jiménez-Martínez and C. Vilaplana-Prieto (2016) : "Thinking of incentivizing care? The effect of demand subsidies on informal caregiving and intergenerational transfers", Barcelona GSE Working Paper, 929, Barcelona Graduate School of Economics.

Au 30 septembre 2018, 420 843 personnes étaient bénéficiaires des prestations destinées au 1^{er} degré de dépendance, et 859 925 personnes sont bénéficiaires des prestations destinées aux degrés 2 et 3 de dépendance (source : IMSERSO⁵³).

2.1.5 En Italie, une évaluation multidimensionnelle des besoins basée sur une grille qui diffère selon les régions

En Italie, pour une prise en charge par un **service d'assistance à domicile**, l'évaluation est réalisée par une **assistante sociale** des services sociaux de la commune.

Pour une **prise en charge soins et care**, il semble que l'évaluation soit réalisée par le point unique d'accès (PUA)⁵⁴, qui examine les demandes de prise en charge du territoire.

- Pour les cas simples, une orientation est faite vers le service adéquat.
- Pour les cas complexes, une commission multidisciplinaire (composée de médecin, d'infirmier, d'opérateur sociosanitaire, de physiothérapeute, de bénévole, de la personne et/ ou de sa famille) examine la situation et détermine le plan d'assistance individuel (PAI) : orientation vers le domicile, un établissement ou l'hôpital et vers le service qui le prendra en charge (autorité sanitaire locale – ASL – ou municipalité) et le « case manager » approprié (assistante sociale ou infirmière) en fonction de la dominante sociale ou sanitaire du plan, tout en maintenant le libre choix de la personne.

L'appréciation de l'autonomie personnelle se fait sur la base d'une **évaluation multidimensionnelle gérontologique** (*CGA comprehensive geriatric assessment*), qui s'appuie sur une pluralité d'éléments, notamment l'état de santé physique et mental, l'état

⁵³ Instituto de **Mayores y Servicios Sociales**.

⁵⁴ Cf. « Organisations territoriales pour le maintien à domicile de personnes très dépendantes », rapport d'une des 13 missions d'étude menées en Italie dans le cadre de de l'appel à projet innovation 2017 de la CNSA « Et nos voisins européens, comment font-ils ? » et présenté lors du colloque du 29 janvier 2019. Le degré de développement de ce dispositif de Points d'accès unique (*I Punti Unici di Accesso*) reste à investiguer, la plupart des régions s'en seraient dotées. Ce PUA est un instrument de facilitation qui vise à promouvoir et soutenir l'équité dans l'accès aux services et aux soins. Les fonctions du PUA sont principalement liées à l'information et à l'orientation du citoyen, à l'acceptation des demandes d'assistance, à la première évaluation du besoin, à l'accompagnement du citoyen vers des services ou interventions spécifiques, à la résolution de problèmes simples. Les PUA sont financés par la région en charge du soin et par les municipalités en charge de l'aide (« care »).

fonctionnel du sujet et son « état de santé social ». A cette fin, l'évaluation s'appuie sur plusieurs grilles d'évaluation : l'index de Barthel, l'index de Katz, le Physical Performance test (PPT), et la grille Tinetti. Le déroulement des activités de la vie quotidienne (IADL) peut également faire l'objet d'une évaluation spécifique. La grille d'évaluation varie selon les régions (cf. annexe 3).

Les grilles sont conçues pour fournir une **évaluation globale** du sujet en prenant en compte différents facteurs, qui peuvent influencer la perte d'autonomie. En outre, du fait des compétences des régions sur ces sujets, les éléments pris en compte sont susceptibles de varier selon les régions. Par exemple, l'Emilie-Romagne évalue les activités de la vie quotidienne (IADL), mais aussi le risque de chute et le risque de lésions, en posant des questions sur l'alimentation, d'éventuelles chutes survenues au cours des derniers mois, la perception sensorielle.

Souvent, à côté de ces grilles d'évaluation spécifiques, un questionnaire spécifique est utilisé pour évaluer l'état de **démence sénile** : on demande à la personne de faire des soustractions en séquence (on soustrait progressivement 7 à partir de 100), de se souvenir d'une série de trois termes à distance de quelques minutes (souvent on utilise des termes « élémentaires » comme chat, maison et pâtes), de dessiner des figures géométriques. Les réponses sont évaluées de 0 à 3 sur un total de 30.

Du point de vue **physique**, sont pris en compte l'allure du sujet (rapidité dans la déambulation, par exemple), l'équilibre (on demande de rester plusieurs secondes dans certaines positions, par exemple en mettant les pieds l'un devant l'autre), la perte de force (on demande de prendre des objets et de serrer les mains).

En ce qui concerne **l'état de santé social**, sont prises en compte les conditions de logement (conditions hygiéniques, chauffage, barrières architectoniques, positionnement par rapport à la ville), les conditions économiques de la personne si elle vit seule ainsi que la proximité de sa famille.

2.1.6 Aux Pays-Bas, une évaluation approfondie mais des conditions restrictives d'accès aux soins de longue durée

Aux Pays-Bas, l'évaluation se fait en plusieurs étapes. Tout d'abord, la personne en perte d'autonomie ou l'un de ses aidants formels/informels doit envoyer un « **formulaire d'indication** » au Centrum Indicatiestelling Zorg (Agence d'évaluation des besoins) – géré par les assureurs maladie au niveau régional. Ce formulaire contient des informations sur la demande en termes de soins, la situation du patient (maladie physique, handicap, démence, déficience intellectuelle, sensorielle comme la vue).

Si la situation de la personne qui fait la demande de soins de longue durée correspond à ce qui est indiqué par la loi sur les Soins de longue durée (WLZ)⁵⁵, le centre procède à une

⁵⁵ La population encadrée par la Loi sur les Soins de Longue Durée sont les personnes :

- Ayant besoin de soins infirmiers 24h/24

- Atteintes d'un handicap mental plus ou moins léger

évaluation à domicile pour donner – dans la limite de 4 semaines – une décision finale en établissant un profil de soins. En pratique, ce sont les **municipalités** – les plus au contact de la population puisqu'elles offrent un soutien social (activités de jours, services à domicile) – qui conseillent aux personnes âgées d'envoyer un « formulaire d'indication » lorsqu'elles considèrent que la situation le requiert.

Trois critères généraux énoncés par la loi permettent au centre de déterminer si une personne aura accès aux soins de longue durée pris en charge par la WLZ :

1. Il doit exister **une base pour les soins de longue durée**, à savoir une maladie physique ou une restriction, un trouble psychogériatrique, une déficience intellectuelle ou une limitation sensorielle.
2. **Le patient doit passer le reste de sa vie avec besoin de soins permanents**. Cela signifie que la reprise ou l'amélioration de la situation n'est pas possible.
3. L'aide dont la personne a besoin doit être soit une **surveillance permanente**, soit des soins 24 heures sur 24 (à la maison ou dans un établissement).

Quand la première étape a été validée, une **infirmière de district** vient évaluer les besoins réels de l'individu au regard d'une **grille** au format normalisé nationalement et qui comporte les items suivants :

1. Définition des maladies et troubles de la personne assurée. Cela comprend également une description du traitement en cours et une biographie de la personne assurée.

2. Explication de la nature et de l'étendue des limitations de l'assuré. Cela implique la description des restrictions sur les activités (toutes celles pouvant être décrites et évaluées). On indique la durée prévue de la limitation et on joint une auto déclaration de l'assuré concernant ce qu'il juge nécessaire en matière d'accompagnement.

3. L'environnement de l'assuré. Cela implique :

- a) la nature et l'étendue des activités de soins assurées par les professionnels de santé venant habituellement (ceux encadrés par la loi sur l'assurance santé normale) et éventuellement les soins informels offerts par l'entourage ;

- b) la définition de l'état de santé actuel, de la charge que cela implique et des options d'aides pouvant être déployées (soins WLZ, soins habituels de l'assureur santé et soins informels des aidants proches ainsi que de la municipalité) ;

- c) l'environnement actuel de la personne (le cadre de vie et ses comportements de vie, le souhait éventuel d'être relocalisée dans un habitat adapté).

4. l'évaluation des installations déjà utilisées par la personne assurée dans les domaines du logement, de l'aide sociale, des soins, du travail et de l'éducation.

A partir de tous ces éléments, **un score – sur une échelle de 4 points** – est exprimé au regard des troubles (du fonctionnement psychologique, de la motricité, des problèmes de comportement, de toxicomanie, de psychologie), des limitations (dans la mobilité, les soins personnels, la vie domestique) et des problèmes de participation (relations sociales, apprentissage et travail, soins informels).

-
- Ayant un handicap physique
 - Avec un handicap visuel, sensorial, communicative
 - Une maladie mentale

ECHELLE DES SCORES

score 0 : « Pas de problème / pas d'aide d'une autre personne »

Il n'est pas question de trouble ou l'apparition de ce trouble ne conduit pas à une demande de soins, car ceci est contrôlé par des médicaments ou un traitement.

score 1 : « Un problème: besoin d'aide occasionnelle, de supervision ou de contrôle »

Le trouble conduit parfois à une demande de soins. De temps en temps allant de une à six fois par semaine.

score 2 : « Un problème: souvent besoin d'aide, de supervision ou de contrôle »

Le trouble conduit souvent à une demande de soins. C'est souvent une à deux fois par jour.

score 3: « Un problème: assistance, supervision ou contrôle continu nécessaire⁵⁶ »

Entre 2015 (date de la réforme des soins de longue durée) et 2017, 324 201 formulaires d'indication ont été envoyés aux Centres d'évaluation des besoins, **10 % des demandes ont été rejetées** car elles ne correspondaient pas aux populations prises en charge par la loi WLZ. Une étude qualitative de la Cour des comptes des Pays-Bas montre que le recours réel aux soins de longue durée peut être influencé par le lieu de résidence du client. Dans les municipalités où le réseau de solidarité est bien organisé, les personnes âgées semblent rester plus longtemps chez elles sans avoir besoin de soins de longue durée (WLZ).

L'évaluation est alimentée par des échanges avec les professionnels de santé, la famille, les aidants, l'individu.

Après l'évaluation, un **plan d'aide** est établi en concertation avec la personne avec des montants d'allocations à attribuer et/ou des prestations en nature à fournir. Les infirmières sont les **coordinatrices des soins médicaux** et de **l'aide sociale** pour les personnes âgées en situation de dépendance.



2.1.7 En Belgique, une évaluation complexe qui s'appuie sur trois grilles différentes

Compte tenu de la répartition des responsabilités entre les autorités fédérales, régionales et locales, les besoins sont évalués avec trois instruments différents. Le dispositif belge repose en effet sur des aides fédérales qui se cumulent avec des aides régionales (voir la partie prestations).

⁵⁶ Source : <http://www.wmo-wijzer.nl/Content/Pdf/CIZ-Indicatiewijzer-7.1.pdf>

Ce découpage des compétences en matière de prise en charge de la perte d'autonomie implique **plusieurs échelles** d'évaluation : l'échelle APA (autonomy scale), l'échelle de Katz (assurance maladie) et l'échelle BEL (assurance soins longue durée en Flandre). Elles sont décrites sommairement ci-après et de manière plus détaillée en annexe 4.

- L'allocation pour l'assistance aux personnes âgées (**APA**), financée au niveau fédéral, utilise une échelle dite « autonomy scale », comprenant des éléments ADL et IADL et une **évaluation médicale** réalisée par un médecin du Service fédéral de la sécurité sociale. Cette échelle APA sert aussi à l'octroi d'une aide de tierce personne et elle correspond à un classement **en 5 niveaux** selon les scores obtenus (cf. schéma ci-après).
- En Flandre, **l'échelle BEL** ajoute des critères « domestiques », « sociaux » et « mentaux » aux six critères habituels des limitations ADL « physiques » : les patients avec un score de 35 points ou plus ont droit à recevoir une prestation mensuelle fixe en espèces. Cependant, une évaluation formelle n'est pas requise pour les patients qui peuvent prouver leur dépendance par d'autres moyens (par exemple une preuve de résidence dans une maison de retraite).
- L'échelle de Katz est utilisée par les assureurs maladie afin d'offrir un panier de soins adapté ; réalisée par une infirmière et un médecin, elle aboutit à un classement en **quatre niveaux de dépendance** :
 - niveau de base (pas de dépendance ou niveau de dépendance faible) ;
 - niveau A (dépendance pour le bain, l'habillage et le transfert ou la toilette) ;
 - niveau B (dépendance pour le bain, l'habillage, le transfert, la toilette et la continence ou pour manger) ;
 - niveau C (le plus haut score pour au moins cinq fonctions, sauf la continence ou le repas, qui peut donner un score 3) ;

Table 1 Dependency scales used in determining entitlement to LTC cash benefits and benefits in kind

	'Autonomy scale'	'Katz'-scale	'BEL'-scale (Flanders)
Scheme used for:	Allowance for the assistance of the elderly	Sickness and invalidity insurance, Incontinence Allowance	Care insurance benefit, Home care
Measures mainly:	ADL & IADL needs	ADL needs	ADL, IADL and social needs
Normally assessed by:	Medical doctor	Nurse, doctor	Practitioner
Possible values	0-18 points	A, B, C	0-75 points
Score case 1:	6	-	13
Score case 2:	12	A	25
Score case 3:	17	C	52
Score case 4:	12	A	27
Score case 5:	17	C	52

2.2 QUELLE REPOSE EN TERMES DE PRESTATIONS ?

A partir de l'évaluation des besoins, chaque pays opère un choix entre des **prestations en nature ou en espèces** ou, de plus en plus souvent, combine les deux approches.

La prestation peut être complétée par des **mesures fiscales** portant sur des déductions ou des crédits d'impôts. Elle peut aussi laisser un **reste à charge** plus ou moins important pour la personne. Il nous a semblé pertinent pour la présentation de les classer à partir de cette grille d'analyse et de repérer, dans le cas des prestations en espèces, la manière dont les pays régulent et contrôlent l'utilisation des prestations.

Pour avoir une bonne vision de ce qui se passe, il nous semble opportun de classer les pays entre :

- Ceux qui ne prévoient que des prestations en nature en réponse à l'évaluation des besoins : ce sont les pays nordiques, le Japon et le Québec.
- Ceux qui offrent majoritairement des prestations en espèces avec plus ou moins de contrôle et de régulation : la Belgique et l'Italie.
- Ceux qui combinent prestations en nature et prestations en espèces : l'Espagne, les Pays-Bas, l'Allemagne.

2.2.1 Les pays offrant majoritairement une prestation en nature : le Danemark, la Suède, le Québec et le Japon

a) Au Québec

La politique de soutien à domicile est au cœur de la démarche québécoise : dans le respect du choix des individus, le domicile est toujours envisagé comme la première option au moment de l'évaluation. Elle constitue le fondement de la loi sur les services de santé et les services sociaux.

Article 1 de la loi sur les services de santé et les services sociaux : « Le régime de santé et de services sociaux [...] a pour but le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie. »

Dans cette nouvelle politique, le vocable **soutien à domicile** est préféré à *maintien à domicile*, employé auparavant car le terme soutien place l'accent sur la personne, en mesure d'exercer ses choix, alors que le terme maintien renvoie à un objectif extérieur à la personne. Cette démarche est cohérente avec la vision déclinée par ce pays et qui repose sur les 5 postulats suivants :

- **Le domicile est toujours la première option à considérer** : tous les intervenants des services de santé et des services sociaux doivent contribuer à l'objectif de soutien à domicile.
- **Priorité au choix des individus** : toute personne ayant une incapacité significative et persistante doit pouvoir vivre dans son domicile et participer à la vie de son milieu dans des conditions qu'elle juge satisfaisante pour elle et ses proches. L'intervention

à domicile se déroule dans le respect des valeurs culturelles et de la situation familiale et sociale, elle se construit sur des relations de confiance.

- **Le proche-aidant a un statut reconnu** : le soutien aux proches-aidants vise un objectif : faire en sorte que le proche puisse maintenir sa relation interpersonnelle courante et habituelle avec la personne qu'il aide. Dans cette optique, le proche-aidant est considéré à la fois comme un client des services, un partenaire et un citoyen qui remplit ses obligations usuelles.
- **La philosophie d'action dépasse l'offre de services** : les services à domicile ne peuvent être considérés comme un simple « catalogue » de services, ou à un simple déplacement du lieu de soins. La configuration des services et des activités est toujours modulée en fonction de la situation de la personne et de ses besoins, de son entourage (les choix, la volonté et la disponibilité des proches-aidants), de son environnement. Pour soutenir adéquatement une personne à domicile ayant une incapacité, il faut intervenir simultanément sur tous les plans (services à la personne, soutien aux proches-aidants, recours au support technique, aménagement du domicile, etc.) en recherchant le meilleur équilibre possible.
- **Le domicile doit être un choix « neutre » financièrement pour l'utilisateur** : une personne qui reçoit des services à domicile ne peut en retirer aucun avantage financier, par exemple en évitant des dépenses qui autrement lui reviendraient.

Les services qui composent les soins à domicile au Québec

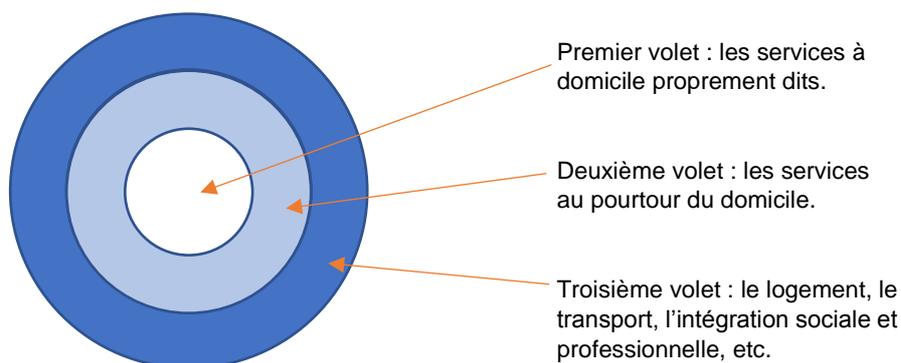
Le soutien à domicile repose sur une diversité de moyens, qui peuvent être regroupés en trois volets.

Le premier comprend les services destinés à la personne et ceux qui permettent d'agir sur son environnement immédiat, soit le **noyau de base** des services à domicile : les soins et services professionnels (médicaux, infirmiers, etc.) offerts à domicile (ces services peuvent également être offerts en ambulatoire) ; les services d'aide à domicile (aide domestique, soins d'hygiène, etc.) ; les services aux proches-aidants (répit, dépannage, etc.) ; le support technique requis à domicile (équipements, fournitures et aides techniques). À ce noyau de base, il faut ajouter les services d'adaptation du domicile.

Le deuxième volet comprend les services au pourtour du domicile qui contribuent à l'objectif de soutien à domicile (services des centres de jour, activités de jour, hôpital de jour), ainsi que les services généraux et spécialisés offerts en ambulatoire et en établissement par le réseau de la santé et des services sociaux.

Le troisième volet s'inscrit dans une perspective globale, sociétale, du soutien à domicile. Il regroupe les mesures relatives au logement, au transport adapté, à l'intégration sociale et professionnelle, les services municipaux, les mesures fiscales et les prestations destinées aux personnes ayant une incapacité et à leurs proches aidants, les mesures de conciliation travail-famille.

Les services à domicile : une composante du soutien à domicile



Les **soins et services professionnels** sont assurés par les Centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres de santé et de services sociaux (CSSS) : soins médicaux, infirmiers, de réadaptation, d'inhalothérapie, consultation psychosociales, en gériatrie, en psychiatrie ; **ces services sont offerts à tous gratuitement quel que soit le lieu d'hébergement.**

Les **services d'aide à domicile** concernent l'assistance personnelle (hygiène/aide à l'alimentation), l'aide domestique (entretien, préparation des repas, soutien civique), fourniture de repas (popote roulante en général préparée par des bénévoles), les activités de réadaptation, d'entraînement et stimulation, l'appui aux tâches familiales. Les personnes qui ont besoin exclusivement d'aide domestique sont dirigées vers les Entreprise d'économie sociale en aide à domicile (ESSAD)⁵⁷ dont le service sera gratuit ou subventionné par le programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) selon le revenu de l'utilisateur.

Dans le cadre de ce programme, les prestations peuvent faire l'objet d'une **aide fixe** de 4\$ (2,55€ PPA) de l'heure et d'une **aide variable** maximum de 11,44\$ (7,31€ PPA) de la part de la Régie d'Assurance maladie du Québec, soit au total 15,44\$ (9,86€ PPA). La personne ne paye que la différence entre le tarif horaire de l'entreprise et le montant total de l'aide qui lui est accordée. Cette aide variable est accordée à toute personne assurée de 65 ans et plus, ainsi qu'aux personnes de moins de 65 ans recommandées par l'un des centres suivants : Centre local de services communautaires (CLSC), Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)

Pour établir le montant de l'aide variable, il faut déterminer la partie du revenu familial qui excède le seuil d'exemption, lequel varie selon la composition du ménage. Les différents seuils d'exemption sont les suivants :

- 17 520 \$ (11 187€ PPA) pour une personne seule;
- 26 686 \$ (17 040€ PPA) pour un couple;
- 3 293 \$ (2 103€ PPA) pour chaque personne à charge (enfant ou adulte).

Lorsque le revenu familial excède le seuil d'exemption, le montant maximal d'aide variable de 11,44 \$ est alors réduit de 1,43 \$ par tranche complète de 3 000 \$ de revenu

⁵⁷ Il y a 101 entreprises d'économie sociale en aide domestique reconnues par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

familial qui excède le seuil d'exemption. Au-delà d'un certain revenu, il n'y a plus d'aide : 41 520 \$ (26 513€ PPA) pour une personne seule; 50 686 \$ (32 493€ PPA) pour un couple.

Les services éligibles à cette aide sont les suivants :

- entretien ménager léger : balayage, époussetage, nettoyage (ex. : réfrigérateur, baignoire) ;
- entretien ménager lourd : grand ménage, déneigement ou déblaiement des feuilles de l'entrée principale du domicile ;
- entretien des vêtements : lessive, repassage ;
- préparation de repas sans diète ;
- approvisionnement et autres courses (ex. : accompagnement à l'épicerie, à la banque ou à la pharmacie).

Les services d'aide domestique et d'assistance personnelle déterminés dans le plan d'intervention ou dans le plan de services individualisé sont offerts sans frais aux personnes en cas d'incapacité temporaire, de soins palliatifs, ou d'incapacité significative et persistante.

Les **services aux proches aidants** (gardiennage, répit, dépannage, appui aux tâches quotidiennes, services psychosociaux) sont **payants**.

Il n'y a **pas de prestations en espèces, mais tout un dispositif fiscal** de crédits et réductions d'impôts⁵⁸.

Ces dispositifs fiscaux s'adressent à la personne elle-même et visent à **compenser les frais engagés**, d'autres concernent les aidants et seront évoqués ultérieurement :

- **crédit d'impôt pour frais engagé par un aîné pour maintenir son autonomie** : Le crédit d'impôt concerne les frais engagés par un aîné **de plus de 70 ans** pour l'achat, la location ou l'installation de biens admissibles dans son lieu principal de résidence (télésurveillance, localisation par GPS, aménagement de salle d'eau, fauteuil sur rail....). Il peut aussi être accordé à des aînés qui ont séjourné dans un lieu d'hébergement offrant des services de rééducation et de réadaptation à la suite d'une hospitalisation. Le crédit s'élève à **35% des dépenses admissibles**. L'état matrimonial de l'aîné, le type de logement occupé, le coût du loyer, le niveau d'autonomie de l'aîné ou de son conjoint, le revenu familial et le coût des services obtenus servent à déterminer le montant du crédit. Le maximum des dépenses admissibles est de 19 500 \$ (12 452€ PPA) par année pour une personne seule, 25 500 \$ (16 283€ PPA) une personne seule non autonome, 39 000\$ (24 904€ PPA) pour un couple, 45 000\$ (28 735€ PPA) pour un couple avec l'un des conjoints non autonome, 51 000\$ (32 566€ PPA) pour un couple dont les deux conjoints ne sont pas autonomes. Le crédit d'impôt est réduit de 3 % de la portion du revenu familial qui dépasse 57 400 \$ (36 653€ PPA). Toutefois, le crédit d'impôt n'est pas réduit lorsqu'il est déterminé pour une personne considérée comme non autonome ou pour un couple dont l'une des personnes est considérée comme non autonome ;

⁵⁸ Une réduction d'impôt vient en déduction de l'impôt et ne profite donc qu'aux personnes imposables. Dans le cas où le montant de la réduction d'impôt est supérieur au montant de l'impôt, celui-ci est ramené à 0 € mais il n'y a pas de remboursement. Le crédit d'impôt bénéficie à tous dans son intégralité, que la personne soit ou non imposable et quel que soit le montant de l'impôt calculé. Ainsi, si le crédit d'impôt est supérieur au montant de l'impôt, le surplus (ou la totalité en cas de non imposition) donne lieu à remboursement.

- **crédit d'impôt pour maintien à domicile des aînés** : ce crédit sert, par exemple, à couvrir une partie des frais facturés par une Résidence Pour Aînés (RPA) pour assurer le maintien en autonomie du résident ;
- **réduction d'impôts pour déficience grave et prolongée des fonctions mentales ou physiques** : ce dispositif permet de bénéficier d'une réduction de 3 300\$ (2 107€ PPA) sur l'impôt à payer par une personne atteinte d'une telle déficience. Il est aussi présenté comme un crédit d'impôt non remboursable.

*Les personnes âgées à faible revenu qui consacrent plus de 50% de leur revenu à se loger sont admissibles au programme **allocation logement**. L'aide peut être perçue par les propriétaires, les locataires ainsi que les personnes qui partagent un domicile avec un ou plusieurs occupants : elle n'est pas imposable, calculée en fonction du type de ménage, du loyer mensuel et du revenu familial.*

b) En Suède

La politique suédoise de prise en charge du vieillissement est davantage axée sur l'offre de services plutôt que sur l'allocation de moyens financiers. L'enjeu principal de la politique de vieillissement est de permettre aux personnes âgées de continuer à mener autant que possible une vie normale en toute autonomie. Ainsi, le principal service délivré aux personnes âgées par les municipalités est l'aide à domicile. Les services relevant de l'aide à domicile sont gérés par la municipalité elle-même, ou par des compagnies privées. Les prestations de soins sont assurées en général par le centre de santé.

Au regard de la loi, les Suédois ont le droit de solliciter des services et des soins dès qu'ils en ont besoin. L'accès aux soins et à d'autres prestations de services sur le long terme pour les personnes âgées est basé sur un système d'entrée unique : **la municipalité est le seul acteur** auprès duquel les personnes ayant besoin d'aide peuvent exprimer leurs besoins. L'accès aux services se fait sans condition de ressources et il n'y a pas de réglementation nationale. Afin de déterminer les services et soins dont l'intéressé a besoin, l'évaluation effectuée par le gestionnaire de soins municipal (municipal care manager) se base sur des discussions avec cette dernière, sa famille et d'autres professionnels de la santé. La décision d'octroi ou non de soins et de services demandés dépend surtout des capacités physiques et cognitives de la personne âgée. Concernant les facteurs non directement liés à la santé, tels que l'âge, le sexe, et la situation de vie, seuls l'âge et le fait de vivre seul peuvent affecter de manière significative le nombre d'heures de soins à domicile par jour qui sont attribuées.

Si la personne âgée qui revendique un service est insatisfaite de la décision du « municipal care manager », elle peut faire appel de cette décision devant le tribunal administratif (double-degré de juridiction en Suède, comme en France) mais un nombre faible d'appels aboutit à une révision de la décision en première instance.

De plus en plus de municipalités choisissent de privatiser certains pans de la prise en charge des personnes âgées, confiant aux prestataires de soins et de services privés la responsabilité de certaines opérations. Les personnes âgées ont le choix de faire appel au secteur public ou au secteur privé, afin de bénéficier d'aide à domicile ou d'intégrer un logement spécial. Toutefois, la municipalité est responsable en dernier recours du

financement et de l'allocation de l'aide à domicile et de l'obtention d'une place en logement spécial.

Les services proposés par les municipalités sont nombreux : heures d'auxiliaires de vie et d'aide ménagère, transports, fournitures de repas, système d'assistance fonctionnant 24h/24 en lien avec les centres de santé (largement répandu et pris en charge par les municipalités), accompagnement à des activités sociales et culturelles, participation à des activités dans des lieux de rencontre ouverts et des points de rencontre pour personnes âgées ou ayant une déficience mentale, bricolage, etc .. Toute personne prenant soin d'un membre de sa famille peut bénéficier gratuitement d'une aide à la maison jusqu'à 16 heures par mois, au-delà de ces 16h, les frais « de relève » sont facturés. En 2015, **8,6% des plus de 65 ans** bénéficiaient de services à domicile.

Ces services peuvent donner lieu à une **contribution** de la personne en fonction de ses revenus – sont pris en compte dans les revenus les pensions, les aides sociales et tout autre revenu - si la personne est mariée, les revenus du couple sont divisés par deux pour le calcul du **reste à charge**. Dans tous les cas, celui-ci est plafonné (voir le tableau ci-après), le maximum étant de 161€ PPA par mois pour les services d'aide à domicile ou de répit.

Tableau 5 – Types de prestations offertes et plafond mensuel

Types de prestations	Plafond mensuel
Alarme personnelle - assistance	121 SEK – 10,68€ PPA
De 1 à 4h30 d'aide à domicile et/ou de prise en charge de 17h à 20h30	417 SEK – 36,80€ PPA
De 5 à 10h30 d'aide à domicile et/ou de prise en charge de 21h à 26h30 et/ou de 1 ou 2 journées par semaine au centre de prise en charge de jour	762 SEK – 67,28€ PPA
De 11h à 25h30 d'aide à domicile et/ou de prise en charge de 27h à 41h30 et/ou de 3 à 4 jours par semaine au centre de prise en charge de jour	1016 SEK – 89,70€ PPA
De 26h à 40h30 d'aide à domicile et/ou de prise en charge de répit de 42h à 56h30 et/ou de 5 jours par semaine au centre de prise en charge de jour	1403 SEK – 123,90€ PPA
De 41h à 55h30 d'aide à domicile et/ou de prise en charge de répit de 57h ou plus et/ou de 6 à 7 jours par semaine au centre de prise en charge de jour	1592 SEK – 140,60€ PPA
Plus de 56h d'aide à domicile par mois	1820 SEK – 161 € PPA

c) Au Danemark

Les prestations offertes sont majoritairement en nature. Dans le même esprit que l'ensemble du système danois de protection sociale, il s'agit de mettre en place une **politique universelle** : une aide accessible à toute la population résidente régulière sans condition de nationalité ou de situation familiale, attribuée en fonction des besoins de

chacun et de la situation familiale. Les conditions de ressources n'ont pas d'impact sur le niveau de l'aide (souvent en nature) attribuée.

Les soins sont gratuits puisque le Danemark dispose d'un **système universel** de santé (les autorités ont à charge de garantir un **accès aux soins adaptés gratuit** aux résidents). Les **services sociaux et médico-sociaux** sont payés par les **taxes que prélèvent les municipalités**. Il en est de même pour l'ensemble des aides techniques et des aides supplémentaires – évoquées ci-après - qui pourraient être attribuées pour aménager le logement.

Le plan d'aide déterminé lors de l'évaluation est là pour **définir quelles améliorations pourraient rendre l'individu plus autonome**. Le niveau d'aide (prestations majoritairement en nature) apporté ne dépend pas des revenus ou du patrimoine de l'individu, par contre le reste à charge en dépend pour quelques éléments : le **loyer** s'il dispose d'un logement adapté à son niveau de dépendance (ou même en maison de retraite), ou s'il relève de la loi sur le logement social (régulée au niveau de l'Etat) et ses **frais personnels** comme le portage des repas par exemple (voir ci-dessous). Le reste à charge dépend des revenus au regard des prix de revient des services. Le montant de ce reste à charge dépend de la volonté municipale et du budget qu'elle attribue aux personnes âgées. Ainsi, les prix ne sont pas homogènes dans l'ensemble du pays.

Exemples de prix pour la livraison de repas à Copenhague

Madservice med udbringning (priser for 2018)

Madservice med udbringning	Pris
Hovedmåltid (kr. for hoved- og biret)	56,00 kroner
Hovedret	44,00 kroner
Forret eller dessert (biret)	12,00 kroner
Morgenmadspakke	25,00 kroner
Smørrebrødspakke	37,00 kroner

Légende (montants en euros) : 56dkk (7,5 euros) / 44 dkk (5,90 euros) / 12 dkk (1,61 euros) / 25 dkk (3,35 euros) / 37 dkk (4,96 euros)

La prise en charge des personnes âgées est une compétence majeure des municipalités danoises, ce qui explique que chaque municipalité détermine les soins, la qualité et le format des prestations qu'elle souhaite offrir à la population. Les aides à domicile sont distinguées en deux catégories : **l'aide à domicile** (nettoyage, blanchisserie) et **l'auxiliaire de vie** (douche, rasage..).

Selon une étude du ministère de la santé, il est moins cher de garder une personne à domicile ayant besoin de moins de 20h d'aide par semaine, que de la placer dans une maison de retraite. Pour cette raison, l'investissement envers les prestations à domicile est très élevé.

En dehors des aides à domicile et de l'attribution d'auxiliaires de vie, d'autres types de prestations coexistent :

- **les aides techniques** (déambulateurs, douches adaptées, fauteuils roulants, toilettes) ; des aides **personnelles** (prothèses, pantalons, perruques et chaussures orthopédiques) ou impliquant des changements de base dans le logement (réglage de l'adhérence et suppression des pas de porte) ; des **biens de consommation** : scooter électrique, vélos, I-pad, ordinateur, aspirateur robot, vélo électrique ;
- **les stages de réhabilitation** à la sortie de l'hôpital. L'objectif est d'investir dès le début dans la réhabilitation de la personne pour lui éviter d'avoir des besoins trop conséquents d'aide à domicile par la suite. Dans la municipalité de Fredericia, il a été constaté qu'après un stage, seulement 15% des personnes participantes avaient le même niveau de besoins en soins à domicile qu'à la sortie de l'hôpital ;
- **les aménagements du logement** pour faire face à un handicap ;
- **l'aide à l'achat d'un véhicule adapté** au handicap, sous forme de prêt à taux 0 ;
- la mise à disposition d'un **centre de loisir pour personnes âgées offrant des activités physiques** (fitness, menuiserie, charpentier, couture), **intellectuelles** (jeux de cartes, cours de langue, informatique, chant) souvent animées par des adhérents eux-mêmes afin de stimuler l'usage des compétences tout au long de la vie. Ces centres ne sont pas accessibles aux personnes âgées ayant un haut niveau de perte d'autonomie ;
- en plus des Conseils des Personnes Agées, chaque municipalité dispose d'un **Centre des Aides Techniques rassemblant des nouvelles technologies et des conseils aux personnes en perte d'autonomie**. Sa gestion peut être déléguée à un prestataire privé. Ces centres sont tenus d'ouvrir une fois par semaine au public afin de leur permettre de découvrir de nouvelles aides et de les tester chez elles. Ces centres sont payés dans le cadre des Soins de Longue durée, financés par les municipalités⁵⁹.

De plus en plus de municipalités sous-traitent l'aide à domicile à des entreprises du secteur privé, ce qui pose des questions en matière de contrôle et de qualité. Depuis quelques années, les municipalités danoises ont également recours aux prestations financières pour payer les aidants proches – puisqu'il n'existe pas de loi obligeant les enfants à prendre en charge leurs parents financièrement.

d) Au Japon, une gamme de services diversifiés planifiés par les municipalités

Comme indiqué précédemment, le dispositif de prise en charge est décentralisé et repose largement sur les communes. Elles perçoivent directement les cotisations de l'assurance de soins de longue durée, évaluent les besoins, choisissent et paient les prestataires. Elles disposent ainsi d'une grande liberté pour la mise en place des prestations. Cette liberté est néanmoins encadrée, puisqu'elles doivent élaborer un plan quinquennal de soins de longue durée détaillant les projections en matière de besoins, la nature, les niveaux et montant des prestations. Elles ont ainsi un rôle déterminant dans le soutien à domicile, les ¾ des personnes éligibles aux prestations de l'assurance de soins de longue durée étant à domicile.

⁵⁹ Plus d'informations à venir dans la partie concernant les aidants.

Le dispositif de soins de longue durée repose sur des **prestations en nature** et la fourniture de services. Le niveau de dépendance de la personne, établi lors de la phase d'évaluation, ouvre droit aux services dans la limite d'un **plafond** libellé en unités, valorisées en fonction de leur coût. Les tarifs sont actualisés tous les 3 ans, ce qui régule le système.

Les services sont en effet valorisés puisque les personnes s'acquittent d'un **ticket modérateur de 10%, voire 20 ou 30%**.

Les deux tableaux ci-dessous retracent les plafonds et les services proposés dans le cadre de l'assurance de soins de longue durée.

Tableau 6 - Plafond mensuel de services accessibles par niveau de dépendance

Niveau de dépendance	En unités	10 yens/unité		10,7 yens/unité	
		yens	euros	yens	euros
Prévention 1	4 900	49 000	388	52 430	415
Prévention 2	10 400	104 000	822	111 280	880
Dépendance 1	16 580	165 800	1 311	177 406	1 403
Dépendance 2	19 480	194 800	1 541	208 436	1 648
Dépendance 3	26 450	264 500	2 092	283 015	2 238
Dépendance 4	30 600	306 000	2 420	327 420	2 589
Dépendance 5	35 830	358 300	2 834	383 381	3 032

Source : *mhlw.go.jp ; oecd.org*.

Note : Une personne dépendante au niveau *dépendance 2* peut accéder à des services jusqu'à hauteur de 19 480 unités. Le plafond des prestations accessibles est de 194 800 yens (1 509€ PPA) dans le cas où une unité coûte 10 yens et de 208 436 yens (1 614€ PPA) dans le cas où elle coûte 10,7 yens. Le reste à charge est de 10 % du montant des services, soit 19 480 yens (151€ PPA) dans le premier cas et 20 843 yens (161,40€ PPA) dans le deuxième.

Il faut souligner la grande variété de services offerts pour le soutien à domicile (aide à domicile, aide ménagère, repas à domicile, rondes de sécurité, soins buccaux, soins infirmiers, bains) avec un recours très développé à des institutions complémentaires du domicile pour une prise en charge mixte : centres d'accueil de jour et d'accueil temporaire.

Ces services couvrent tous les niveaux y compris ceux qui relèvent d'actions de prévention. Avec la réforme de 2005, ils se sont diversifiés : on comptait en 2011 23 services dépendance et 17 services prévention.

Tableau 7- Services proposés dans le cadre de l'assurance de soins de longue durée

Services à domicile	Service d'aide ménagère à domicile
	Service d'aide physique à domicile
	Service de bain à domicile (bains ambulants)
	Service de nuit (visites de nuit)
	Soins infirmiers à domicile
	Service de rééducation à domicile
Services d'accueil de jour	Centre d'accueil de jour
	Centre de rééducation
Services d'accueil temporaire	Centre d'accueil temporaire
	Centre d'accueil temporaire médicalisé
	Centre d'accueil pour personne atteinte de démence
Autres aides	Établissements multifonctionnels
	Location d'équipements spécialisés
	Vente d'équipements spécialisés
	Rénovation du logement (adaptation)

Parmi les prestations offertes, figurent également celles qui concernent l'environnement de la personne avec des aides techniques, mais aussi des services d'adaptation du logement.

Le niveau des services semble particulièrement généreux si on le compare à l'Allemagne : pour le niveau le plus élevé (niveau 5) par exemple, les prestations en Allemagne représentent 77% du plafond japonais. Dans le tableau ci-dessous, la conversion est faite en euros, et non pas en euros PPA, mais l'écart en matière de pouvoir d'achat est relativement faible avec le Japon (2 793€ PPA pour le niveau 5, au lieu de 2 671€)

Il faut cependant noter, comme le montre le tableau ci-dessous, que si on se réfère au coût moyen des prestations réellement consommées, celui-ci reste inférieur au plafond autorisé. La réponse avancée par nos interlocuteurs est que le plafond est suffisamment dimensionné pour que très peu de bénéficiaires ne dépassent le plafond 2,9% au total et 5,9% pour le niveau 5 (contrairement au GIR 1 en France).

Tableau 8 – Plafonds des prestations réparties par niveaux de perte d'autonomie

	Plafonds des prestations		Coût moyen par personne	
	yens	euros	yens	euros
Prévention niveau 1	50 030	370,59	19 695	145,89
Prévention niveau 2	104 730	775,78	35 879	265,77
Dépendance niveau 1	166 920	1 236,45	70 771	524,23
Dépendance niveau 2	196 160	1 453,04	98 464	729,36
Dépendance niveau 3	269 310	1 994,89	148 145	1 097,37
Dépendance niveau 4	308 060	2 281,93	180 352	1 335,94
Dépendance niveau 5	360 650	2 671,48	223 054	1 652,25

Sources: Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales, <www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/201602kaigohokenntoha_2.pdf>.

Etant donné l'existence d'un **reste à charge** (ticket modérateur), les personnes à revenu modeste⁶⁰, ont la possibilité d'obtenir un **accompagnement social** :

- aides de la commune (soit sous forme de baisse des cotisations, soit sous forme de relèvement des plafonds de remboursement) ;
- recours au **Seikatsu Hogo**, dispositif d'assistance qui assure un complément de revenu. Il dépend de la composition de la famille, des revenus et du patrimoine, du lieu de résidence. Géré au niveau national, ce dispositif couvrait 1,3 Million de personnes en 2009. Ceux qui bénéficient du *Seikatsu Hogo* sont exonérés du reste à charge et de la cotisation. Renforcement de l'allègement des cotisations sociales.

France : l'APA, une prestation en nature plafonnée en fonction du niveau de perte d'autonomie et des aides fiscales significatives

En France, la principale prestation dont bénéficient les personnes âgées en perte d'autonomie à leur domicile est l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) versée par les Conseils départementaux. Ils sont ainsi 757 385 personnes bénéficiaires de l'APA à domicile (ce qui représente 59 % de l'ensemble des bénéficiaires). Cela inclue les personnes résidant à leur domicile, au domicile d'un proche, en accueil familial ou en résidences collectives (résidences services ou résidences autonomie).

Il n'existe pas de condition de ressources pour bénéficier de l'APA. Si le montant versé est modulé en fonction des ressources du bénéficiaire et du niveau de perte d'autonomie de la personne, toutes les personnes, de 60 ans et plus, résidentes de façon stable et régulière sur le territoire français et classées en perte d'autonomie en GIR 1 à 4 (cf. encadré p.X) peuvent

⁶⁰ Moins de 1450 €/mois pour une famille avec enfant à charge

en bénéficiaire, même pour un faible montant.

Pour chaque niveau de perte d'autonomie, le montant de l'APA (ou du plan d'aide APA) à domicile est plafonné (en janvier 2018, 1720 € en GIR1 ; 1381 € en GIR2, 998 € en GIR3, 666 € en GIR4). Pour un même niveau de perte d'autonomie, le montant de la prestation peut également varier, en fonction de l'aide informelle potentielle (présence d'un conjoint, d'enfants).

Le montant de la prestation est modulé aussi en fonction des ressources. Il est d'autant plus faible que les ressources sont élevées. En dessous de 800 euros mensuels, la prestation est versée dans son intégralité. Entre 800 et 2945 euros, le montant versé décroît de 90 % à 10%. Au-delà de 2945 euros, le bénéficiaire perçoit 10% du montant de l'allocation correspondante au plan d'aide.

La moyenne des plans notifiés fin 2011 est de 519€ par mois et la médiane de 466€. Elles varient avec le niveau de GIR (en moyenne, une personne en GIR 1 percevra 1040 euros et une personne en GIR 4, 367 euros). Un quart des plans seulement sont saturés. Deux facteurs pourraient expliquer la faiblesse de ce chiffre : une mauvaise organisation de l'offre et une réticence de l'allocataire à assumer le reste à charge qu'implique le plan notifié.

Le paiement de l'APA à domicile est conditionné au recours à de l'aide humaine, que celle-ci soit fournie par un service d'aide à domicile ou un salarié en gré-à-gré, et/ou à des aides techniques.

Le recours à de l'aide humaine peut être financé directement par le bénéficiaire en utilisant l'APA ou bien celle-ci peut être versée directement au service d'aide à domicile. Le Conseil départemental peut vérifier la bonne utilisation des sommes en demandant des justificatifs des dépenses (factures...).

Les dépenses non couvertes par l'APA et liées au financement d'un intervenant à domicile peuvent faire l'objet d'un crédit d'impôt correspondant à 50 % des dépenses dans la limite d'un plafond de dépenses de 13 500 € (plafond porté à 20 000€ en cas d'invalidité, notamment pour les GIR 1 et 2).

Par ailleurs, les personnes en perte d'autonomie bénéficient d'une demi-part fiscale supplémentaire (demi-part des personnes invalides). Cette dernière leur permet de diminuer le montant d'impôt payé. Elle est plafonnée à 3 016€.

Les enfants peuvent également déduire de leur revenu imposable les pensions alimentaires versées à un parent afin de couvrir ses besoins essentiels (nourriture, logement, santé...).

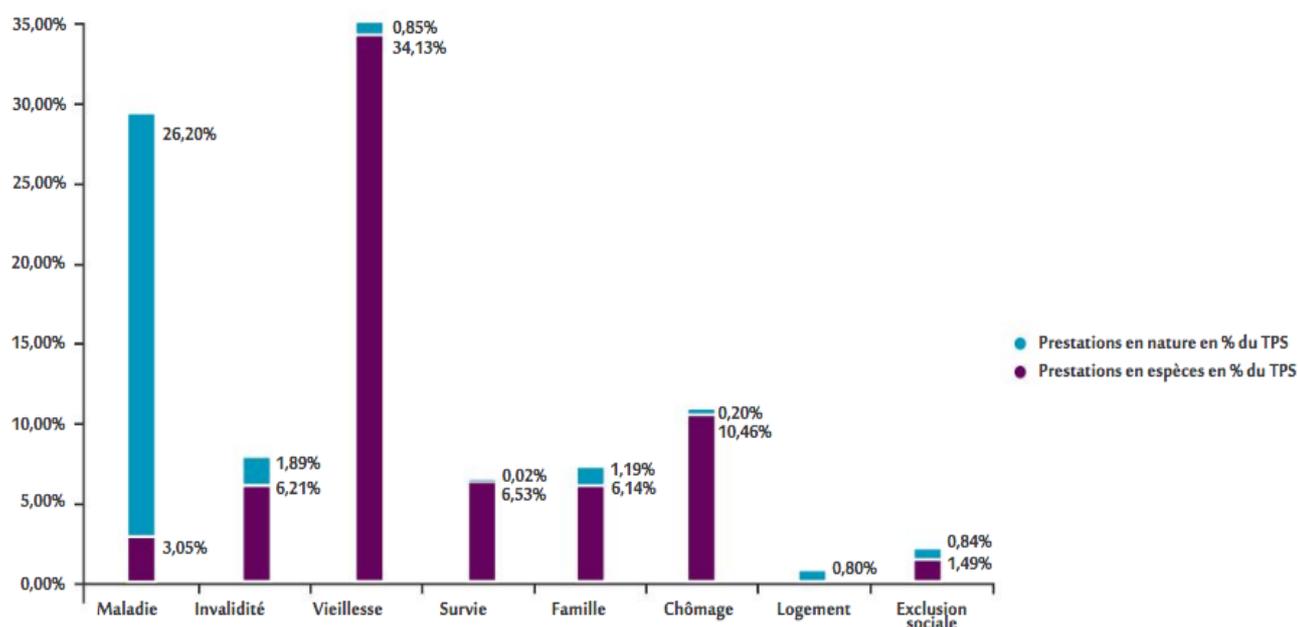
En termes de reste à charge à domicile, dans le cas où le plan est égal ou inférieur au plafond, celui-ci varie entre 0 (pour les allocataires dont l'assiette est inférieure à 801€) et 45% pour ceux dont l'assiette est supérieure à 2 945€. Pour les dépenses hors plafond, le reste à charge est alors égal à 50% de la dépense (dans la limite des plafonds du crédit d'impôt). La situation des allocataires de l'APA à domicile s'est très nettement améliorée suite aux réformes de 2015 (augmentation des plafonds APA) et 2017 (instauration du crédit d'impôt à la place de la réduction d'impôts).

2.2.2 Des pays offrant majoritairement des prestations en espèces : la Belgique et l'Italie

a) *En Belgique⁶¹, des prestations majoritaires en espèces, sauf pour ce qui relève des services au niveau local.*

La plupart des prestations, hormis la maladie, sont des prestations en espèces comme le montre le graphique ci-après :

Figure 11 : Part des prestations en espèces et en nature (en % du total des prestations sociales) en 2015



Source : SPF Sécurité sociale

Il existe trois échelons compétents en matière d'attribution de ces aides, avec des modalités différentes.

- ***Au niveau fédéral : des prestations en espèces, une reconnaissance de statut ouvrant des droits et des mesures fiscales***

Le socle de l'aide sociale fédérale est une prestation non contributive, **l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA)**, qui est accordée pour cause de manque d'autonomie ou d'autonomie réduite aux personnes âgées de **65 ans et plus**, domiciliées en Belgique et vivant soit à domicile, soit en institution. Mal connue, l'APA est accordée à **8 % des personnes âgées de plus de 65 ans, dont 70 % sont Flamands**, elle est considérée comme un **complément de revenu**. Pour y prétendre, la personne est tenue de fait valoir ses droits à la pension de retraite et/ou à la Garantie de Revenus à la Personne Agée (GRAPA). Le montant de l'allocation est déterminé en tenant compte du degré de perte d'autonomie et des revenus de la personne et du ménage auquel elle appartient : elle diminue à partir d'un

⁶¹ Avec la Belgique, la parité de pouvoir d'achat est sensiblement égale à 1 avec la France, ce qui ne donnera pas lieu à conversion.

certain plafond de revenus (13 935,85€ pour une personne en institution, 17 414,04 € pour les personnes en couple). L'allocation est réévaluée tous les ans ; depuis septembre 2018, elle s'élève au maximum de 86,81€/mois pour le premier niveau de dépendance) à 582,73€ (pour le niveau 5) par mois (voir le tableau ci-dessous). Une **indemnité d'incontinence** (de 161 à 493€ par mois), financée par l'assurance maladie, ainsi que des mesures fiscales et sociales viennent compléter, le cas échéant, la prestation APA. Si l'allocation attribuée est inférieure à 15,11 euros par mois, celle-ci est versée annuellement. Il est prévu de transférer l'attribution de cette aide vers la compétence régionale. Dans le cadre de l'exécution du plan d'aide défini lors de l'évaluation, le bénéficiaire doit déclarer quels sont les aidants et les services qu'il rémunère avec son allocation.

Tableau 9 - Allocation pour l'aide aux personnes âgées
Montants annuel / mensuel maximum au 1.09.2018

Catégorie I (7 et 8 points)	1 041,72€/86,81€ par mois
Catégorie II (9 à 11 points)	3 976,48€/331,37€
Catégorie III (12 à 14 points)	4 834,76€/402,90€
Catégorie IV (15 et 16 points)	5 692,79€/474,40€
Catégorie V (17 et 18 points)	6 992,79€/582,73€

Source : Cleiss.

Prérogative de l'État fédéral, elle a été transférée aux Communautés et aux Régions lors de la sixième réforme de l'État en 2014. Ce processus de défédéralisation est déjà bien avancé en Flandre où une assurance dépendance coexiste avec l'Apa depuis 2002. Depuis 2017, l'allocation est accordée par la Communauté flamande pour les personnes résidant en Flandre, elle est toujours servie par la Sécurité sociale dans les autres régions.

Il existe d'autres **aides** dont l'attribution relève de l'assurance maladie ou d'une attestation fédérale :

- **carte de stationnement** pour les conducteurs et passagers : elle leur permet de stationner aux endroits réservés ou de ne pas payer certains parkings (dépend de la ville ou commune) ;
- **carte nationale de réduction sur les transports en commun** (gratuité des trams, bus, métro dans les régions et train national intérieur) pour les malvoyants (90% invalidité) et aveugles ;
- **l'indemnité d'incontinence** est une indemnité forfaitaire pour les frais de matériel d'incontinence payée par **l'assurance-maladie** publique fédérale. Il existe en fait deux types d'indemnité pour incontinence : une pour les personnes souffrant d'incontinence, mais non à charge, et l'autre pour les personnes incontinentes et fortement dépendante (score B ou C sur l'échelle de Katz des soins infirmiers à domicile). Dans les deux cas, les personnes en institution sont exclues de cette prestation, les coûts de matériel nécessaire sont inclus dans le prix payé par les résidents, ce qui est, par ailleurs, un motif de contestation de la part des responsables d'établissements. Pour les personnes non dépendantes (catégories 1 et 2), le montant est de 161 € ; pour les personnes dépendantes (catégories 3 à 5), il est de 493 €.

A côté des prestations en espèces, il existe plusieurs **mesures fiscales et sociales** :

- réduction d'impôt sur le revenu ;
- réduction du précompte immobilier ;

- mesures fiscales pour le véhicule (nécessite une attestation auprès des autorités compétentes) ;
- tarifs sociaux pour le téléphone, le gaz et l'électricité : conditionnés au revenu sauf en cas de handicap lourd reconnu par les agences agréées par le gouvernement fédéral.
- ***Au niveau régional : des prestations dispensées par les assureurs maladie et une aide supplémentaire en Flandre liée à une assurance soins longue durée***

Des **prestations en nature** sont dispensées par les assureurs maladie et comprennent : les services à domicile d'aide à la vie quotidienne, l'aménagement du lieu de vie, la possibilité de passer du temps dans un centre d'accueil, les habitats partagés ou encore l'emménagement dans une résidence adaptée sont autant de possibilités qui s'offrent aux personnes qui veulent continuer à vivre chez elles dans une relative autonomie. Ces prestations sont offertes dans le cadre de l'assurance maladie ce qui les distingue des aides offertes par les municipalités.

Des prestations en espèces supplémentaires sont proposées **en Flandre : une assurance obligatoire** s'ajoutant à celle de la sécurité sociale belge, a été mise en place **en 2001** pour faire face aux coûts supplémentaires que représente la prise en charge de la perte d'autonomie. La cotisation annuelle, obligatoire⁶² pour tous les **résidents de Flandre**, dès l'âge de **25 ans**, est de **25€** ; elle alimente un **fonds d'aide** aux résidents dépendants du fait de leur âge ou de leur état de santé. L'attribution de cette aide est basée sur l'évaluation des besoins de la personne, ainsi que sur ses revenus – et ceux du ménage dans lequel elle se trouve. Cette aide financière comporte trois niveaux :

- un budget de soins de santé pour les personnes *nécessitant des soins représentant plus de 130 euros / mois*, dispensés en centre d'hébergement ou à domicile. La somme de 130 euros est attribuée quel que soit le niveau de ressources ;
- un budget de soins pour les personnes ayant des besoins de soins allant *jusqu'à 583 euros / mois*. La somme dépend du niveau de revenu de l'individu ;
- *un budget d'appui de base* pour les personnes ayant un handicap impliquant des frais de plus de 300 euros / mois. Cela concerne aussi bien les enfants que les adultes ayant un handicap mental ou physique.

Ces trois aides sont octroyées à partir du moment où l'individu donne la preuve à son assurance qu'il est pris en charge dans un établissement – ou le certificat attestant de son niveau de perte d'autonomie. Les niveaux de dépendance donnant droit à ces aides sont :

- le « score B sur l'échelle de Katz » dans les soins infirmiers à domicile ;
- le « score 35 sur l'échelle du profil BEL » ;
- le score « C sur l'échelle de Katz » dans un établissement de soins (les maisons de repos, les centres de soins de courte durée) et les garderies.

Le montant attribué dépend des coûts des soins mais également des coûts engendrés par un régime alimentaire particulier, du matériel de soin, des soins de physiothérapie supplémentaires, des pédicures ou de la contribution personnelle au centre de soins.

⁶² Les personnes ne payant pas cette assurance obligatoire peuvent recevoir jusqu'à 150 euros d'amende. La faculté de cotiser est ouverte aux Bruxellois.

À terme, la Communauté germanophone et la Région wallonne se doteront aussi de leur propre assurance autonomie. La Wallonie privilégiera les prestations en nature et Bruxelles va probablement organiser l'assurance autonomie afin de privilégier le maintien à domicile.

- ***Au niveau municipal : des aides à la vie quotidienne, des centres de jour et des solutions de répit***

Les communes, de leur côté, dispensent des services aux personnes ayant besoin d'un soutien à domicile : livraison de repas, soins d'hygiène corporelle, assistance à l'entretien du domicile et des vêtements, etc. Certaines communes offrent des petits travaux d'entretien ou de réparation, de jardinage, de coiffure, des soins de pédicure, de l'aide pour prendre soin d'un animal domestique, etc.

Il existe **plusieurs types d'aides** en fonction des acteurs présents dans la municipalité.

- La Croix-Rouge de Belgique prête du matériel médico-sanitaire aux résidents de Wallonie et de Bruxelles (plus de 130 dépôts dans ces deux régions).
- Les mutuelles ont des services de prêt, de location ou de vente de tout type de matériel médical, accessibles dans l'ensemble de la Wallonie. Certaines pharmacies et associations louent aussi du matériel à des prix intéressants. Le matériel qui peut ainsi être loué va de l'inhalateur au lit médicalisé électrique, en passant par le cadre de marche, le fauteuil de détente ou le matelas anti-escarres.
- Parfois ce sont les services qui se déplacent vers les habitants, c'est par exemple le cas de la commune de Philippeville, qui dispose d'un bureau mobile multiservices, le Mobiphil, qui se déplace dans les villages pour permettre aux habitants d'accéder au service social du CPAS.
- Aussi, si l'offre de soins infirmiers ou de kinésithérapie à domicile est bien connue, l'offre d'autres soins médicaux ou paramédicaux l'est moins. Il est par exemple possible dans quelques communes de faire venir chez soi un opticien ou une opticienne, une personne spécialisée en santé mentale ou encore un ou une dentiste.

La dépendance à la volonté des acteurs locaux implique des disparités en fonction des localités.

Les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent également être accueillies dans des centres d'accueil de jour ou de court séjour :

- **les centres d'accueil de jour sont des** établissements accueillant pendant la journée des personnes âgées en leur procurant des soins familiaux et ménagers ainsi qu'une prise en charge thérapeutique et sociale en cas de besoin. Le centre d'accueil doit avoir une liaison fonctionnelle (c'est-à-dire une collaboration organisée par convention) avec une maison de repos. Cette formule constitue une solution pour les personnes capables de vivre à la maison mais qui n'ont pas quelqu'un qui passe quotidiennement pour leur apporter les aides et les soins requis. Par ailleurs, les soins de jour sont en général uniquement accessibles pendant la semaine. Ces centres proposent également des animations et des soins spécifiques⁶³ ;
- **les centres de court séjour** proposent en grande partie les mêmes soins qu'une maison de repos et de soins mais le séjour n'est pas permanent. Sur une année, les

⁶³ Source : https://www.belgium.be/fr/sante/soins_de_sante/services_medicaux/maisons_de_repos

personnes âgées ne peuvent résider que maximum 90 jours dans un centre de court séjour, dont au maximum 60 jours successifs. Ce court séjour permet aux familles et aux aidants proches qui se chargent des soins à domicile de souffler quelque peu. La personne âgée réside dans le centre, de jour comme de nuit, ou uniquement la nuit.

Dans ces centres, les soins médicaux sont pris en charge dans le cadre de la sécurité sociale. Ce sont les soins non médicaux (familiaux, ménagers, sociaux) qui restent à charge des personnes. Ce reste à charge varie en moyenne entre **50 € et 375 € par mois** selon le degré de perte d'autonomie.⁶⁴

On peut constater pour la Belgique que le taux de couverture de la perte d'autonomie augmente avec la gravité du besoin et diminue avec le revenu. D'une manière générale, les personnes âgées les plus dépendantes pourront assumer le coût des soins en institution, grâce à l'allocation d'aide aux personnes âgées et l'assurance de soins flamande. Pour les personnes âgées ayant des besoins de soins faibles à moyens et touchant une pension plutôt basse, des problèmes d'accessibilité financière peuvent se poser.

b) En Italie, un système de prestations majoritairement en espèces et destiné en grande partie aux personnes en perte d'autonomie sévère

Le secteur des services reste moyennement développé. D'après l'OCDE⁶⁵, en 2016, 5,8 % des 65 ans et plus bénéficient de services à domicile. Cependant, si le taux de couverture ne semble pas si faible en comparaison européenne, certains auteurs appellent à le nuancer par l'intensité de l'aide apportée, qui serait limitée. Ainsi, si on considère les services de soins, le nombre d'heures par bénéficiaire s'élèverait à 17 heures annuelles⁶⁶. Les prestations en espèces sont en revanche répandues.

● **Parmi les prestations en nature**, on distingue :

- **l'assistance à domicile intégrée** (ADI, *assistenza domiciliare integrata*⁶⁷), qui permet une prise en charge multidimensionnelle du patient, au moyen de l'offre de services sanitaires. La personne reçoit à domicile des soins médicaux et il est également suivi par des physiothérapeutes, des assistantes socio-sanitaires, des psychologues etc.

Ces services sont fournis dans le cadre du Service National de Santé (SSN, *Servizio Sanitario Nazionale*). Les services de santé sont gérés au niveau des régions, qui sont responsables du financement et de la coordination au niveau local. Les soins à domicile sont compris dans les prestations essentielles minimales qui doivent être fournies à tous sur l'ensemble du territoire italien (*livelli essenziali d'assistenza* ; LEA). L'accès à ces prestations est donc

⁶⁴ la pension moyenne de base était de 1065€ par mois en 2018 source service fédéral des pensions

⁶⁵ OCDE, 2017, Health Statistics 2018

⁶⁶ Matteo J., Pavolini E., Raitano M., 2018, ESPN Thematic Report on Challenges in Long-term Care - Italy, European Commission. A compléter avec L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA 6° Rapporto 2017/2018 Il tempo delle risposte, A cura di NNA Network Non Autosufficienza

⁶⁷ Deux autres niveaux d'assistance à domicile, selon les besoins du sujet :

- « Assistenza domiciliare programmata » (Assistance à domicile planifiée), qui prévoit un examen médical périodiquement à domicile ;

- L'hospitalisation à domicile, garanti à la personne dépendante toutes les prestations hospitalières à domicile (y compris la présence d'infirmières).

garanti sur l'ensemble du territoire mais les régions, qui sont compétentes en matière de santé et d'aide sociale, peuvent choisir d'assurer un niveau de prestation plus ambitieux ;

- **les services d'assistance à domicile** (*SAD, servizio assistenza domiciliare*), offrant des services sociaux et d'assistance (davantage orientés vers les tâches domestiques et de soins personnels). Ces services sont assurés au niveau local par les municipalités.

En 2016, 4,8% des personnes âgées de 65 ans et plus reçoivent des soins à domicile et 1,4% une aide sociale des autorités locales⁶⁸. La variation est grande entre régions.

● Il existe plusieurs types de **prestations en espèces**. L'éligibilité à ces prestations est d'abord déterminée par l'état physique et mental du sujet. Certaines prestations sont versées indépendamment des revenus, pour un montant fixe : c'est le cas de l'indemnité d'accompagnement. Pour d'autres, en revanche, le montant alloué varie en fonction des revenus du bénéficiaire : c'est le cas pour la contribution économique pour le soutien et l'assistance des personnes en perte d'autonomie ainsi que pour le programme home care premium. Les ressources prises en compte sont celles qui figurent dans la déclaration ISEE⁶⁹.

- **L'indemnité d'accompagnement** (*Indemnità di accompagnamento*) est la principale prestation en espèces. Elle s'élève à 516,6€ (575€ PPA) par mois, elle est versée, indépendamment de l'âge et des revenus, à toute personne qui justifie, à cause d'une pathologie physique ou mentale, avoir besoin d'une aide continue pour déambuler et accomplir les tâches de la vie quotidienne (reconnu totalement inapte à 100%). En 2016, on dénombrait 1,83 million de bénéficiaires de l'indemnité d'accompagnement⁷⁰ : dont 1,4 million (78 % des bénéficiaires) avaient plus de 65 ans , ce qui représente environ 11% de la population des 65 ans. Au début des années 2000, seulement 5,5% de la population était couverte par cette prestation⁷¹. Cette prestation absorbe plus de 55% des ressources consacrées au LTC. Les dépenses consacrées à cette prestation ont connu une croissance de 25% sur la période 2005-2016, alors que les dépenses pour les services fournis dans le cadre du Service National de Santé ont diminué d'autant⁷².

Depuis quelques années, l'instauration d'une condition de ressources pour l'indemnité d'accompagnement⁷³ et sa non modulation en fonction du niveau de perte d'autonomie reviennent de manière récurrente dans les débats sur la prise en charge de la perte d'autonomie.

- La **contribution économique pour le soutien et l'assistance des personnes dépendantes** (*Contributo economico per supporto e assistenza a persone non autosufficienti*) : il s'agit d'une allocation annuelle calculée en fonction des revenus, dont le montant varie entre

⁶⁸ Matteo J., Pavolini E., Raitano M., 2018, op. cité. La somme des deux dépasse la part des personnes prises en charge à domicile pour leur perte d'autonomie, citée ci-dessus, en raison des doubles comptes.

⁶⁹ ISEE - *Indicatore della Situazione Economica Equivalente*

⁷⁰ Matteo J., Pavolini E., Raitano M., 2018, ESPN Thematic Report on Challenges in Long-term Care - Italy, European Commission.

⁷¹ Campbell et al., 2016, "How different countries allocate long-term care resources to older users : a comparative snapshot" », In Long-term care reforms in OECD countries, Eds by Christiano Gori, José-Kuis Fernandez, Raphael Wittenberg.

⁷² Matteo J., Pavolini E., Raitano M., 2018, op. cité

⁷³ Matteo J., Pavolini E., Raitano M., 2018, op. cité

1 550 et 6 200 euros. Peuvent en bénéficier les personnes dans une condition d'invalidité totale et permanente, et qui nécessitent une assistance continue afin d'accomplir les activités quotidiennes.

Tableau 10 - Contribution économique pour le soutien et l'assistance des personnes dépendantes

Montant des revenus (ISEE)	Montant de l'aide annuelle (*)
Entre 0 et 8 000,00 €	6 200 € (6 900€ PPA)
Entre 8 000,001 et 24 000 €	4 650 € (5 178€ PPA)
Entre 24 000,01 et 32 000 €	3 100 € (3 452€ PPA)
Au-delà de 32 000,01 €	1 550 € (1 726€ PPA)

- **Le programme *home care premium (HCP)***, à destination des agents publics (en activité ou en retraite) et de leurs proches donne droit à une aide économique sous la forme du remboursement des dépenses engagées pour embaucher un proche aidant et à une prestation intégrative qui doit permettre de financer un service d'assistance à la personne fourni par les cadres territoriaux sociaux (*Ambiti Territoriali Sociali, ATS*). Le montant annuel de cette prestation est déterminé en fonction du niveau de perte d'autonomie et des revenus (voir tableau ci-après).

Tableau 11 - Home care premium (HCP)

Niveau de handicap	Montant des revenus (en euros)	0 – 8 000	8 000 – 16 000	16 000 – 24 000	24 000– 32 000	32 000- 40 000	Au-delà de 40 000
Très sévère		1.050€	950€	850€	750€	650€	550€
Sévère		700€	600€	500€	300€	100€	50€
Intermédiaire		500€	400€	300€	100€	0	0

Le niveau des prestations est faible, en particulier en cas de perte d'autonomie sévère. Récemment, plusieurs régions et autorités locales ont introduit des prestations supplémentaires sous condition de ressources pour les personnes en perte d'autonomie sévère. Il est difficile d'avoir une vision de ces prestations, localement dispersées, et soumises à des critères d'éligibilité variables. Leur impact est *a priori* de toute manière assez faible⁷⁴.

La prestation en espèces est **libre d'utilisation**.

Il existe une série de **réductions d'impôt** sur le revenu (réductions IRPEF - *Imposta sul Reddito delle persone fisiche*) pour :

- *les dépenses d'assistance pour les personnes âgées dépendantes* : il est possible de déduire des impôts jusqu'à 2 100 € ; les réductions s'adressent aux personnes

⁷⁴ Barbara Da ROIT and Blanche Le BIHAN, Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies

imposables dont revenus ne dépassent pas 40 000€. La réduction appliquée correspond à 19% des frais ;

- *les frais d'embauche d'aidants à domicile (badanti) qui assistent les personnes âgées dépendantes* : un abattement fiscal de 19% est prévu sur ces dépenses, dans la limite de 1 549,37€ par an ;
- *les frais médicaux* : il est possible de déduire 19% du montant des frais d'achat de médicaments à partir de 129,11€ par an. En revanche, cette réduction s'applique sans minimum pour les frais de transport en ambulance, les frais de réaménagement afin d'éliminer les barrières architectoniques, l'achat de membres artificiels ou d'outils destinés à permettre la déambulation du sujet non autonome ;
- *le paiement de la taxe automobile* : l'exonération totale est prévue.

Le niveau de reste à charge (RAC) peut varier selon les régions, en fonction des prestations offertes.

Ainsi, de manière générale, l'Italie privilégie la compensation financière de la perte d'autonomie totale : seule l'aide de base mensuelle de 516,6€ (575€ PPA) est indépendante des revenus, mais liée à un niveau de perte d'autonomie ou de handicap important. D'autres aides financières ou fiscales peuvent être apportées mais elles sont plafonnées en fonction des revenus.

Il existe des variations importantes entre régions, certaines reposant davantage sur les services de soins, d'autres sur les services sociaux ou encore sur la prestation en espèces (cf. annexe 5).

2.2.3 Les Pays-Bas, l'Allemagne et l'Espagne combinent prestations en nature et en espèces

a) Au Pays-Bas : les prestations en nature, assurées par trois législations distinctes, peuvent être partiellement converties en espèces

Pour ses soins de santé et ses soins de longue durée, la personne âgée a majoritairement accès à des prestations en nature, mais peut faire aussi le choix de prestations en espèces dans le cadre du *budget personnel*. Globalement, les prestations pour les personnes âgées en perte d'autonomie sont prises en charge **par trois législations distinctes**.

- **La loi générale sur les soins de santé (Zvw) (assurance maladie obligatoire) qui offre un panier de « soins de base » (« basisverzekering »)** que les assureurs doivent fournir à l'ensemble des assurés, et donc les personnes âgées, parmi lesquels figurent notamment les soins médicaux ordinaires (généralistes et spécialistes), les soins infirmiers, les soins de proximité, les médicaments, la kinésithérapie pour les maladies chroniques, les séjours hospitaliers et les transports, les soins médicaux de santé mentale.

L'assurance santé est gérée par des sociétés d'assurance privées sous le contrôle de l'Autorité néerlandaise de soins de santé (Nederlandse Zorgautoriteit – NZa), mais c'est le gouvernement central qui décide des types de soins qui figurent dans le paquet de soins de santé au titre de la Loi sur les soins de longue durée (WLZ) (voir ci-après). Toute personne

résidant aux Pays-Bas est obligatoirement tenue de souscrire une assurance maladie dite « de base » auprès d'un assureur de soins (au choix de l'assuré).

Il s'agit dans ce domaine de **prestations en nature**, avec un reste à charge pour les personnes. En effet, que les soins soient prodigués à domicile ou dans un établissement de santé, une participation à la plupart des soins de santé **reste à la charge du patient** âgé de plus de 18 ans. Le plafond annuel de la participation s'élevait à **385 € (378€ PPA)** en 2016. Il existe une possibilité de contracter une franchise supplémentaire pour un montant plafonné à 100 €, 200 €, 300 €, 400 € ou 500 €, afin de réduire le montant de la prime annuelle à l'assurance santé.

- **La législation sur les Soins de Longue Durée (WLZ)** qui encadre les prestations de soins à domicile suivantes :
 - les soins de longue durée, à domicile, en établissement adapté ou en maison de retraite (considérée comme du domicile) ;
 - l'auxiliaire de vie : aide pour se laver, s'habiller, aller aux toilettes, manger et boire ;
 - les soins qui aident à être plus indépendant : aide à structurer la journée, à mieux contrôler la vie et à exécuter les tâches ménagères ;
 - les soins infirmiers ;
 - le traitement médical, paramédical ou psychologique contribuant au rétablissement ou à l'amélioration d'un état spécifique ;
 - le transport aller-retour vers les programmes de jour et les traitements de jour pour les personnes dont l'état de santé les empêche de participer au programme de jour ou aux traitements de jour de manière autonome ;
 - un système d'alarme (l'assureur prend en charge l'achat du dispositif mais pas sa maintenance par le centre de contrôle).

L'aide peut être apportée sous trois formes différentes.

- **Le Panier complet de soins à domicile (VPT)**

L'Agence d'évaluation des besoins offre des services de soins à domicile adaptés au plan d'aide, grâce à un prestataire de soins avec qui l'agence a contracté. Cela inclut l'aide aux repas, le travail domestique et les sorties – correspondant au soutien que la personne recevrait en institution. L'agence gère la contractualisation et le financement, impliquant que seul le loyer reste à charge.

- **L'Ensemble de soins à domicile modulaires (MPT)**

Ce pack permet à la fois d'obtenir une partie des soins définis dans le plan d'aide via un prestataire de soins choisi et financé par l'Agence d'évaluation – et de recevoir une **aide financière** pour le reste. Dans cet ensemble, les repas ne sont pas pris en charge par un prestataire avec qui l'Agence aurait contracté, ils restent à charge de la personne, tout comme son loyer.

- **Le Budget personnel** ⁷⁵(PGB)

Le budget personnel permet de prendre ses propres dispositions en matière de soins en choisissant directement le prestataire. Cette formule implique que la contractualisation soit gérée par le bénéficiaire ou un aidant.

Le montant du budget est défini conformément au plan d'aide. Celui-ci est versé par la Banque d'assurances sociales (SVB) et non directement sur le compte du bénéficiaire. Pour que l'argent soit transféré au prestataire, il faut qu'un contrat ait été déclaré à la Banque

⁷⁵ Tableau présentant les choix entre Personal budget et les deux autres formules proposées à venir.

d'assurance sociale. Ce budget personnel peut être utilisé pour payer un aidant (parents, amis et voisins).

Il est possible qu'un individu dispose de deux « *personal budgets* » en fonction des soins qui lui sont attribués (l'un de la municipalité – dans le cadre de la WMO, - l'autre de la région via le Centre d'évaluation des besoins). Quand la personne a plusieurs « *personal budgets* », la somme attribuée par chaque autorité doit aller aux services prévus dans le plan d'action.

Pour aider les individus et leurs aidants à choisir entre ces trois options, les municipalités mettent en place des conseillers.

Certaines prestations telles que l'hébergement en maison de retraite nécessitent une **participation financière** de l'individu⁷⁶. Si à l'issue d'une procédure d'évaluation des besoins, une personne est considérée comme éligible pour une dépendance, sa situation financière personnelle n'est pertinente que pour le calcul de la quote-part. L'évaluation de mise à jour des besoins est opérée toutes les 4 semaines.

- **La loi WMO**, enfin, qui confie aux municipalités la délivrance des **prestations d'action sociale**. Ce sont par exemple :
 - l'aide ménagère ;
 - le portage de repas à domicile ;
 - l'accès au service de transport local ou régional (pour les personnes à mobilité réduite qui ne peuvent pas utiliser les transports en commun) ;
 - un programme d'activités de jour personnalisé, du coaching, de la compagnie ;
 - des aménagements du logement (monte-escalier, toilettes surélevées...)
 - des aides techniques comme un fauteuil roulant (disponible dans le cadre du WMO uniquement pour les personnes qui en ont besoin à long terme) ;
 - des soins de relève ;
 - un soutien aux aidants informels ;
 - des lieux de vie ;
 - certaines municipalités paient pour des alarmes lorsque les personnes âgées n'ont pas d'aidants auprès d'elles.

Pour ces aides, les communes peuvent demander aux usagers une **participation financière** dont elles sont libres de fixer à la fois le niveau - dans la limite d'un plafond fixé par voie réglementaire - et les modalités (forfaitaire ou proportionnelle aux revenus, etc.). Ainsi, la quote-part d'une personne de plus de 65 ans, qui vit seule et dont les revenus annuels ne dépassent pas 15 256 € (14 973€ PPA), est limitée à 17,60 € (17,27€ PPA) pour une période de 4 semaines.

L'aide à domicile, et plus généralement les prestations d'assistance à caractère non médical (services domestiques), sont couvertes par la municipalité uniquement si elles ne peuvent pas être organisées via le réseau social du destinataire ou ne peuvent pas être payées à titre privé. Néanmoins, dans le cadre de la loi (WMO), les municipalités ne peuvent pas fixer de plafond général de revenu pour l'aide sociale, cela veut dire qu'une personne ne peut pas se voir refuser du soutien parce qu'elle gagne trop.

⁷⁶ Voir partie sur la vie en établissement.

b) En Allemagne : des prestations en nature et en espèces, avec la possibilité de choisir entre les deux

Des réformes importantes ont eu lieu entre 2015 et 2017⁷⁷ (« Long-term care strengthening Acts »), qui conduisent à une hausse importante des dépenses pour le LTC (cf. section 2.6.3). En 2016, la dépense pour les soins de longue durée s'élève à 31 milliards d'euros (Fakt and Zahlen, 2017). 58% de ces dépenses sont pour le domicile⁷⁸.

A domicile, les individus peuvent choisir entre des prestations uniquement en espèces (Pflegegeld), uniquement en nature (Pflegesachleistung) ou une combinaison des deux (Kombinationsleistung). La combinaison se fait alors au prorata de la part non utilisée de l'autre type d'aide⁷⁹. Ainsi, si seulement X% des prestations en nature ont été utilisées, 100-X% peuvent être demandés en espèces. En nature, le service est sous contrat avec l'assurance-dépendance et est payé directement par l'assurance-dépendance.

La prestation en espèces est totalement **libre d'utilisation**. Elle est considérée comme un supplément de revenu pour la famille pour l'aider à faire face aux dépenses de prise en charge de la perte d'autonomie. Une fois le degré de dépendance reconnu, on ne tient compte ni du revenu, ni de l'âge pour l'attribution et le calcul du montant de l'aide.

D'autres prestations existent :

- accueil de jour et de nuit (Tagespflege und Nachtpflege) ;
- si l'aidant ne peut assurer l'aide (vacances ou maladie), l'aidé peut bénéficier d'une aide de substitution d'au maximum 6 semaines dans une année ;
- séjour de court-terme (hébergement temporaire) dans un établissement, en particulier à la suite d'un séjour à l'hôpital ou d'une difficulté dans l'aide à domicile ;
- aides techniques ("Nursing aids") : système d'appel d'urgence, protège-lits, ... financés jusqu'à 40€/mois par l'assurance soins de longue durée et soutien financier au logement. Dans ce dernier cas, les dépenses sont plafonnées à 4 000 euros par personne pour l'aménagement du logement et à 2500 € par personne pour l'achat d'équipements ;
- services de conseil.

Il existe aussi une « **Indemnité de soutien** », d'un montant maximum de 125 €/mois (129€ PPA) : depuis le 1er janvier 2017, cette indemnité sert des objectifs précis (ex : remboursement frais d'entretien à domicile, soins de courte durée en établissement). Ces demandes de remboursement doivent être justifiées.

⁷⁷ La loi est entrée en vigueur le 1er janvier 2016 et la mise en œuvre de la nouvelle grille ainsi que des procédures d'examen est advenue le 1^{er} janvier 2017.

⁷⁸ En 2016, 16,5 milliards pour le domicile et 12,4 milliards en établissement. Les 31 milliards semble inclure les frais administratifs.

⁷⁹ Article 38 du Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) § 38 Kombination von Geldleistung und Sachleistung (Kombinationsleistung) « Si le bénéficiaire des soins de longue durée n'utilise que partiellement les prestations en nature auxquelles il a droit en vertu de l'article 36, paragraphe 3, il bénéficie également d'une allocation de soins de longue durée au prorata au sens de l'article 37, laquelle est réduite du pourcentage dans lequel le bénéficiaire des soins de longue durée a fait usage des prestations en nature. La personne nécessitant des soins de longue durée est liée pour une période de six mois par la décision quant à la proportion dans laquelle elle souhaite bénéficier des prestations en espèces et des prestations en nature ».

Tableau 12 - Montants mensuels de l'aide, en 2018 (prochaine revalorisation en 2021)

Type de prestations	Niveau de perte d'autonomie				
	1	2	3	4	5
Indemnité de soutien	125 129€PPA	125	125	125	125
Espèces	-	316 327€PPA	545	728	901 931€ PPA
En nature	-	689	1 298	1 612	1 995
Accueil de jour et de nuit	-	689 712€PPA	1 298	1 612	1 995 2 062€ PPA
Répit (1)	-	1 612	1 612	1 612	1612
Hébergement temporaire (2)	-	1 612	1 612	1 612	1612 1 667€ PPA

Source : *Source : Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, BMG, 2018.*

Note : (1) : *Verhinderungspflege*, 6 semaines maximum par an. Prestation en cas d'empêchement d'un proche aidant (vacances ou maladie).

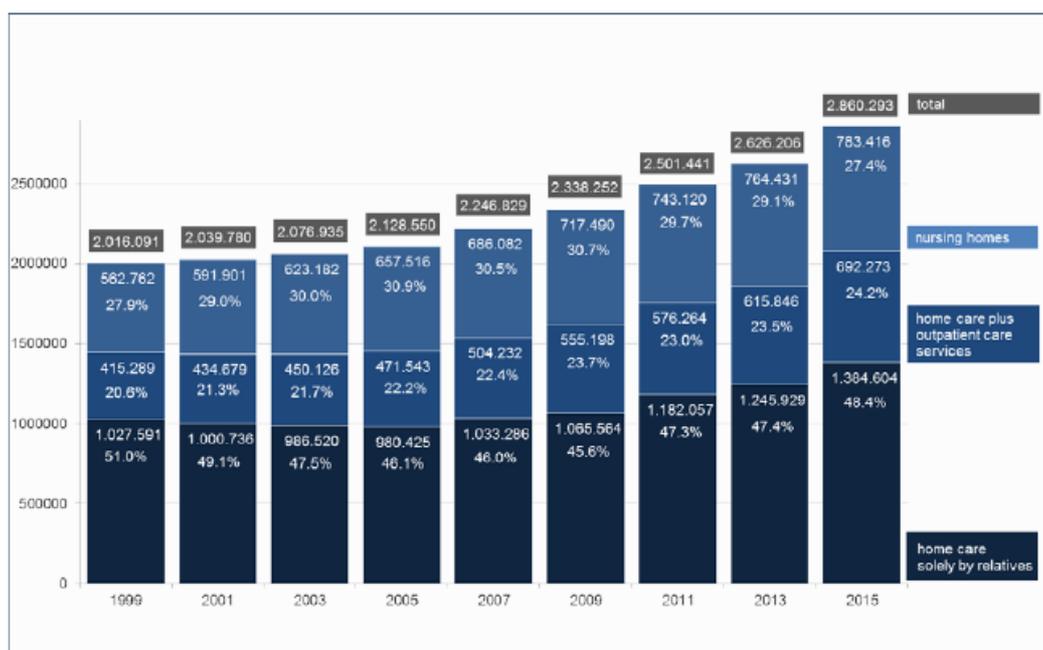
(2) : 8 semaines max par an.

Note : Il semble, que si pendant le droit au répit, la prise en charge est faite par un proche parent, l'indemnité est un peu plus faible : respectivement 474 € dans le niveau 2, 817,5 € niveau 3, 1092 € niveau 4 et 1351,5 € en niveau 5.

Note : Si le droit au répit n'a pas été utilisé jusqu'à 1612 €, la prestation pour hébergement temporaire peut être rehaussée jusqu'à 3224 €/an.

En 2015, on dénombre près de 2,9 millions de bénéficiaires du LTC : 73% sont pris en charge à domicile et 27% en établissement (figure 12).

Figure 12 – Effectif des bénéficiaires selon le type d'aide reçue, 1999-2015



Source: Statistisches Bundesamt (2017a).

Source : Gerlinger (2018). Note Traduction « Nursing homes » : en établissement (EHPAD) ; « Home care plus Outpatient care services » : à domicile avec des services d'aide ; « Home care solely by relatives » : à domicile avec aidants informels familiaux.

Lecture : en 2015, on dénombre près de 2,9 millions de bénéficiaires de LTC. 27% sont en établissement, 24% à domicile avec des services d'aide et 48% à domicile avec uniquement une aide de la famille

Tableau 13 - Répartition des bénéficiaires par type d'aide reçue, 1996-2016

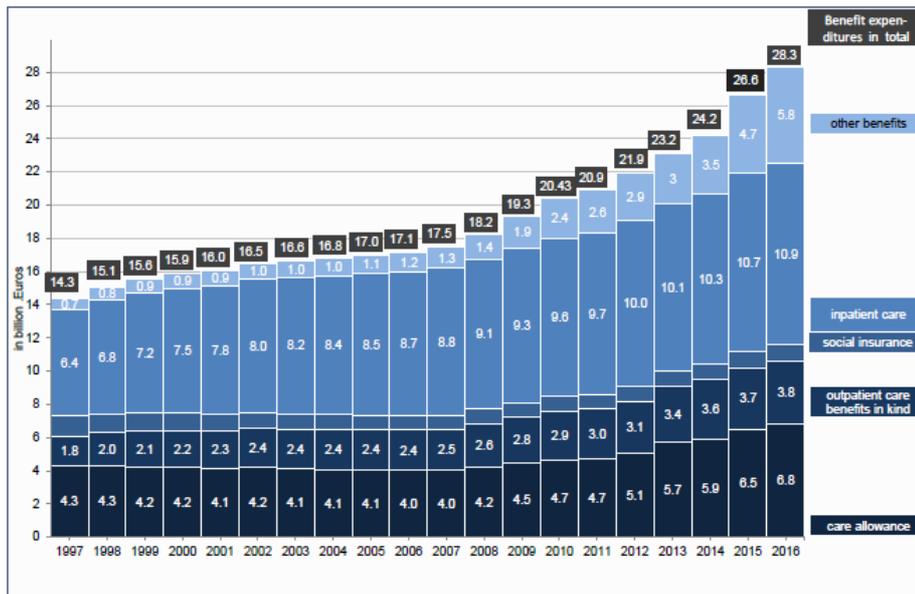
	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016
Total in millions	1.56	1.79	1.88	1.97	1.98	2.06	2.18	2.35	2.45	2.78	2.94
LTCI recipients by types of benefits in % of all LTCI recipients											
Care allowance											
	60.4	53.6	50.7	49.6	48.4	47.4	46.4	44.8	43.9	45.1	46.6
Outpatient care benefits in kind											
	6.8	7.5	8.5	8.4	8.5	8.8	8.4	7.8	6.9	5.3	6.0
Combined benefits											
	8.7	9.6	10.3	10.4	10.3	10.1	11.2	13.3	15.5	15.1	13.4
Substitute care											
	0.4	0.2	0.3	0.4	0.6	0.9	1.4	2.0	3.0	3.8	4.5
Day and night care											
	0.2	0.4	0.5	0.7	0.8	0.8	0.9	1.5	1.9	2.4	2.8
Short-term care											
	0.4	0.3	0.4	0.4	0.5	0.6	0.7	0.7	0.8	0.7	0.8
Inpatient care											
	22.7	25.2	26.3	27.0	27.7	28.0	27.6	26.5	26.2	24.4	22.9
Inpatient care in nursing homes for disabled											
	0.4	3.2	3.0	3.1	3.3	3.3	3.4	3.5	3.3	3.1	3.0

Source: BMG (2017b).

Source : Gerlinger (2018).

Note traduction : « Care allowance » : prestation en espèces à domicile, « Outpatient care benefits in kind » : prestation en nature à domicile, « Combined benefits » : combinaison prestation en espèces et en nature à domicile, « Substitute care » : répit « Day and night care » : Accueil de jour et de nuit, « Short-term care » : hébergement temporaire, « Inpatient care » : en institution, « Inpatient care in nursing homes for disabled » : en établissement pour handicapés

Figure 13 – Evolution des dépenses de prise en charge de la perte d'autonomie, par type de prestations, 1997-2016, en milliards d'euros



Source: BMG (2017b).

Note traduction « Benefits expenditures in total » : total des dépenses /« Other benefits » : autres prestations/ « Impatient care » : en institution/« socila insurance »/« Outpatient care benefits in kind » : prestation en nature à domicile/ « Care allowance » : prestation en espèces à domicile

c) En Espagne : une volonté de développer les prestations en nature, mais dans les faits, une prestation en espèces répandue

La loi favorise les services plutôt que les prestations en espèces, qui sont octroyées seulement si des services ne peuvent être fournis à la personne en perte d'autonomie.

Les différentes prestations disponibles sont définies dans différents articles de la loi (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD)). L'article 15 liste les services disponibles : Servicios de Prevención de las situaciones de dependencia ; Servicio de Teleasistencia ; Servicio de Ayuda a Domicilio ; Servicio de Centro de Día y noche ; Servicio de Atención Residencial. On décrit les quatre premiers, le dernier correspondant à la prise en charge en établissement.

• Prestations en nature :

- les services de prévention des situations de dépendance et de promotion de l'autonomie personnelle (article 21). Leur objectif est de développer et de maintenir la capacité personnelle de contrôler, affronter et prendre des décisions sur le « comment vivre » des personnes, et faciliter l'exécution des activités basiques de la vie quotidienne (conseil et assistance, orientation, formation en technologies adaptatives de facilitation de la vie quotidienne) ;

- le service de téléassistance (article 22 - Servicio de **Teleasistencia**). L'objectif est de s'occuper des bénéficiaires à travers l'usage de technologies de la communication, en réponse immédiate à des situations d'urgence, d'insécurité, de solitude ou d'isolement, et avec comme finalité le maintien du séjour des usagers dans leur milieu habituel. Il est indépendant ou complémentaire aux services d'aide à domicile ;

- le service d'aide à domicile (article 23 - Servicio de **Ayuda a Domicilio**), dont les tâches ménagères et les soins personnels. Il correspond à l'ensemble des activités mises en œuvre au sein du domicile des personnes en situation de perte d'autonomie avec comme finalité la prise en charge des besoins de la vie quotidienne, ainsi que l'augmentation de l'autonomie de la personne, en permettant à cette dernière de rester le plus longtemps possible dans son domicile. Les heures et l'intensité de ce service sont déterminées en fonction du programme individuel de prise en charge, selon le rang et le niveau de perte d'autonomie du bénéficiaire ;

- le centre d'accueil de jour et de nuit (article 24 - Servicio de **Centro de Día y noche**). Son objectif est d'apporter des réponses aux besoins de la personne en situation de perte d'autonomie à n'importe quel moment de la journée et de la nuit.

• **Prestations en espèces :**

- **prestation économique pour le paiement d'un service** (article 17 - Prestación económica Vinculada Servicio). Cette prestation est attribuée uniquement quand l'accès à un service public (ou subventionné) de prise en charge et de soins n'est pas possible⁸⁰. En 2018, la prestation s'élève à 300 euros par mois (364€ PPA) en cas de perte d'autonomie modérée, 426,12 € (516€ PPA) en cas de perte d'autonomie intermédiaire et 715 € (867€ PPA) en cas de grande perte d'autonomie⁸¹ ;

- **prestation économique au titre de la prise en charge par l'entourage familial** (article 18 - *Prestación económica para Cuidados Familiares*). Elle est versée lorsque le bénéficiaire est pris en charge par un membre de la famille : conjoint et membre de la famille au 3^{ème} degré, vivant dans le même domicile que la personne en perte d'autonomie avant de demander la prestation (ESPN, report)⁸². Cette dernière s'élève à 153 € (185 € PPA) par mois en cas de perte d'autonomie modérée, 268 € (326€ PPA) en cas de perte d'autonomie intermédiaire et 387 € (469 € PPA) en cas de grande perte d'autonomie ;

- **prestation économique d'assistance personnalisée** (article 19 - Prestación económica de asistencia personal). Elle a pour objectif de contribuer au recrutement d'une assistance personnelle, pour un nombre d'heures déterminé, afin de faciliter l'accès à l'éducation et au travail du bénéficiaire, ainsi qu'une vie plus autonome dans l'exercice des activités de la vie quotidienne⁸³. Le bénéficiaire doit employer une personne agréée ou un travailleur affilié à la sécurité sociale comme indépendant. La prestation s'élève à 300€ (364€ PPA) en cas de perte d'autonomie modérée, 426 € (516€ PPA) en cas de perte d'autonomie intermédiaire et 715 € (867€ PPA) en cas de grande perte d'autonomie.

Les **prestations économiques** sont incompatibles entre elles⁸⁴ et avec les services établis à l'article 15, à l'exception des services de prévention des situations de dépendance, de promotion de l'autonomie personnelle et de téléassistance. Les services sont incompatibles entre eux, à l'exception du service de téléassistance, qui doit être compatible avec le service de prévention des situations de dépendance, de promotion de l'autonomie personnelle, d'aide à domicile et de centre jour et nuit. Néanmoins, les autorités publiques compétentes

⁸⁰ La personne peut alors faire appel à des services privés

⁸¹ Ces montants sont au niveau national. Ils peuvent être plus élevés dans certaines provinces. Ainsi, dans la province de Castille et Léon, les montants sont plus élevés.

⁸² Dans des cas exceptionnels, cette aide par un aidant non professionnel peut être fournie par quelqu'un d'extérieur.

⁸³ Jusqu'en 2012, cette prestation était réservée aux personnes très dépendantes (niveau III) (Rodríguez-Cabrero, J.-M. Codorniu *et al.* (2018), *op. cité.*

⁸⁴ Section 4 de la loi et Article 25 bis sur l'incompatibilité des prestations.

peuvent prévoir une compatibilité entre le soutien, les soins et les prestations de soins qui facilite le maintien à domicile de la personne en perte d'autonomie, de telle sorte que la somme de ces prestations ne dépasse pas, globalement, les intensités maximales reconnues pour son degré de dépendance.

L'emploi des prestations économiques **n'est pas libre** : « Les administrations publiques compétentes veilleront, en tout état de cause, à la destination et à l'utilisation de ces avantages afin de répondre aux besoins pour lesquels ils ont été octroyés. » (Section 1, article 17).

On dénombre **1 023 158 bénéficiaires** au 31/12/2018 pour 1 275 179 prestations versées, soit 1,25 prestation par bénéficiaire. Parmi les bénéficiaires, 72% ont plus de 65 ans⁸⁵. 8,5% de la population des 65 ans et plus est ainsi bénéficiaire d'une prestation en lien avec la perte d'autonomie. Environ 20% des individus considérés en perte d'autonomie (grade 1 à 3) sont en attente de prestations. Cette part est plus élevée pour les pertes d'autonomie faibles (grade 1) que pour les plus importantes (grade 2 et 3)⁸⁶.

La prestation économique pour la prise en charge par l'entourage familial (article 18) n'est, dans les textes, établie qu'à titre exceptionnel, quand les ressources publiques ou privées sont insuffisantes, ou quand des circonstances (dépeuplement, circonstances géographiques particulières ou autres) empêchent ou entravent d'autres formes de soins. Dans les faits, elle est largement utilisée et répandue puisqu'elle concerne près d'un tiers des prestations versées (tableau 8) et bénéficient à 396 225 personnes.

Tableau 14 – Prestations versées, au 31/10/2018

Type de prestation		Effectifs bénéficiaires	Part (en %)
Nature	Prevention dépendance	51 251	4
	Télé-assistance	215 084	16,9
	Aide à domicile	226 324	17,8
	Centre de nuit/jour	93 956	7,4
	Prise en charge en établissement ("Attention résidentielle")	162 885	12,8
Espèces	P.E. pour le paiement d'un service	122 748	9,6
	P.E. au titre de la prise en charge par l'entourage familial	396 225	31,1
	P.E. d'assistance personnalisée	6 706	0,5
	Ensemble	1 275 179	100

Source : IMSERSO, 2018.

Note : P.E. : Prestation Economique.

On observe une grande variation entre communautés autonomes (régions) espagnoles dans le poids des prestations économiques (essentiellement prestations au titre de la prise en charge par l'entourage familial) : Baléares, Estrémadure, Navarre, Aragon, 60 à 70% des

⁸⁵ Site internet de l'Instituto de Mayores y Servicios Sociales, perfil de la persona beneficiaria con prestación: sexo y edad, 31 Octobre 2018

⁸⁶ Imsero, 2018

prestations sont économiques. En revanche, à Madrid, Galice, Castille-la-Manche, Andalousie, Rioja, cette proportion tombe à 20-30%. Dans ces régions, la téléassistance ou l'assistance à domicile sont plus répandues⁸⁷.

L'accueil de jour et de nuit est développé. 93 956 personnes en bénéficient fin 2018 (tableau 6). Par ailleurs, 3,8 millions de seniors sont affiliés à des maisons de retraite ou des clubs (active aging, leisure and active social participation)⁸⁸.

Niveau de la prestation et participation financière des bénéficiaires

Le niveau de prestation est modulé en fonction du niveau de dépendance. Il existe des plafonds maximaux de montants des prestations économiques et des nombres d'heures de services à domicile différents selon le degré et le niveau de perte d'autonomie (cf. section 2.1.4).

Il existe une participation financière des bénéficiaires pour tous les types de prestations, en nature et en espèces⁸⁹. De manière générale, lorsque les bénéficiaires ont des ressources inférieures à l'IPREM⁹⁰, l'indice de référence (*Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples*) utilisé pour l'octroi de prestations, leur participation financière est nulle. Elle est ensuite croissante en fonction des ressources et elle est plafonnée à 90% pour la plupart des prestations⁹¹. Les ressources du bénéficiaire⁹² incluent les revenus du travail et du capital et un pourcentage du patrimoine net. Ce pourcentage varie selon l'âge. Il est de 5% pour les bénéficiaires de plus de 65 ans; de 3% pour ceux âgés de 35 à 65 ans et de 1% pour les moins de 35 ans. On ne tient compte de la résidence habituelle que lorsque le bénéficiaire bénéficie d'une prise en charge en établissement par le biais du réseau public de services sociaux et qu'aucune personne à charge⁹³ ne continue à résider dans cette résidence.

Si le patrimoine est censé entrer en compte dans l'évaluation des ressources du bénéficiaire, il n'est pas toujours pris en compte au vu de la difficulté à trouver des informations fiables le concernant.

On indique ci-dessous le calcul de la participation financière au coût des services à domicile et de la Prestation économique au titre de la prise en charge par l'entourage familial. Les formules de calcul pour les autres types de prestations sont détaillées en annexe 6.

⁸⁷ IMSERSO

⁸⁸ Pilar Hilarión, 2017, Peer Review on "Germany's latest reforms of the long term care system – Long-term care system in Spain", 11 – 12 January 2018, Berlin, (Germany)

⁸⁹ Source : BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO, Núm. 185 Viernes 3 de agosto de 2012, article 8.1

⁹⁰ L'IPREM est égal à 537,84 € mensuels en 2018.

⁹¹ La manière de calculer la participation financière a été modifiée en 2012. En particulier, les plafonds de participation ont été rehaussés (El copago en la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia », Julia Montserrat Codorniu, Ivan Montejo Sarrias, Fundacion Caser para la dependencia). Le plafond pour l'accueil de jour était par exemple auparavant de 65 %, (Comments paper – Spain Peer Review on financing of long-term care, Slovenia 2014) .Les personnes dépendantes qui recevaient des services ou des prestations avant l'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation maintiendront le régime de participation précédent, à moins que le la nouvelle réglementation soit plus favorable.

⁹² Lorsqu'il est en couple, on considère la moitié de la somme des revenus des deux membres du couple.

⁹³ Sont définies comme personnes à charge, à ces fins, le conjoint ou le partenaire non marié, les ascendants de plus de 65 ans, les descendants ou les personnes liées au bénéficiaire en raison de la tutelle et/ou de l'accueil de mineurs de moins de 25 ans ou de plus de cet âge en situation de dépendance ou d'invalidité, à condition qu'ils vivent avec le bénéficiaire et soient à sa charge économique.

La formule de calcul de la participation financière du bénéficiaire au coût des services tient compte du nombre d'heures d'aide. Ainsi, en notant *Ressources*, les ressources de l'individu et *coût*, le coût horaire du service (le coût de référence du service est fixé à 14 euros par heure pour les services de soins personnels et à 9 euros par heure pour les services liés aux soins domestiques ou ménagers), la participation est égale à :

1. De 21 à 45 heures mensuelles :

Participation financière = $((0,4 \times \text{coût} \times \text{Ressources}) / \text{IPREM}) - (0,3 \times \text{coût})$

2. De 46 à 70 heures mensuelles:

Participation financière = $((0,3333 \times \text{coût} \times \text{Ressources}) / \text{IPREM}) - (0,25 \times \text{coût})$

Si les ressources sont inférieures à l'IPREM, la participation est nulle. Elle est ensuite croissante avec les ressources. La participation financière est plafonnée à 90%.⁹⁴

Le montant de la Prestation économique au titre de la prise en charge par l'entourage familial est égal à :

$(1,33 \times \text{Montant maximal de la prestation}) - (0,44 \times \text{Ressources} \times \text{montant maximal de la prestation}) / \text{IPREM}$

Si les ressources sont inférieures ou égales à l'IPREM, l'individu perçoit 90% de la prestation. Si ses ressources dépassent 3 IPREM, il perçoit 10%.

Reste-à-charge

L'estimation du reste-à-charge au niveau national est difficile, les communautés autonomes pouvant appliquer des législations plus ou moins généreuses quant à la participation financière des individus ; certaines régions exonèrent totalement les personnes en perte d'autonomie, tandis que d'autres peuvent demander une participation allant jusqu'à 90% du coût des prestations. Il n'y a pas de montant fixé au niveau national. Quelques indications sont néanmoins disponibles. Selon l'Observatoire de la Dépendance des associations de directeurs et de responsables des services sociaux, environ **20% du coût des prestations et des services (domicile et établissement) liés à la dépendance étaient supportés par les bénéficiaires en 2017 en Espagne.**

Il semble cependant que les changements législatifs intervenus depuis 2012, en particulier au regard du calcul de la participation financière aient augmenté le reste-à-charge de manière importante. Ainsi, plusieurs travaux indiquent que ce reste-à-charge pourrait avoisiner les 50%⁹⁵ (tout compris, y compris établissement). Suite à la crise économique de 2008, le système de prise en charge a été modifié à plusieurs reprises dans un souci de soutenabilité financière [Royal Decree-Act] 8/2010; RDL 20/2011; RDL 20/2012. Le changement le plus significatif a été celui de 2012⁹⁶ :

- réduction de 15% du montant de la prestation économique au titre de la prise en charge par l'entourage familial (IMSERSO report, November 2013) ;
- décalage temporel de la prise en charge des individus avec une faible perte d'autonomie jusqu'à juillet 2015 ;
- réduction dans le nombre d'heures prévues dans l'offre de services à domicile (cf. section 2.1.4) ;

⁹⁴ Il semble que depuis 2017, une participation minimale de 20 euros soit demandée dans tous les cas.

⁹⁵ El copago en la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia », Julia Montserrat Codorniu, Ivan Montejo Sarrias, Fundación Caser para la dependencia. El copago de dependencia en España a partir de la reforma estructural de 2012 (The co-payment of the dependence from the structural reform of 2012 in Spain), Raúl del Pozo-Rubio, Isabel Pardo-García, Francisco Escribano-Sotos, Gaceta Sanitaria, Volume 31, Issue 1, January–February 2017, Pages 23-29

⁹⁶ Comments paper – Spain Peer Review on financing of long-term care, Slovenia 2014

- contrôle plus important de la cohabitation de l'aidant informel et de la personne aidée ;
- suspension des cotisations de Sécurité sociale par le gouvernement pour les aidants non professionnels au sein de la famille.

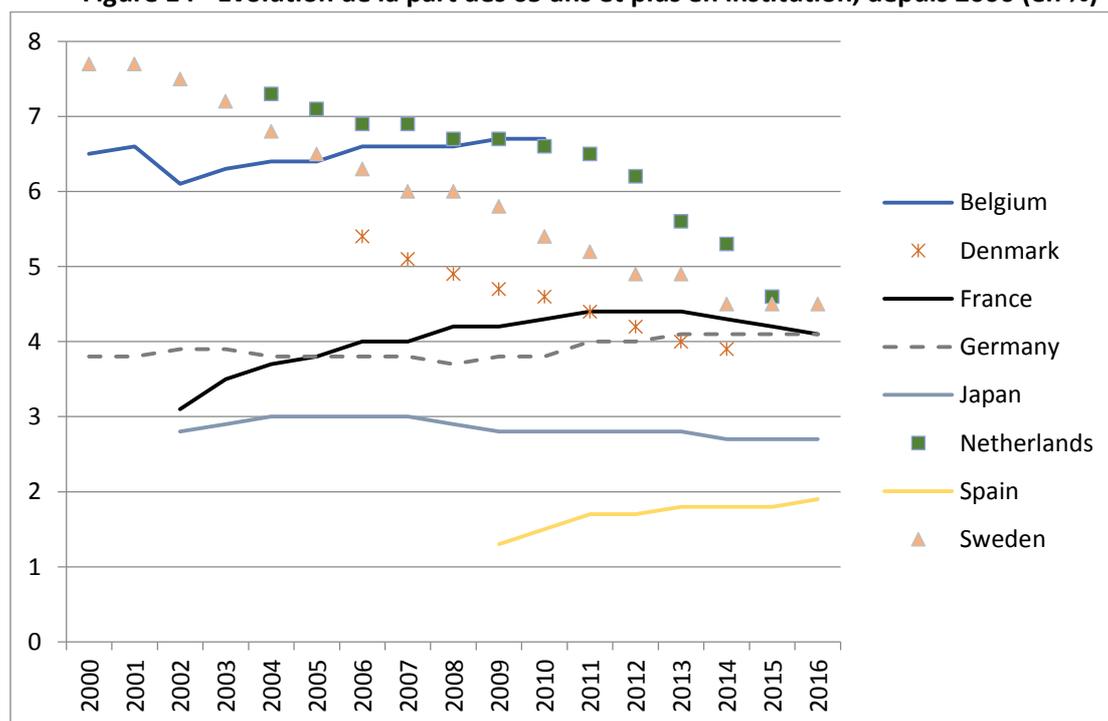
Un aspect positif concerne l'extension de la prestation économique d'assistance personnalisée quel que soit le degré de perte d'autonomie (avant 2014, elle n'était accordée qu'au degré III, des personnes en perte d'autonomie la plus sévère).

Il existe une **réduction d'impôt** sur le revenu en lien avec des travaux et des aménagements effectués dans le domicile habituel du contribuable. Elle est de 20% des dépenses dans la limite de 12 020€ de dépenses par an.

2.3 QUELLE REPOSE EN TERMES DE LIEU DE VIE ?

La plupart des pays ont tendance à réduire le taux d'institutionnalisation et à diversifier l'offre d'hébergement. On utilise fréquemment la notion de **taux d'institutionnalisation**, qui renvoie en général à l'hébergement en établissement accueillant les personnes les plus vulnérables. On trouvera ci-après l'évolution de ce taux pour un certain nombre de pays.

Figure 14 - Evolution de la part des 65 ans et plus en institution, depuis 2000 (en %)



Source : OCDE

Note : l'Ocde indique un certain nombre de ruptures de séries dans la définition des personnes en établissement. Cela explique le fait de ne considérer que des points isolés pour certains pays.

Ce graphique reflète bien l'évolution des orientations nationales prises par les différents pays en matière de lieu de vie. En particulier, on note :

- la forte décroissance du taux de personnes de plus de 65 ans accueillies en institution pour la Suède, les Pays-Bas et le Danemark (la « désinstitutionnalisation » est un phénomène très ancien en Suède, où il a été engagé dès l'après-guerre) ;

- une relative stabilité, mais à des niveaux différents, pour l'Allemagne (autour de 4%), la Belgique (autour de 6,8%) et le Japon (autour de 3%) ;
- une évolution légère en hausse pour la France (4%) et l'Espagne (près de 2%) ;
- le Québec qui ne figure pas sur ce graphique est au même niveau que le Japon (3%).

Cependant, ce graphique ne rend pas compte de la diversification qui s'est opérée dans l'offre de domiciles adaptés, à côté de l'hébergement traditionnel en EHPAD.

Pour ce qui est du reste à charge, on constate que la plupart des pays tiennent compte du revenu de la personne, utilisent des aides sociales, comme l'allocation logement, ou encore des mesures fiscales (réductions et crédits d'impôt) pour diminuer le reste à charge. L'instauration d'une **obligation alimentaire** ne concerne que peu de pays (Allemagne, Espagne, Italie). Au Québec, il n'y a pas de recours sur succession, et si l'obligation alimentaire entre parents en ligne directe et au premier degré existe dans le code civil, sa mise en jeu reste très rare dans les faits. Elle nécessite en effet un passage, coûteux et au résultat hypothétique, par les tribunaux.

France : un nombre de résidents en établissement et un parc en pleine croissance ces dernières années, des restes à charge élevés

Fin 2015, on comptait près de 728 000 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées, bénéficiaires ou non de l'APA⁹⁷. Les personnes de 75 ans et plus représentent 88 % de cette population. La proportion de personnes âgées de 75 ans et plus vivant en établissement est restée quasiment constante entre 2007 et 2015, passant de 10,5 % en 2007 à 10,7 % en 2015.

Cette relative stabilité résulte de deux effets contraires : un vieillissement de la population et une tendance à la diminution, depuis 10 ans, des taux d'institutionnalisation à âge donné.

Les 728 000 résidents se répartissent de la manière suivante :

- 585 580 en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), maison de retraite médicalisée ;
- 101 880 en résidence autonomie, logement autonome associé à une prise en charge collective (services, lien social, et accompagnement notamment) et proposé majoritairement à des personnes autonomes ou pré-fragiles ;
- 7 700 en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) non EHPAD, maison de retraite non médicalisée ;
- 32 790 en unité de soins de longue durée (USLD), généralement rattachée à un hôpital pour des personnes dont l'état de santé ne permet pas l'entrée ou le maintien en maison de retraite, même médicalisée.

Le nombre de résidents a augmenté de 83 930 (+13 %) entre 2003 et 2015 soit une augmentation annuelle moyenne de 6 994 personnes (+1 % par an en moyenne).

Sur la période 2005-2016, le volume global d'hébergement (USLD, EHPAD, EHPA non EHPAD, résidence autonomie, accueil de jour et hébergement temporaire) a également progressé de 10%.

Le schéma des EHPAD a subi des modifications significatives ces dernières années : légère progression de la taille, faible place des hébergements tiers (hébergement temporaire et

⁹⁷ Muller M. (2017), « 728 000 résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Etudes et résultats, n°1015, DREES.

accueil de jour) ; processus de médicalisation croissante des EHPAD pour répondre à la progression du taux de dépendance et des besoins de soins des résidents qui entrent à un âge plus avancé ; légère baisse de la durée de séjour ; forte diminution des résidents en GIR 6 et 5 qui ne représentent plus en 2015 que 8% des résidents en EHPAD (contre 12 % en 2011 et 15 % en 2007).

Le reste à charge en établissement est élevé et supérieur en moyenne aux revenus des résidents. Le niveau moyen du reste à charge (RAC) en 2011 est de 1 758€/mois⁹⁸ (sont inclus les dépenses de gîte et de couvert d'environ 720€/mois que le résident aurait supportées s'il vivait à son domicile). Les tarifs d'hébergement ne varient quasiment pas en moyenne avec le niveau de perte d'autonomie.

L'ajustement se fait par la liquidation du patrimoine, le recours aux enfants et dans certaines conditions par l'attribution d'une aide sociale à l'hébergement (ASH) : le RAC est alors amené à 867€/mois en moyenne. Comme l'ASH emporte appel aux obligés alimentaires et récupération sur succession, une majorité de résidents ne la sollicitent pas.

Ne sont pas comptabilisés et pris en compte ici les personnes résidant dans des formes d'habitat intermédiaires autres que les résidences autonomie et notamment :

- les personnes vivant en résidences services (approximativement estimées à 45 000 personnes), habitat adapté avec services développé par des acteurs privés en pleine expansion en France ces dernières années ;
- les personnes vivant en habitat inclusif, citoyen ou solidaire, dont le nombre est estimé selon une fourchette basse autour de 3600⁹⁹, puisque l'on n'a pas aujourd'hui une pleine visibilité de cette offre.

2.3.1 Le Québec, une offre d'habitat diversifiée, des restes à charge relativement moins élevés et modulés en fonction des ressources pour les établissements de soins de longue durée

En matière de lieux de vie, le Québec offre une grande diversité d'habitat pour les personnes âgées. Le domicile traditionnel est largement majoritaire avant 75 ans (96,4% des 65/74 ans), et reste globalement le lieu d'habitation de plus de 87% des plus de 65 ans comme le montre le tableau ci-après :

Tableau 15 - Lieux d'habitation ou d'hébergement des personnes âgées au Québec (données 2011)

	65-74 ans	75-84 ans	84 ans et plus	Total
Domicile traditionnel	96.4%	83.2%	60.9%	87.6%
RPA	2.4%	12.5%	26.1%	8.7%
RTF	0.2%	0.2%	0.3%	0.2%
RI	0.2%	0.5%	1.4%	0.5%
CHSLD	0.8%	3.6%	11.3%	3%
Total	100%	100%	100%	100%

Source : Conseiller social

⁹⁸ Fizzala, 2016.

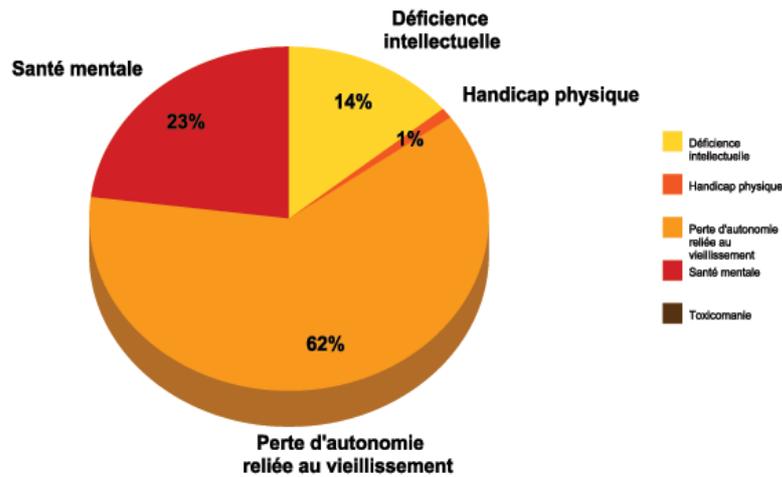
⁹⁹ Cf. description et estimations faites dans le rapport du Conseil de l'âge, « Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030 », décembre 2018, Tome 1.

Lorsque le domicile ne convient plus, les personnes peuvent être accueillies, en ressources intermédiaires (RI) ou de type familial (RTF), en résidence privée pour aînés (RPA) ou enfin en Centre d'Hébergement et de Soins Longue Durée (CHSLD). Après le domicile, ce sont **les Résidences pour Personnes Agées (RPA)** qui sont préférées aux Centres de soins de longue durée.

Les différentes possibilités d'hébergement sont détaillées ci-après :

- **ressources de type familial (RTF)** : adaptées pour un encadrement léger, les RTF visent à recréer les conditions de vie d'un milieu familial. Une ou deux personnes accueillent chez elles un maximum de neuf personnes âgées, qui leur sont confiées par un établissement public ;
- **ressources intermédiaires/non institutionnelles (RNI)** : s'adressant aux personnes présentant une perte d'autonomie de légère à modérée, les RNI sont liées par contrat à un établissement du réseau public. Elles offrent une infrastructure et un environnement sécurisé. Les soins et services qu'on y prodigue sont adaptés et supervisés par une équipe multidisciplinaire du réseau public. Elles sont au nombre de 800 pour 13 000 places ouvertes à différents profils (figure 15). L'usager signe un bail avec la résidence considérée comme son domicile privé ;
- **résidences pour aînés (RPA)** : option d'habitation pour les personnes âgées autonomes ou ayant une perte d'autonomie fonctionnelle de légère à modérée en raison des services variés qui y sont proposés : c'est l'option la plus importante (8,7% des plus de 65 ans en 2011). Elles sont, au sens de la loi, un domicile comme un autre. Elles se présentent sous cinq types : les résidences privées à but lucratif (LUC), les résidences privées à but non lucratif (OBNL), les coopératives d'habitation avec services (COOP) conçues et occupées par des personnes âgées, les habitations à loyer modique avec services (HLM) dédiées aux personnes âgées, et les communautés religieuses (REL) pour les religieux retraités ou les personnes âgées laïques ;
- **centre d'Hébergement et de Soins de Longue Durée (CHSLD)** : le CHSLD est le milieu de vie de dernier recours et seul ce dernier type de résidence, équivalent à nos EHPAD, peut être considéré comme établissement. Les places sont principalement réservées aux personnes, qui, en raison de leur perte d'autonomie physique et cognitive ainsi que de leur condition sociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le soutien de leur entourage et les diverses ressources disponibles pour ces personnes. L'âge moyen des résidents est de **83 ans** et la durée moyenne de séjour de **27,3 mois**.

Figure 15 - Nombre de places par programme clientèle d'hébergement en ressources intermédiaires



Source : Site assurance maladie du Québec.

C'est la RAMQ (régie d'Assurance maladie du Québec) qui administre le Programme de contribution financière des adultes hébergés en CHSLD et en RNI et fixe les montants des contributions. La contribution financière des adultes hébergés est le montant exigé par le gouvernement à un adulte pour son hébergement dans un établissement de santé au Québec. Cette contribution répond à un souci d'équité entre les personnes hébergées et celles qui vivent à domicile, ces dernières devant assumer les dépenses liées à leur gîte et à leur nourriture.

Le **reste à charge (RAC)** en CHSLD est modulé en fonction de la capacité contributive de l'utilisateur qui est fonction de ses revenus, de son patrimoine, de sa situation familiale et d'exonérations éventuelles ; cette capacité contributive est déduite du plafond lié à l'hébergement pour calculer le RAC selon le mode de calcul ci-dessous.

CALCUL DE LA CONTRIBUTION POUR UN ADULTE HÉBERGÉ EN CHSLD		
REVENU DE CONTRIBUTION		
REVENUS		
1	Pension de la sécurité de la vieillesse + SRG	0,00 \$
2	Autres revenus	0,00 \$
3	Total des revenus	1 + 2 0,00 \$
BIENS		
4	Résidence principale (valeur nette de la résidence - Exemptions (40 000 \$) X 1 %)	0,00 \$
5	Biens (Valeur des biens – exemption (personne seule 1 500 \$ ou couple 2 500 \$) X 1 %)	0,00 \$
6	Total des biens	4 + 5 0,00 \$
DÉDUCTIONS		
<u>Personne seule</u>		
7	Allocation de dépenses personnelles (ADP) (212 \$)	0,00 \$
8	Si résiliation de bail	0,00 \$
<u>Couple ou Famille</u>		
9	Conjoint non hébergé (1 183,02 \$)	0,00 \$
10	Enfant à charge 17 ans et - (473,69 \$/enfant)	0,00 \$
11	Enfant à charge 18 ans et + aux études à temps plein (593,92 \$/enfant)	0,00 \$
12	Total des déductions	Somme 7 à 11 0,00 \$
13	Revenu de contribution	3 + 6 - 12 0,00 \$
EXEMPTION		
14	Chambre 1 lit (Prix mensuel (1 836,90 \$) - Revenu de contribution)	Prix - 13 1 836,90 \$
15	Chambre 2 lits (Prix mensuel (1 535,70 \$) - Revenu de contribution)	Prix - 13 1 535,70 \$
16	Chambre 3 lits et plus (Prix mensuel (1 141,80 \$) - Revenu de contribution)	Prix - 13 1 141,80 \$
EXONÉRATION		
17	Si personne seule et revenu de PSV (PSV+RSG max - ADP)	1 442,92 \$
18	Personne seule 1/2 du revenu de contribution	(13 + 17) * 1/2
19	Couple ou famille 1/4 du revenu de contribution	13 * 1/4
20	Exonération chambre 1 lit	Prix -(18 ou 19) - 14 0,00 \$
21	Exonération chambre 2 lits	Prix -(18 ou 19) - 15 0,00 \$
22	Exonération chambre 3 lits et plus	Prix -(18 ou 19) - 16 0,00 \$
LIQUIDITÉS		
23	Excédent de l'exemption de 2 500 \$	0,00 \$
CONTRIBUTION DEMANDÉE		
24	Chambre 1 lit (1 836,90 \$)	Prix - 14 - 20 + 23 0,00 \$
25	Chambre 2 lits (1 535,70 \$)	Prix - 15 - 21 + 23 0,00 \$
26	Chambre 3 lits et plus (1 141,80 \$)	Prix - 16 - 22 + 23 0,00 \$

Chambre 1 lit	1 836,90 \$
Chambre 2 lits	1 535,70 \$
Chambre 3 lits et plus	1 141,80 \$

Ainsi la contribution mensuelle en **centres d'hébergement de longue durée**, indexée au 1^{er} janvier de chaque année, est plafonnée¹⁰⁰ à :

- à 1 867,50 \$ (1193€ PPA) pour une chambre individuelle,
- à 1 560 \$ (996€ PPA) pour une chambre à 2 lits,
- à 1 162,50 \$ (767€) pour une chambre à 3 lits ou plus, (il n'en existe plus)

Elle couvre les frais d'hébergement, les soins et les services, les médicaments, les fournitures médicales, les produits d'hygiène personnelle de base (ex. : articles pour incontinence, savon, dentifrice, etc.), les services de buanderie.

Cette contribution est relativement plus faible que celle qui est constatée dans d'autres pays. Les résidents doivent payer à part les coûts du téléphone et du câble. Ils n'ont plus droit au crédit d'impôt pour maintien à domicile et à l'allocation logement. Lorsqu'une personne relève de **l'aide sociale**, elle est exonérée de la contribution financière, et il est prévu un montant de 209\$ par mois comme allocation pour dépenses personnelles. Pour mémoire, il n'y a **pas de recours sur succession**.

¹⁰⁰ A titre de comparaison, le revenu médian mensuel s'élevait à 52 900\$ /an, soit 2900€ / mois en 2015

Le **reste à charge** pour l'hébergement en **ressources non institutionnelles (RNI)**, est plafonné. A l'instar des CHSLD, le plafond est établi par la RAMQ (Assurance maladie québécoise) et est de 1 260\$/mois (**805€ PPA**) en moyenne après crédit d'impôt. Il dépend de l'admissibilité ou pas de l'usager à l'aide sociale de dernier recours, de son âge et de la durée prévisible de son séjour. L'usager peut continuer à bénéficier du crédit d'impôt pour maintien à domicile s'il est âgé de plus de 70 ans et de l'allocation logement ; une personne à faible revenu peut demander un soutien financier auprès du CSSS-IUGS.

Exemples de reste à charge en Ressources non-institutionnelles (RNI) – tarifs 2017

• Résidence Haut-Bois :	1759.00\$ – crédit d'impôt = 1358.83\$ (907€)
• Gîte du bel âge :	1743.00\$ - crédit d'impôt = 1346.47\$ (899€)
• Résidence Ste-Famille :	1545.00\$ - crédit d'impôt = 1193.51\$ (796€)
• Résidence Fleuribois :	1693.18\$ - crédit d'impôt = 1307.98\$ (872€)

Source : conseiller social.

Les **résidences pour aînés** relèvent du secteur privé et leur tarification est libre mais elles sont néanmoins accessibles au crédit d'impôt maintien à domicile des aînés.

2.3.2 En Suède, une forte priorité mise sur le soutien à domicile ordinaire ou adapté depuis des années

Lorsqu'on la compare aux autres pays européens, la Suède présente un taux relativement élevé de lits de soins pour les personnes âgées : plus de 1200 pour 100 000¹⁰¹ habitants, mais c'est le seul pays en décroissance régulière, ce qui n'est pas le cas de la moyenne européenne qui, en 2014, atteignait un ratio de près de 800 lits/100 000. Il faut rappeler que dans ce pays il n'existe pas de lits hospitaliers pour personnes âgées et qu'une grande attention est accordée au fait que leur durée de séjour à l'hôpital soit la plus courte possible, d'où l'existence de logements de courte durée.

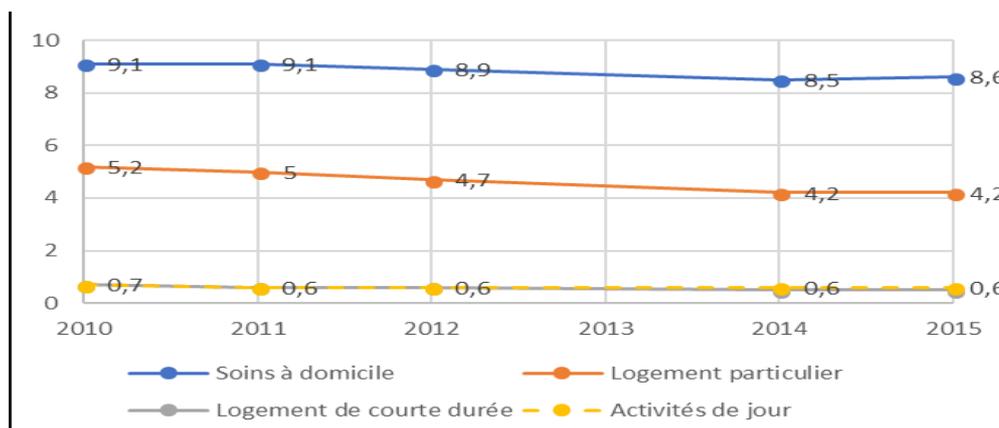
On peut retenir une classification des lieux de vie suédois selon quatre items :

- le **domicile ordinaire**, en maison ou en appartement dans un ensemble d'immeubles d'habitation, cet ensemble n'étant pas spécifiquement aménagé pour les personnes en perte d'autonomie ;
- le **domicile adapté avec services intégrés** : il s'inscrit dans un ensemble de logements adaptés, comportant des services pour les personnes en perte d'autonomie, type « résidence services » en France ;
- le **logement de courte durée** qui permet à une personne âgée, incapable de retourner à domicile suite à un séjour hospitalier ou à un épisode de soins, d'être accueillie pendant quelques jours (ou semaines) dans ce type de logements qui comportent un encadrement médical et paramédical ;
- l'**établissement** pour personnes âgées en perte d'autonomie (nursing home). Ce dernier type de logement est dédié aux personnes qui ont besoin de services et de soins 24h/24 et 7 jours sur 7. Le personnel dans ce genre d'établissement est composé d'aides-soignant.e.s, d'infirmier.e.s, d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, complétés par des visites médicales régulières.

¹⁰¹ Challenges in long term care in Europe (nursing and elderly home beds/100 000; source : WHO)

La grande majorité (95%) des suédois de plus de 65 ans (2 millions de personnes) vit à domicile : en 2015, 8,6% d'entre eux y recevaient des soins, 4,2% vivaient en nursing home (23% des plus de 80 ans) ou en logements de courte durée (0,6%) et 0,6% bénéficiaient d'un accueil de jour dans le cadre du maintien à domicile. On note une diminution de 1 point entre 2010 et 2015 pour l'accueil en établissement (cf graphique ci-après).

Figure 16 - Services aux personnes âgées 2010-2015 (en % des personnes bénéficiaires)



Source : SKL – Sverige Kommuner och Landsting.

En Suède, l'individu a la liberté de choisir la résidence dans laquelle il désire habiter. Les prix pour le loyer diffèrent entre les résidences (qualité, standard, endroit, etc). Le principe de base est qu'après avoir payé le loyer, les soins non médicaux (ce montant est plafonné à 2 044 SEK / mois) et les impôts, il doit rester 5 136 SEK / mois pour une personne seule et 4 340 SEK / mois pour une personne en couple.

Les personnes accueillies en **domicile avec services intégrés** doivent s'acquitter :

- **d'un loyer plafonné à 2 146 SEK (190€ PPA)** par mois. La personne a le droit de demander une aide (*supplément au logement pour personnes âgées*) auprès de l'autorité suédoise des pensions ;
- d'un montant dit minimal (« *minimibeloppet* ») qui doit couvrir les frais relatifs à la nourriture, aux vêtements, aux chaussures, aux loisirs, à l'hygiène, au journal quotidien, au téléphone, à la télévision, à l'assurance habitation, aux soins de santé primaires, aux soins dentaires, aux articles ménagers, aux produits de consommation, aux meubles, aux articles ménagers et aux produits pharmaceutiques. Le **montant minimal** est de 5 249 SEK (463€ PPA) pour une personne célibataire et de 4 435 SEK (392€ PPA) chacun pour une personne marié ou en concubinage.

Les personnes **accueillies en Nursing home** participent également aux frais :

- les **frais maximum pour les soins et le soutien** offerts 24 heures sur 24 dans une maison de retraite sont de 1 820 SEK (161€ PPA) par mois, ils sont calculés en fonction du revenu ;
- les frais de **nourriture** s'élèvent au maximum à 2 779 SEK (245€ PPA) /mois ;
- le **loyer** est fonction de la nature de l'établissement et du revenu : si la personne ne parvient pas à louer ou vendre son domicile, elle peut inclure un double loyer dans la base de calcul des frais ou obtenir pendant trois mois un loyer réduit.

En cas de **handicap ou d'invalidité permanente** et de couverture par la loi LSS (loi sur l'aide et le service aux personnes avec certaines altérations fonctionnelles), la personne ne paye pas les soins infirmiers. Cependant, le loyer et les frais pour la nourriture restent à sa charge.

Si une personne déménage en maison de retraite ou dans un foyer de soins et ne parvient pas à sous-louer ou vendre son ancien domicile, elle peut inclure les deux coûts de logement dans la base de calcul des frais. La personne peut également demander un loyer réduit pour une maison de retraite ou une résidence médicalisée pour une période allant jusqu'à trois mois si elle n'a pas les ressources financières suffisantes pour faire face au double coût du logement. Dans les deux cas, il faut pouvoir prouver l'intention de vouloir sous-louer ou vendre le logement.

Nursing home fees

Here you can read about the current fees **for people living in a nursing home.**



Nursing home

The maximum fee for the care and support offered round the clock in a nursing home is SEK 1,820 per month. Your individual fee is calculated on your income. For more information, see page 3.



Rent

If you live in a nursing home, you pay rent for your room or apartment. The rent varies depending on the utility value of the residence. You are entitled to apply for a housing supplement for seniors (BTP) from the Swedish Pension Authority. Your rent may affect your care fee.



Fee for food

The maximum fee for food is SEK 2,779 per month.



Free assistance

Fees lower than SEK 50 per month will not be charged.

Centres de prise en charge de jour

Le montant des frais dépend du revenu et du nombre de jours par mois de participation à des centres de prise en charge de jour. En plus des frais pour les activités, les repas pendant les activités sont payants et s'élèvent à 50 SEK (4,8 €) par jour.

Soins de courte durée (logements de courte durée)

Les coûts sont plafonnés à 1820 SEK (161€ PPA) par mois. Si l'intéressé ne reste pas dans le foyer de soins de courte durée le mois entier, les frais seront réduits au prorata des jours passés dans le foyer. Le prix de la nourriture dans les établissements de soins de courte durée est de 91 SEK (8,74 €) par jour au maximum.

Il n'existe **pas d'obligation alimentaire**. Elle a été abrogée en 1956.

La Suède a, dans un premier temps, développé des hébergements spécialement conçus pour l'accueil et la prise en charge des personnes âgées. Mais dans les années 1940, suite à un état des lieux des maisons de retraite à travers tout le pays publié par l'écrivain Ivar Lo-Johansson, la conception suédoise de prise en charge des personnes âgées évolue. L'auteur met en lumière le déracinement vécu par les personnes âgées une fois placées en établissement spécialisé, ce qui amène à une réflexion autour du maintien à domicile (« home-care ») plutôt qu'à la vie en établissement (« care-homes »). En 1947, le ministre des affaires sociales Gustav Möller¹⁰² lance un groupe de travail afin de réfléchir à la mise en place d'une politique de maintien à domicile. Compte tenu du manque de places en établissements, des services d'aide à domicile sont développés et se répandent rapidement sur tout le territoire. En 1950, la Croix-Rouge ouvre ainsi à Uppsala un premier service d'aide à domicile. En 1956 sont affirmés les droits à bénéficier de soins et à être pris en charge à domicile aussi longtemps que possible. Cette politique de maintien à domicile est encore en vigueur aujourd'hui.

2.3.3 Au Danemark, une forte désinstitutionnalisation depuis les années 1990 et un développement des logements sociaux adaptés et intégrés à la vie de la cité

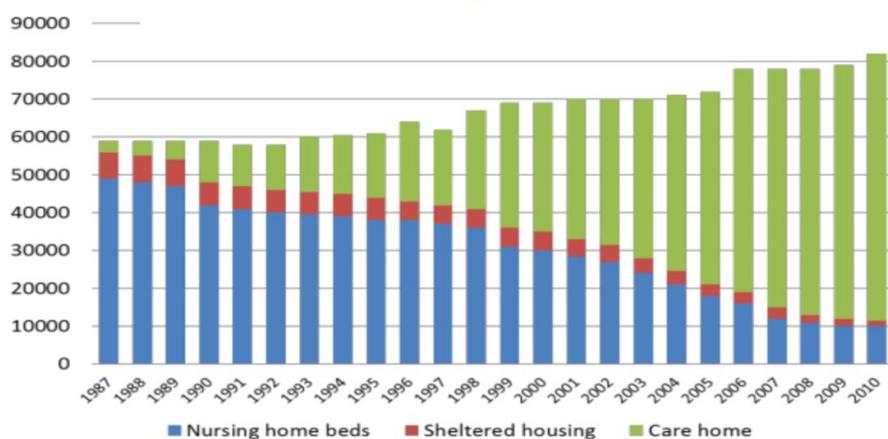
Depuis 1987, le Danemark ne construit plus de maisons de retraite au sens d'habitat protégé type EHPAD. Il reste encore des institutions « sheltered housing » qui sont en train d'être transformées en maisons de retraites adaptées aux normes actuelles. En 2015, environ 4% des personnes âgées de plus de 65 ans vivaient en institutions.

On distingue trois types d'hébergement dont la répartition a évolué rapidement depuis 1987 : les nursing home, les care home et les sheltered housing, la majeure partie des personnes âgées dépendantes hébergées vivent désormais dans des care home. Les *nursing home* sont les maisons de retraites construites après la fin des années 1980 pour remplacer les anciennes institutions type EHPAD. Les *care home* sont des domiciles adaptés.

Depuis la fin des années 1980, la construction de **nouvelles maisons de retraite** est centrée sur l'intégration de ces logements à la communauté locale. Le concept de maison de retraite à la danoise ne correspond pas au référentiel français. **Tous les logements adaptés** pour recevoir des personnes âgées plus ou moins dépendantes sont des **logements sociaux subventionnés par l'Etat** (nursing home et care home). Plus précisément, les associations à but non lucratif (bailleurs sociaux) gérant l'ensemble des logements sociaux au Danemark réservent – en fonction de l'accord passé avec la municipalité – une partie de leurs logements aux personnes âgées. Ainsi **lorsque la personne entre dans le logement adapté à ses besoins, elle dispose d'un bail classique** contracté avec l'association présente dans sa municipalité. L'aide à domicile, les soins infirmiers et les aides techniques nécessaires sont gratuits et mis à disposition par la municipalité.

¹⁰² Ministre des Affaires sociales social-démocrate 1924 – 26, 1932 – 51, décrit comme le créateur de la sécurité sociale suédoise et du « welfare ».

Figure 17 – Nombre de lits par établissement



Source: Danish National Statistics

La maison de retraite danoise est donc un logement social adapté à la dépendance de l'individu. Celle-ci peut se distinguer en deux types (nursing home et care home), en fonction du niveau de perte d'autonomie de l'individu :

- les **care home** sont des logements conçus pour les personnes âgées dépendantes ayant besoin d'aide ainsi que de soins à domicile. Ces logements de 65 m² en moyenne disposent d'une salle de bain et d'une cuisine adaptées aux utilisateurs de fauteuils roulants (voir schéma ci-après). Depuis 2007, il est exigé que les municipalités disposant d'anciens modèles de maisons de retraite (sheltered housing) construisent les care home à proximité. Cela permet à la municipalité de mobiliser les équipes de soins pour qu'elles puissent rendre visite aux moins dépendants vivants à proximité ;
- lorsque la personne âgée est très dépendante – au point d'avoir besoin une aide permanente –, celle-ci est transférée dans un logement offrant des soins supplémentaires (**nursing home**). Ces logements individuels sont concentrés dans un bâtiment abritant également un salon pour les résidents, une grande salle commune avec une cuisine partagée, du personnel disponible pour nettoyer, servir des repas, offrir des soins et de l'aide quotidienne. Il s'agit désormais de regrouper de petits appartements (salon et chambre), très équipés (sols intelligents, rails, lits, toilettes ...) dans lesquels les personnes peuvent maintenir une certaine autonomie et partager des services collectifs (restaurant, salle d'activités physiques) avec l'environnement ; il existe une équipe paramédicale sur place, mais les soins de santé peuvent être assurés par une intervention du centre de santé le plus proche auquel la personne est inscrite.

“ La Maison de retraite du futur ” située à Aalborg

Elle illustre la démarche inclusive du Danemark puisqu'elle est ouverte aux habitants de la ville. Celle-ci dispose d'un restaurant géré par une personnalité locale, d'une salle de fitness ouverte à l'ensemble des seniors de la ville, d'un centre d'aides techniques ouvert aux entreprises ayant des technologies à proposer, et aux personnes âgées de l'extérieur qui souhaiteraient les tester. Ces logements ressemblent de plus en plus à des habitations normales allant de 50 à 60 m², disposant d'une salle de bain avec une kitchenette, pouvant accueillir jusqu'à deux personnes. Cette maison de retraite est équipée des nouvelles technologies afin de garantir une autonomie aux résidents : capteurs au sol, élévateurs, iPad pour que la personne puisse communiquer avec son entourage, disposer de contenus éducatifs, etc.

Un logement de maison de retraite typique



Certains de ces établissements sont adaptés pour des **séjours plus courts** afin de couvrir la période entre la sortie de l'hôpital et le retour à la maison.

Pour prévenir la perte d'autonomie, un nouveau format de logement commence à émerger : des **collocations pour personnes âgées**. Dans ces logements à but non lucratif, privés ou coopératifs, les personnes âgées vivent dans une communauté organisée impliquant des repas, des activités et des loisirs communs. Cela implique une solidarité renforcée lorsque l'une des personnes est malade. Ces logements ne sont pas adaptés pour fournir des soins de longue durée.

Le tableau ci-dessous correspond au reste à charge moyen pour une personne ne disposant pas d'allocation logement. A titre d'exemple, les résidents de la maison de retraite de Skovhuset à Hillrod paient un loyer de 960€ et une contribution aux repas de 450€.

Dépenses mensuelles dans une maison de retraite danoise:

Loyer	750-1150 €
Charges (chauffage, eau, etc.)	150-200 €
Autres consommables	80-90 €
Alimentaire	400-440 €
Total	1380 -1880 €

Source : Healthcare Denmark 2018

Les personnes âgées aux revenus les plus modestes peuvent disposer d'une aide au logement supplémentaire qui aboutit, dans certains cas, à ce que le loyer soit réduit jusqu'à **175€¹⁰³** par mois. Cette variation du prix dépend de la politique de la municipalité.

2.3.4 Aux Pays-Bas

Du fait du système assurantiel, ce qui guide l'orientation vers un établissement, c'est le coût. Il existe différents types de logements pour les personnes âgées dépendantes :

- la plupart des **maisons de soins de courte durée (post-hospitalisation)** disposent actuellement de chambres à un ou deux lits. Le gouvernement a pour politique de ne disposer que de chambres à un lit pour des raisons de confidentialité ;
- parmi les autres innovations, citons l'introduction de **petits lieux de vie** ressemblant à une maison où 6 à 7 personnes vivent ensemble ;
- les **résidences service** offrent des soins et autres services à leurs résidents. Cela comprend un système d'alerte médicale, un gardien, une aide domestique et un bureau de soins à domicile. Le contrat d'habitation, les soins prodigués ainsi que les demandes supplémentaires (télévision par exemple) font l'objet de deux contrats séparés. Il n'existe donc pas de package qui comprendrait un prix d'ensemble ;
- les établissements types EHPAD.

Le financement des établissements repose sur des enveloppes budgétaires calculées en fonction de « paquets de soins » liés à l'intensité des besoins de chaque résident. Ce financement ne couvre pas totalement les coûts, mais nous n'avons pas pu obtenir d'élément concernant le reste à charge.

Exemple d'initiative pour faire face aux coûts de la prise en charge : La Maison de retraite Humanitas offre un logement pour des étudiants type Erasmus contre 20 heures de bénévolat par semaine¹⁰⁴.

2.3.5 En Belgique, une offre relativement similaire à celle de la France, des restes à charge variables selon les régions

En Belgique, il existe trois types d'établissements à destination des personnes âgées plus ou moins dépendantes.

- Les résidences-services

Une résidence-services permet aux personnes âgées de vivre de manière indépendante tout en bénéficiant des aides nécessaires. Les personnes de plus de 65 ans, qui sont encore capables de mener une vie indépendante, ne se voient ainsi pas obligées d'aller en maison de repos. Les résidences-services sont aménagées sur mesure pour les personnes âgées. Des équipements collectifs sont mis à leur disposition (aide à la préparation des repas, à l'entretien ...). Des soins à domicile sont également disponibles.

¹⁰³ Source : Healthcare Denmark 2018

¹⁰⁴ Plus d'informations : <https://www.citylab.com/equity/2015/10/the-nursing-home-thats-also-a-dorm/408424/>

- **Les Maisons de Repos pour Personnes Agees (MRPA)**

Auparavant, une maison de repos était essentiellement une institution où une personne âgée pouvait séjourner en permanence en tant que résident. Actuellement, elle comprend souvent différentes formes de soins et d'emplois : outre les chambres de maisons de repos classiques, une maison de repos dispose également souvent d'un centre de court séjour et/ou d'un centre de soins de jours (CSJ), ouvert à différents publics. Ces maisons de repos offrent un accueil permanent pour les personnes âgées de 65 ans et plus qui ne peuvent plus vivre chez elle car les soins et autres alternatives à domicile ne fonctionnent plus. Certaines maisons de repos offrent une aide spécialisée dans la prise en charge des lésions cérébrales non-congénitales. La tarification s'effectue à la journée et ne comprend pas les frais de services de soins personnels comme le coiffeur. Ces maisons sont l'équivalent de nos EHPAD.

- **Les Maisons de Repos et de Soins (MRS)**

Ces maisons de repos sont des lieux spécifiques pour les personnes âgées nécessitant des soins lourds. Ces lits sont prévus pour des personnes âgées lourdement dépendantes, qui bénéficient de soins intensifs et doivent satisfaire à des normes plus strictes. On peut les mettre sur le même plan que nos Unités de soins de longue durée.

Les deux types de maisons de repos offrent un accueil permanent, un soutien aux résidents ainsi que des soins plus ou moins lourds. Ils sont des centres de ressources pour l'ensemble des personnes âgées du secteur, ainsi qu'un lieu de coordination des acteurs du territoire. Les infirmières de ces centres sont appelées à évaluer la perte d'autonomie des personnes âgées souhaitant bénéficier d'une prise en charge en établissement.

Les soins et l'assistance dans les actes de la vie journalière, dans ces établissements, sont pris en charge par la sécurité sociale, les modalités de financement sont forfaitaires et font l'objet d'une convention nationale passée avec les mutualités¹⁰⁵. La convention encourage le recrutement de personnels diplômés ou qualifiés en gériatrie et en soins palliatifs en majorant les budgets (4 500€ ou 1 500€ annuels par personne selon les qualifications attestées). Pour analyser **le reste à charge**, il est donc nécessaire de faire la distinction entre les frais d'hébergement et les coûts des soins (pris en charge par les assureurs). Les frais d'hébergement quotidiens sont fixés indépendamment par chaque établissement de soins pour bénéficiaires internes. Une récente étude (tableau ci-après) montre que les coûts diffèrent d'une région à l'autre (la Flandre étant plus chère que Bruxelles et surtout que la Wallonie) et selon le type de chambre (les chambres simples coûtent 19% de plus que les chambres doubles). Le reste à charge moyen variait en 2015 entre 40 et 50€ par jour, **soit 1200 à 1500€ par mois**.

¹⁰⁵ Pour voir à quelle hauteur ces frais sont pris en charge par la sécurité sociale : <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/maisons-repos/Pages/paiement-mrpa-mrs-csj.aspx>

Table 6 User payments per day by regio, from various sources (updated to 2015)

	Brussels	Flanders	Wallonia
Average daily price (1)	42.83	49.81	39.28
Low price without supplements (2)	35.13	43.81	34.15
Low price including supplements (2)	39.45	46.84	36.42
Median price without supplements (2)	44.16	51.40	41.75
Median price including supplements (2)	49.24	55.27	45.24
Average daily price (3)		50.89	
Price per day for one-person room specific for persons with dementia (4)		52.20	

Notes: Low price refers to 10th percentile of distribution of prices

Sources:

(1) Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie (z.j.), Sectorstudie rusthuizen

(2) Laasman, J.-M., Maron, L., Van den Heede, A., Van Duynslaeger, M., Vervoort, K. and Vrancken, J. (2016), Maison de repos: à quel prix? Solidarité, Direction Etudes, Mars 2016. <http://www.solidaris.be/Charleroi-Centre-Soignies/Pages/maison-de-repos-a-quel-prix.aspx>

(3) Belfius, De rusthuissector als macro-gegeven in Vlaanderen, mei 2015, https://www.belfius.be/publicsocial/NL/Media/studie%20woonzorgcentra_tcm_31-102568.pdf, downloaded 25-09-2015

(4) VZW Kempenerf, <http://www.wzckempenerf.be/2013-09-16-13-35-29/prijzen-kem>, read on 25-09-2015

2.3.6 En Allemagne, une volonté de développement de l’habitat partagé et alternatif

On recense en 2015 13 596 établissements de soins en Allemagne. 928 939 places sont disponibles, dont 866 300 en hébergement à temps plein¹⁰⁶. 673 424 personnes âgées de 65 ans et plus vivent en établissement en 2017¹⁰⁷, soit 3,8 % de la population âgée de 65 ans et plus¹⁰⁸. Les prestations en établissement pour la dépendance (Vollstationäre Pflege) s’élèvent respectivement à 125 €, 770€, 1262€, 1775€ et 2005 € pour les niveaux de 1 à 5 de perte d’autonomie (respectivement 129, 796, 1305, 1835 et 2073€ PPA).

Les réflexions sur le développement d’habitats alternatifs sont nombreuses. Ils concernent aujourd’hui 2% des individus âgés de 65 ans et plus¹⁰⁹.

Un nouveau concept d’habitat partagé (accompagné) se développe¹¹⁰ (**Ambulant Betreute Wohngemeinschaften**)¹¹¹. Il consiste en un appartement ou une maison, loué à plusieurs par un groupe de bénéficiaires (ou managé par un extérieur), souvent des personnes avec des troubles cognitifs, qui partagent des espaces communs et reçoivent des services d’un fournisseur externe.

Les **logements partagés** se sont développés à la fin des années 1980 et dans les années 1990 sous la forme d’un système auto-organisé. Depuis, les habitats partagés sont reconnus par les lois fédérales et la loi de 2012 ("Pflege-Neuausrichtungsgesetz") a introduit des subventions spécifiques à leur développement. Les lois distinguent en général les habitats

¹⁰⁶ Questionnaire Conseiller Sociaux.

¹⁰⁷ Questionnaire Conseiller Sociaux

¹⁰⁸ On indiquait 4,1% dans la figure 5. La différence proviendrait de l’inclusion dans cette mesure des bénéficiaires de l’assurance-privée.

¹⁰⁹ Synthesis report, Peer review on “Germany’s latest reforms of the long-term care system”, Berlin, Germany, 11-12 January 2018,

¹¹⁰ Doetter et Rothgang, 2017, « The German LTC policy landscape », CEQUA LTC Network, Country Report

¹¹¹ Doetter et Rothgang, 2017, indiquent que des concepts similaires existent dans d’autres pays dont les ‘small-scale living’ in the Netherlands, ‘Cantou’ in France, or ‘Green House’ and ‘Woodside Place’ models in the US and Canada (Verbeek, van Rossum, Zwakhalen, Kempen, & Hamers, 2009).

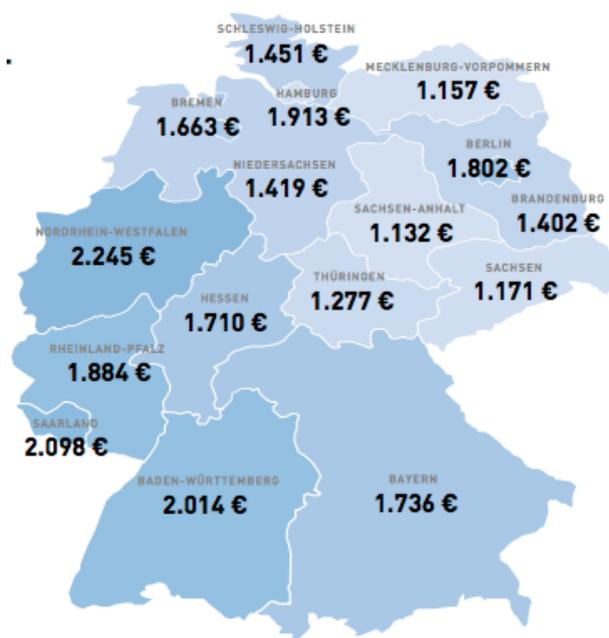
partagés auto-administrés (*'selbstverantwortete Wohngemeinschaften'*) de ceux organisés avec un manager (*'anbieterverantwortete Wohngemeinschaften'*). Ces derniers sont considérés comme une approche prometteuse entre la prise en charge traditionnelle à domicile et en établissement.

Le nombre de ces habitats partagés a augmenté d'environ 143¹¹² (y compris les groupes pour handicapés personnes) en 2003 à 3 121 en 2015, selon les estimations (Fischer, Worch, Nordheim, Wulff, Pannasch, Meyer, Kuhlmeier, & Wolf-Ostermann, 2011 ; Schuhmacher, 2016). En supposant une taille moyenne de 8-9 placements par groupe, cela représente entre 25.000 et 28 000 places.

Reste-à-charge¹¹³

Actuellement, le coût mensuel moyen d'une place en EHPAD s'élève à 3 268 € en Allemagne. Le reste-à-charge moyen s'élève à 1 739 € (1798€ PPA) avec d'importantes différences régionales comme l'illustre la carte ci-dessous :

Figure 18 - Montant moyen du RAC par Land en novembre 2017



Source : « Private Pflegezusatzversicherung », PKV.

Recours à l'aide sociale pour les personnes en établissement et obligation alimentaire

En Allemagne, une personne ne pouvant financer¹¹⁴ ses frais d'hébergements et/ou de nourriture en établissement de soins peut, sous certaines conditions, bénéficier de **l'aide sociale (Hilfe zur Pflege)**. Cette aide peut s'élever jusqu'à 901€ (931€ PPA) par mois en fonction du degré de dépendance et à condition que les enfants ne puissent financer le reste

¹¹² Doetter et Rothgang, 2017, op. cité

¹¹³ L'ensemble de cette partie sur le reste-à-charge et le recours à l'aide sociale pour les personnes en établissement a été fourni par le Conseiller Social à Berlin.

¹¹⁴ Il reste à éclaircir les ressources à mobiliser avant de demander l'aide sociale.

à charge. Dans ce barème, les parents peuvent être conduits à mobiliser leur patrimoine ce qui peut les faire sortir de l'état de besoin.

Pour apprécier la capacité qu'ont les enfants à contribuer à l'entretien de leurs parents, les communes se réfèrent au barème établi par la cour d'appel de Düsseldorf et mis à jour environ tous les deux ans, et que les autres tribunaux appliquent. Depuis le 1er janvier 2008, ce barème, qui prend en compte tous les revenus, quelle que soit leur origine, prévoit que le débiteur :

- a le droit de déduire de son revenu imposable total certaines dépenses obligatoires (épargne retraite, amortissement des emprunts immobiliers notamment) ;
- conserve 1 800 € par mois, cette somme étant augmentée de 1 440 € pour le conjoint¹¹⁵ ;
- et garde, au-delà du minimum la moitié de la différence entre son revenu (diminué des dépenses obligatoires) et ce minimum.

Toutefois, l'obligation peut être remise en cause en cas de faute grave du parent contre son enfant (cas très exceptionnels¹¹⁶).

Enfin, il existe également une **aide au logement** pour les personnes dépendantes (*Pflegewohngeld*)¹¹⁷ dans trois *Länder* (Mecklenburg-Poméranie-Occidentale, Rhénanie-du-Nord-Westphalie, Schleswig-Holstein).

En 2016, 439 617 personnes dépendantes en Allemagne ont bénéficié de l'aide sociale « *Hilfe zur Pflege* ». En 2017, cette aide a représenté un coût de 3,94 Mrds €.

Enfin, ces aides sociales étant majoritairement financées par les communes, la hausse du RAC et du nombre de personnes dépendantes aura comme conséquence une augmentation de leurs dépenses.

Un enjeu de financement entre l'Etat fédéral et les communes / les *Länder* se joue donc actuellement en Allemagne.

Il n'existe pas de récupération sur succession en Allemagne.

2.3.7 En Espagne, un faible recours à l'institution et un développement soutenu de l'accueil de jour

On dénombre fin octobre 2018, **162 885 bénéficiaires** de la prestation en établissement. La part de 65 ans et plus en perte d'autonomie en institution est ainsi plutôt faible, égale à 1,9% de la population des 65 ans et plus.

En Espagne, on dénombre 381.333 places en résidences pour personnes âgées (Centros Residenciales) , réparties dans 5 973 centres¹¹⁸. On dénombre 301 765 usagers. Cette offre a

¹¹⁵ et d'un montant variable pour chaque enfant à charge (en 2008 entre 204 et 670 € selon l'âge des enfants et les revenus des parents, Sénat (2008))

¹¹⁶ Une absence de contacts entre le parent et l'enfant durant plusieurs années ou un parent qui a choisi de déshériter son enfant ne constitue pas toujours un cas exceptionnel selon la jurisprudence allemande.

¹¹⁷ Le *Pflegewohngeld* a été abrogé dans trois autres *Länder* : Sarre, Basse-Saxe et Hambourg.

fortement cru depuis 2001, date à laquelle on recensait 239 761 places réparties dans 4800 établissements.. Selon l'IMSERSO, 53 % des personnes résidant en établissement sont en situation de perte d'autonomie.

Selon l'IMSERSO, les **résidences d'accueil de personnes âgées en situation de dépendance** sont des centres ouverts de gérontologie, de développement personnel et de soins socio-sanitaires interprofessionnels intégrés dans un plan d'intervention générale. C'est un lieu dans lequel ces personnes vivent soit de façon permanente, soit de façon temporaire (séjours de convalescence ; vacances, week-ends, congés maladies ou périodes de repos des aidants non professionnels). Y ont accès les personnes âgées avec un certain degré de dépendance.

En plus de ces résidences, il existe **deux autres modèles d'hébergement** pour personnes âgées en perte d'autonomie qui offrent des services socio-sanitaires supplémentaires s'adressant à ceux ayant besoin de plus d'attention et de soins :

- les centres socio-sanitaires, avec des services de santé spécifiques, et
- les centres psycho-gériatriques, destinés à couvrir les besoins particuliers des personnes souffrant de troubles psycho-gériatriques (par exemple Alzheimer) et requérant une plus grande attention.

Il en existe environ 90 en Espagne selon l'IMSERSO. Il n'est pas forcément évident de distinguer ce type d'hébergement des résidences, car beaucoup d'entre elles possèdent des unités de psychogériatrie.

La grille d'évaluation de la perte d'autonomie est la même que celle à domicile.

La logique d'utilisation des résidences pour personnes en perte d'autonomie se caractérise par le caractère urgent et critique du placement. Les proches ne peuvent plus faire face à la perte d'autonomie de la personne et préfèrent donc la placer dans un centre où elle sera prise en charge complètement. Certains centres proposent des formules de pension ou de demi-pension en semaine, afin que la personne puisse retourner en partie chez elle ou chez ses proches, et n'ait pas à vivre le placement comme un abandon ou une rupture radicale avec sa vie quotidienne (lieux de vie, relations sociales et familiales...). Le temps partagé œuvre comme une relève de l'aide familiale.

Eligibilité à la prestation

Le traitement des demandes et l'attribution des places dans les centres d'hébergement pour personnes âgées ne se font pas de la même façon selon les législations des communautés autonomes. Ce n'est pas le niveau de ressources qui prime dans l'attribution d'une place en résidence mais d'abord le niveau de dépendance de l'individu. Il n'y a pas de conditions de ressources pour les placements en centres gériatriques.

Participation financière

A priori, les individus financent les frais de résidence à partir de leurs ressources, définies comme s'ils étaient à domicile, desquelles sont soustraites 19% de l'IPREM (soit environ 100€) au titre des dépenses personnelles.

La participation financière ne peut excéder 90% du coût. Cette participation financière est néanmoins variable selon les régions.

¹¹⁸ IMSERSO, 2017, INFORME 2016. Las Personas Mayores en España.

Obligation alimentaire et récupération sur succession

D'après le Sénat (2008), « Le code civil impose aux enfants une obligation alimentaire à l'égard de leurs parents et de leurs autres ascendants, mais la Constitution affirme le caractère complémentaire de la solidarité familiale par rapport à la solidarité collective. Comme l'aide sociale relève de la compétence des communautés autonomes, ce principe est diversement appliqué. Le recours à l'obligation alimentaire et les modalités de sa mise en œuvre varient ainsi selon les régions.

Une autre pratique permettant de financer les frais d'établissement semble utilisée. Il s'agit de la **reconnaissance de dette** aux termes de laquelle, au décès de l'intéressé, l'établissement récupère sur l'héritage les sommes qui lui sont dues.

2.3.8 En Italie, un faible recours à l'institution

En Italie il existe divers types de structures spécialisées pour la prise en charge des personnes non autonomes :

- les **centres de jour intégrés** (*CDI- Centro Diurno Integrato*), qui offrent une assistance pendant 6 à 8 heures par jour, avec l'objectif de consentir aux personnes âgées de ne pas perdre totalement leur autonomie ;
- les **résidences sanitaires d'assistance** (*RSA - Residenze Sanitarie Assistenziali*), qui accueillent des personnes dépendantes, qui ne peuvent pas recevoir une assistance à leur domicile ;
- les **appartements protégés** (*Appartamenti protetti*), qui sont des unités domiciliaires protégées à l'intérieur de bâtiments comportant des services pour les personnes en perte d'autonomie ;
- les **maisons de retraite** (*case di riposo*) pour les personnes âgées, partiellement autonomes.

En 2015, **218 620 personnes de 65 ans et plus** (ayant besoin de soutien pour leur perte d'autonomie) vivaient en établissement, soit 1,6% de la population âgée de 65 ans et plus (tableau 7). 56% ont plus de 85 ans. Si on considère l'ensemble des personnes de 65 ans et plus en institution, y compris celles autonomes, la part atteint 2,2%.

Tableau 16 - Répartition par âge des personnes de 65 ans et plus en établissement

Groupe d'âge	Nb de prises en charge pour perte d'autonomie	Nb de personnes âgées autonomes
65-74	23 456	10 838
75-79	27 287	10 954
80-84	46 512	16 479
85 et plus	121 365	30 794
Ensemble	218 620	69065

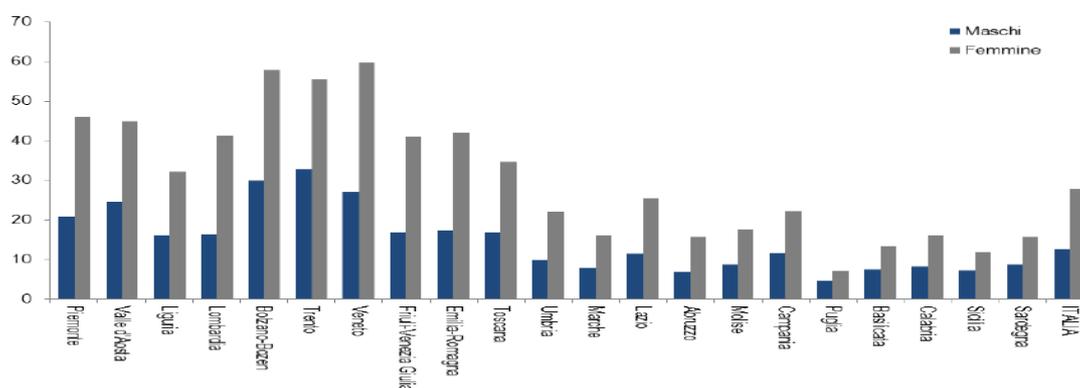
Source : ISTAT, *Guests of social and health care residential facilities*.

Les données de l'ISTAT révèlent une baisse progressive du nombre de personnes âgées accueillies dans les structures RSA et les maisons de retraite (-7,4%). Cette baisse peut s'expliquer par les effets de la crise économique, la réduction de l'offre d'hébergements, causée par une réduction des montants accordés au fonds pour les politiques sociales et la plus grande préférence des familles pour l'assistance à domicile, en raison de frais

d'hébergement trop élevés. Cependant, pour les plus de 85 ans, la demande d'accueil en hébergement spécialisé demeure stable.

Les résidences sanitaires d'assistance (*residenze sanitarie assistenziali*), les appartements protégés et les maisons de retraite relèvent dans 28% des cas du secteur public, 48% du secteur non lucratif et 24% du secteur lucratif. Seulement dans 14% des cas, la gestion de ce type de structures relève directement des administrations locales ; pour les 15% restant la gestion des RSA est dans les mains de coopératives sociales et d'organisations religieuses. La part des personnes âgées en établissement varie entre les différentes régions (figure 19).

Figure 19 – Résidents en établissement en 2013, par sexe et région, pour 1000 personnes de 65 ans et plus



Source : I Presidi Residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, Statistiche Report, Istat, 17 décembre 2015.

Le recours aux **centres de jours intégrés** a connu une hausse au cours de ces dernières années. Aujourd'hui, 4,6% des personnes âgées en profitent¹¹⁹.

Un peu moins de la moitié des structures (43%) présente une capacité d'accueil inférieure à 50 places. La majorité des établissements a plus de 50 places, mais seulement 17% offrent plus de 100 lits. Seulement 10% des structures disposent de moins de 20 places¹²⁰.

La même grille d'évaluation est utilisée à domicile et en établissement. Dans les établissements, on utilise également un **plan d'assistance personnalisé** (*piano assistenziale individuale* - PAI) rédigé par de nombreux professionnels (médecin généraliste, assistant socio-sanitaire, logopédiste, infirmières, etc.) afin de définir les exigences spécifiques de chaque patient et en évaluer les progrès.

Reste à charge

Les soins médicaux sont fournis et payés par le Service Sanitaire National (SSN). En ce qui concerne les « frais d'hébergement » (frais de nourriture, de laverie etc...) qui restent à charge des patients, ils sont définis librement par chaque établissement. Ils doivent être payés par le résident, en fonction de ses revenus. Ces frais peuvent être financés par les administrations locales quand le sujet en perte d'autonomie ne possède pas de ressources

¹¹⁹ Questionnaire Conseiller Sociaux. D'après F. Pesaresi (2018), Manuale del centro diurno, Maggioli Editore, les données sur les centres de jours sont difficiles à obtenir car non centralisées et peu fréquentes. Il indique qu'environ 19 000 places seraient disponibles pour 28 000 usagers, soit environ 2.1% de la population des 65 ans et plus couverte.

¹²⁰ Questionnaire Conseiller Sociaux

suffisantes. Il n'y a pas de données agrégées permettant de définir un montant moyen des dépenses restant à charge.

La participation financière des résidents devrait en principe être définie par chaque région (Art. 8, Law 328/2000) en cohérence avec les critères du Plan National (sur le principe d'une condition de ressources basée sur l'ISEE)¹²¹. En pratique, néanmoins, peu de régions ont défini ces critères et les municipalités ont une grande marge de manœuvre pour la définition de la participation financière.

Il existe des valeurs limites pour bénéficier des prestations. Ces plafonds peuvent varier selon les régions : par exemple, pour la région Latium, les revenus ne peuvent pas dépasser 20 000 euros (22 269€ PPA).

Obligation alimentaire¹²² et récupération sur succession

Le code civil impose aux enfants une obligation alimentaire à l'égard de leurs parents. Toutefois, conformément à l'article 38 de la Constitution, selon lequel « tout citoyen incapable de travailler et dépourvu de moyens d'existence a droit à la subsistance et à l'assistance sociale », le législateur fait dépendre la contribution financière des personnes âgées hébergées en maison de retraite uniquement du montant de leurs ressources personnelles et, le cas échéant, de celles des membres de leur foyer. La situation des débiteurs alimentaires n'est donc en principe pas prise en compte. En pratique, il semble que le recours à la famille diffère selon les collectivités territoriales, qui gèrent les services sociaux.

Dans son rapport en 2008, le Sénat¹²³ indique qu'« en 2004, la Cour de cassation a explicitement pris position sur ce sujet, affirmant que, à partir de la fin de l'année 2000, « les collectivités ne peuvent pas se prévaloir des dispositions du code civil et réclamer des contributions financières aux membres de la famille qui ne cohabitent pas avec les personnes bénéficiant des prestations d'assistance ». Mais malgré cette décision de la Cour de cassation, il arrive que des collectivités réclament aux débiteurs alimentaires le paiement de contributions financières, et les tribunaux n'appliquent pas tous la jurisprudence de la Cour de cassation.

Il est donc difficile à ce stade d'avoir une vision claire de la mise en œuvre de l'obligation alimentaire en Italie et des modalités de cette mise en œuvre.

Il semble cependant que selon certains arrêts récents, les enfants et petits-enfants de personnes dépendantes âgées de plus de 65 ans et séjournant en établissement ne sont plus tenus de régler les frais et que seule la situation économique de la personne qui vit dans cet établissement doit être prise en compte

Fiscalité

Les personnes en perte d'autonomie bénéficient des mêmes réductions d'impôt que les personnes qui demeurent chez elle : à savoir l'abattement de 19% des frais de soins médicaux certifiés (art. 15, comma 1, lett. c, del DPR 917/1986). Les enfants ou proches

¹²¹ F. Tediosi, S. Gabriele, 2010, "The long-term care system for the elderly in Italy", ENEPRI Research Report, n° 80. Policy Research Institutes

¹²² Informations issues de Sénat, 2008, L'obligation alimentaire envers les ascendants – Les documents de travail du Sénat - Série Législation Comparée

¹²³ Sénat, 2008, op. cité.

parents peuvent également bénéficier de cet abattement si la personne en perte d'autonomie est à leur charge.

2.3.9 Au Japon : un déficit de places en maisons de retraite médicalisées

Il existe trois **types d'établissements** d'hébergement médicalisé relevant de l'assurance soins de longue durée :

- les Maisons de retraite médicalisées ;
- les centres de santé publique vieillesse ;
- les unités de soins médicaux de longue durée.

La gestion de ces établissements est réservée au secteur public ou privé non lucratif.

Le Japon fait face à un manque chronique de places en hébergement et à une **insuffisance du parc de maisons de retraite** : selon une enquête effectuée en 2013 par le Ministère de la santé, du travail et des affaires sociales¹²⁴, on comptait, en 2013, 7800 établissements et 516 000 personnes hébergées. Les files d'attente sont importantes, puisque la même année il y avait 524 000 demandes en instance. Ce qui signifie qu'une personne sur deux seulement trouve une solution d'hébergement. La situation est d'autant plus critique que le Japon devra faire face à l'arrivée à 75 ans de la génération des baby-boomers en 2025. Sur le plan financier, la prise en charge en établissement est évaluée à 7620 yens/jour (59€ PPA), contre 3 880 yens (30€ PPA) pour une personne classée au niveau 3 dans la grille de dépendance et vivant à son domicile. Ce décalage représente une lourde charge pour les collectivités locales en charge de mettre en œuvre leur programme de soins de longue durée.

Plusieurs mesures ont été mises en place :

- dès 1999, le gouvernement avait fixé un **quota par communes** afin d'accueillir en institution environ 3,2% des plus de 65 ans ; le taux est aujourd'hui de 3% à l'échelle nationale ;
- pour limiter le recours à l'hébergement en institution, la réforme de 2005 a mis les frais de repas et d'hébergement à la charge de la personne, tout en prévoyant des allègements pour les faibles revenus ;
- la réforme de 2014 a poussé plus loin le concept de « *Chiiki houkatsu kea shisutemu* », autrement dit un système de soutien (care) intégré dans la communauté proche ; l'accueil en maison de retraite a ainsi été limité aux personnes de niveau 3 à 5.

De ce fait, on assiste au développement de **résidences-services**, encouragé par le Ministère de l'Economie, du Commerce et de l'Industrie. Leur nombre est en expansion et elles relèvent du secteur commercial ; dans ces résidences, les frais de logement, de repas et les frais divers de la vie quotidienne sont à la charge des résidents tandis que les frais de « care » sont à la charge de l'assurance de soins de longue durée (SLD).

Le **reste à charge** pour les personnes hébergées dans ces établissements est élevé : 131 615 yens (1019€ PPA) par mois – à comparer avec le revenu mensuel moyen par foyer des personnes âgées vivant seules qui est de 115 179 yens (892€ PPA)¹²⁵.

¹²⁴ Miyako Nakamura Fujimori – Allongement de la vie p.312

¹²⁵ idem

2.4 RESSOURCES HUMAINES : QUELS ACTEURS POUR LA MISE EN ŒUVRE ? MANQUE DE PROFESSIONNELS ET RECOURS AUX AIDANTS

On assiste à une généralisation de la liberté de choix entre les acteurs publics et privés. Dans les pays nordiques, ce fut sous l'impulsion des gouvernements libéraux : 2002 au Danemark, 2009 en Suède et les réformes en cours en Finlande vont aussi dans ce sens. En **Suède**, la part des acteurs privés représente 18% du marché des services à domicile, mais cela dépend beaucoup du choix des communes.

Au Québec : à côté des services proposés par les centres communautaires (CLSC), on trouve des entreprises de l'économie sociale (101 entreprises d'économie sociale agréées en aide domestique), mais aussi de nombreux organismes communautaires (3 591 organismes communautaires couvrant toutes sorte d'activités)

Au Japon : ce sont pour l'essentiel des sociétés privées qui assurent les services dans un cadre réglementaire très contraint puisque les tarifs sont les mêmes pour tous et révisés tous les 3 ans.

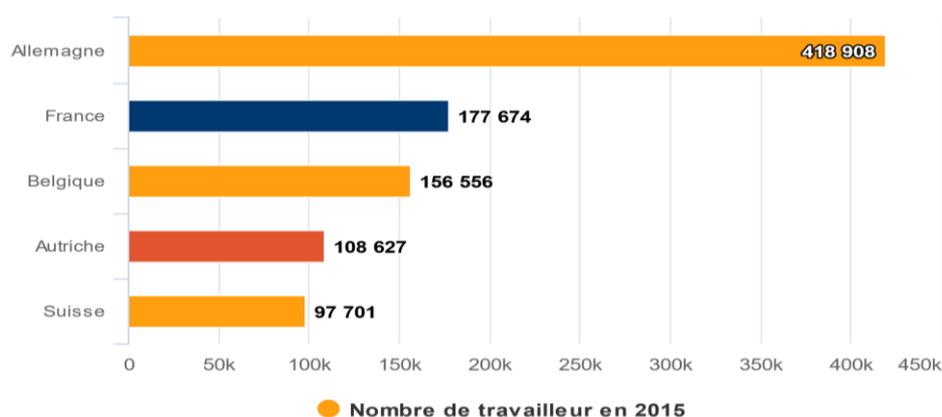
Nous proposons d'aborder la question des professionnels quel que soit le statut des organismes qui délivrent les prestations, même si des exemples récents (comme en Finlande par exemple) remettent à l'agenda la question de la maîtrise de la qualité en cas de délégation de service au secteur marchand. Plusieurs exemples et initiatives seront mis en évidence dans cette partie.

2.4.1 Les professionnels

Presque tous les pays sont confrontés à des problèmes de main d'oeuvre dans le secteur des soins à domicile, mais les critiques se concentrent sur les ressources en personnel des établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (taux d'encadrement) et les problèmes de qualité, voire de maltraitance qui en découlent. On verra que la problématique de l'attractivité de ce secteur est largement partagée, avec la recherche de meilleures conditions de travail, de nouveaux métiers et que le recours à une main d'oeuvre d'origine étrangère est une des réponses adoptées dans un certain nombre de pays.

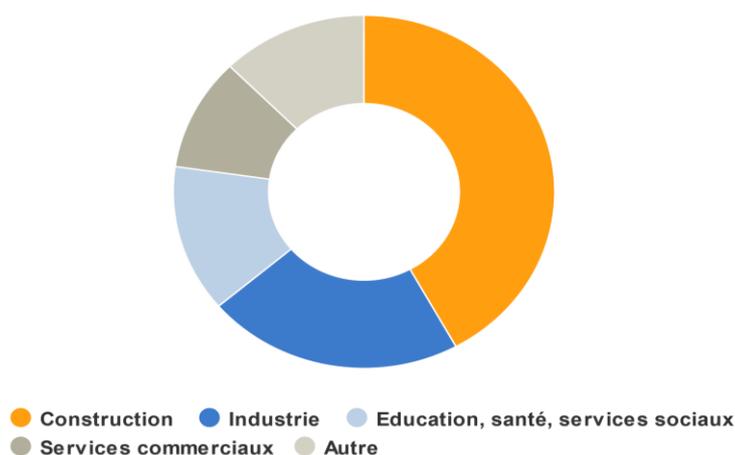
Le secteur de la santé, de l'enseignement et des services sociaux représentait **14% des travailleurs détachés** en 2015, le BTP restant dominant (42%) en terme de secteur d'activité. L'Allemagne est largement en tête des pays accueillant des travailleurs détachés avec 418 908 travailleurs engagés sous ce statut, devant la France (177 674), la Belgique et l'Autriche.

**Figure 20 – La France, deuxième pays d'accueil après l'Allemagne.
Nombre de salariés détachés en 2015**



Source : Commission européenne.

Figure 21 – Le BTP reste champion du travail détaché en Europe



Source : Eurostat.

* * *

En Suède, deux types de personnel dispensent des soins spécialisés à domicile :

- le personnel qui fournit des soins de santé (médecin, infirmière, aide-soignante, kinésithérapeute, diététicienne)
- le personnel qui s'occupe de l'hygiène personnelle quotidienne et de la nutrition.

Le patient a un médecin généraliste de référence qui est en lien avec les spécialistes en cas de besoins (neurologue, oncologue, etc). Le nombre d'auxiliaires de vie et d'aides-soignants dans les soins à domicile est particulièrement important par rapport au nombre d'infirmières. Il n'existe pas d'exigences de **qualification** pour les travailleurs de soins de longue durée (auxiliaires de vie), ni de normes nationales pour les qualifications du personnel. Il appartient à l'employeur d'établir les compétences requises pour le poste et à la municipalité d'établir un programme **de formation**. Néanmoins, le Conseil National des Affaires Sociales et de la Santé (sorte de Haut Conseil des pouvoirs publics, mais doté de

pouvoirs et de moyens d'action importants) a publié un avis général sur les tâches qui devraient être exercées en tant qu'aide-soignante et auxiliaire de vie.

Le salaire mensuel moyen pour les **aides-soignantes** est d'environ **2375 € en PPA bruts**¹²⁶, le salaire mensuel moyen des **auxiliaires de vie** d'environ **2 200 – 2300 €** et des **infirmières** . **3355 € PPA brut** . Dans tous les cas, les salaires sont bien évidemment très dépendants de la formation et du nombre d'années d'expérience de la personne.

Les conditions de recrutement restent difficiles du fait des niveaux de salaires et des conditions de travail. On constate, parmi les personnels de soins de longue durée, de nombreux contrats temporaires (pour compenser l'absentéisme) et une surreprésentation de personnes étrangères en grande partie non qualifiées (nouveaux arrivants issus de l'immigration). C'est pourquoi plusieurs initiatives gouvernementales ont été prises pour assurer la qualification des auxiliaires de vie mais aussi des soignants et des responsables d'établissements :

- en 2011, le projet **Omvårdnadslyftet**, initiative de **formation sur quatre ans, visant à élever les compétences du personnel de soins de longue durée** a été initié. Ce projet s'adresse aux personnels qui n'ont pas le niveau d'éducation initiale pour répondre aux demandes de compétences plus spécialisées. Les communes peuvent demander une subvention de l'État pour obtenir des formations qui correspondent à un niveau secondaire supérieur. Le Conseil National des Affaires Sociales et de Santé a fixé les critères du contenu de la formation ;
- en 2012, le gouvernement a formulé des recommandations sur les **qualifications du personnel pour les soins aux personnes âgées** (équivalent à un programme de **formation de soins de santé de troisième cycle de trois ans**) et pour des tâches spécialisées telles que la prise en charge de la démence, les soins palliatifs, la santé mentale, la nutrition et la réadaptation ;
- il finance une **formation au niveau universitaire pour les administrateurs** travaillant dans les soins aux personnes âgées. La formation dure **deux ans**.

Le gouvernement a décidé de nommer récemment une **commission d'enquête** pour examiner la situation professionnelle des emplois d'aides à la personne. L'idée est de passer en revue les conditions de travail et les compétences requises, pour exercer la profession d'aide à la personne, afin de déterminer s'il est nécessaire d'améliorer les formations existantes, ou d'en développer de nouvelles. La mission soumettra son rapport le 15 janvier 2020. En Suède, plus de 70 000 personnes exercent cette profession. Les aides à la personne constituent le 11ème plus grand groupe professionnel du pays, constitué en majorité de femmes (76%).

En matière d'amélioration des conditions de travail, il faut signaler l'expérimentation conduite dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées de la ville de Göteborg et ramenant **la journée de travail à 6h par jour pour les aides-soignantes**. Elle s'est avérée positive de part l'impact sur la diminution de l'absentéisme et surtout sur le climat et la sérénité de l'établissement. Elle ne devrait pas être reconduite malheureusement pour des raisons financières.

¹²⁶ Il faut déduire environ 30% pour le net (prélèvement à la source des impôts)- source VINNOVA 2019

* * *

Au **Danemark**, de nombreuses initiatives concernent aussi l'amélioration des conditions de travail en EHPAD. L'objectif en matière de **taux d'encadrement** est d'un agent temps plein pour un résident : par exemple l'EHPAD de Skovhuset emploie 150 personnes pour 104 résidents, beaucoup d'agents sont à temps partiel (entre 28-37 heures par semaine). Les équipes peuvent compter jusqu'à 17 profils différents, mais les personnels disposent d'une grande autonomie par rapport à leur champ d'intervention et ce qui compte c'est la bonne réponse au bon moment aux besoins de la personne.

L'accent est également mis sur l'équipement des locaux, les aides techniques et l'apport des nouvelles technologies pour **soulager le travail** auprès des personnes âgées : rails au plafond, lève-malades, lits adaptés, draps de retournement, toilettes à la japonaise, sièges de douche, plancher sensibles détectant les chutes, etc.

La question des **violences**, dont seraient victimes 34% des aides-soignants et 16% des infirmières, est également prise en compte avec la formation des personnels à des méthodes psychologiques particulières :

- méthode Marte Meo qui vise à développer et à fortifier, d'une façon pratique et positive, les ressources propres des usagers dans leur vie quotidienne ;
- méthode Durewall - méthode suédoise de gestion de conflits douce mettant la personne au centre, reconnue au niveau national, utilisée partout en Scandinavie. La formation des instructeurs se déroule sur 10 jours : ils forment ensuite leurs collègues (cours de 2-4 heures).

Il s'agit de sécuriser le personnel tout en répondant à l'exigence du gouvernement de réduire l'utilisation de médicaments antipsychotiques.

Enfin, les établissements peuvent s'appuyer sur le conseiller de santé et de sécurité au travail recruté par la municipalité et les groupes locaux de santé et sécurité au travail (groupe commun pour les EHPAD et le service de maintien à domicile)

Chaque établissement est tenu à sa propre évaluation du lieu de travail, à une mesure de satisfaction tous les trois ans, à une discussion annuelle de la Qualité de vie au travail (QVT) et à la planification d'initiatives préventives (plans d'action).

* * *

En **Allemagne**, pays confronté à un vieillissement démographique accéléré, la situation des établissements d'hébergement pour personnes âgées fait l'objet de vifs débats. La situation tendue dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées fait ainsi l'objet d'une couverture médiatique permanente et les articles de presse sont quotidiens. De nombreux rapports, études et évaluations, venant de commissions parlementaires, d'acteurs du secteur, d'instituts économiques ou de syndicats pointent le manque de personnel et les conditions de travail dégradées qui en découlent dans les établissements. De nombreux soignants sont en CDD et le niveau de turn-over est élevé. Le niveau bas des salaires est également critiqué, ils sont inférieurs de 30% à l'Ouest de l'Allemagne et de 20% à l'Est, à la moyenne des métiers du soin (moyenne brute 2013 pour les soignants : 2550 € à l'Ouest et 1950 € à l'Est ; pour les aides-soignants : 1850 € à l'Ouest et 1500 € à l'Est).

Le **manque de personnel** concerne principalement les infirmiers et les soignants spécialisés (gériatrie, rééducation, soins palliatifs, oncologie). La pénurie d'aides-soignants pour personnes âgées semble moins aiguë.

En 2016, les établissements d'hébergement pour personnes âgées comptaient 611 000 soignants dont 8 500 étrangers. Du fait d'un manque d'attractivité des métiers des soins aux personnes âgées, le nombre de candidats est insuffisant par rapport au nombre de postes proposés. Ainsi, 45 candidats se présentent actuellement pour 100 postes disponibles. En outre, avec le vieillissement démographique, la future pénurie en personnel pour les soins aux personnes âgées est estimée entre 135 000 à 214 000 employés en 2025 et un rapport d'expert annonce une pénurie de 430 000 ETP pour 2050 et par conséquent une diminution de 50% du ratio soignants/soignés.

Pour y remédier, l'Allemagne développe, **par des accords bilatéraux, une politique active de recrutement à l'étranger.**

En ce qui concerne le **soutien à domicile**, la possibilité d'obtenir une compensation en espèces a entraîné le développement du recours à des personnes d'origine étrangère (pays de l'Est) sous **statut d'auto-entrepreneur** pour assurer une permanence 24h/24 à domicile. Il existe des sociétés qui assurent la mise en relation et l'assurance de ces personnes. Le recours à ce statut permet, en effet, de contourner la législation du travail concernant les heures de présence. Se développe également sur le même modèle le recours à des **travailleurs détachés.**

Dans son entreprise, Pro Seniore, qui administre quelque 130 maisons de retraite en Allemagne, Friedhelm Fiedler emploie des salariés de 23 nationalités différentes. Dans son secteur, l'embauche de travailleurs détachés est monnaie courante : pour s'occuper de sa population vieillissante, l'Allemagne a volontiers recours à une main-d'œuvre étrangère, polonaise ou tchèque par exemple. « Il manque entre 30.000 et 50.000 aides-soignants en Allemagne », assure Friedhelm Fiedler, également vice-président de l'association patronale de sa branche, l'Arbeitgeberverband-Pflege. Avec une réforme de la directive sur les travailleurs détachés, il craint de voir le coût de la masse salariale grimper en flèche. « Nous n'avons pas besoin de plus de réglementation, nous en avons déjà trop », se plaint-il. Les patrons de maisons de retraite allemands refusent en bloc les propositions de révision de la directive sur le détachement.

Nicolas Barotte Correspondant du Figaro à Berlin – 22 octobre 2017

Le ratio d'encadrement dans les EPHAD (*rapport entre nombre de soignants¹²⁷ et nombre de résidents*) est négocié entre les caisses et les Länder. Ce ratio varie donc pour chaque Land. Il est déterminé selon le nombre de résidents et leur degré de besoin de soins. En conséquence, il n'existe pas de ratio d'encadrement des EPHAD homogène pour l'ensemble du territoire allemand. En 2015, ils variaient de 63 (pour 100 résidents) dans le Brandebourg à 92 dans le Bade-Wurtemberg. Le ratio agrégé au niveau national était de 83. Les chiffres mentionnés ci-dessus doivent toutefois être précisés et employés avec prudence : le ratio agrégé à l'échelle nationale serait de 0,83 soignant pour une personne dépendante. Ce chiffre paraît en effet très élevé pour l'Allemagne qui connaît une importante pénurie de main d'oeuvre dans ce secteur. Ceci s'explique notamment par la description très vague employé par le Gouvernement fédéral dans la réponse fournie aux parlementaires (ces chiffres proviennent d'une question de 2015 du parti *Die Linke* au Bundestag), qui a utilisé le mot « *Beschäftigte* » (salariés) pour décrire le personnel soignant. Ainsi, ces chiffres agrégés ne reflètent peut être pas la réalité des taux d'encadrement au sein des EPHAD en Allemagne.

La **réforme de 2015** (deux lois de « renforcement du soin à la dépendance – *Pflegestärkungsgesetz I et II*) avait pour objectif de favoriser l'accueil des personnes d'un

¹²⁷ la notion de soignant est entendue au sens large et concerne l'ensemble des personnels

niveau de dépendance intermédiaire en améliorant le ratio d'encadrement, notamment pour les soignants (+20 000 postes) et la formation. Dans le cadre des lois relatives au renforcement du soin à la dépendance, des ratios d'encadrement minimaux ont été définis. Au 1er janvier 2019, un ratio d'encadrement minimal sera introduit au niveau fédéral pour les hôpitaux : 10 patients par infirmière durant la journée et 20 patients par infirmière durant la nuit.

La loi impose, à partir de 2020, la définition de nouveaux concepts de soins et la mise en place d'un **système d'évaluation des besoins en personnel** pour les soins aux personnes dépendantes : un quotient (*Pflegequotient*) calculera le nombre de personnel de soin par rapport à l'ensemble des tâches à effectuer (ou à l'« effort de soin »). Ces ratios devront refléter le nombre de soignants pour l'ensemble des patients, notamment pour la prise en charge des personnes dépendantes durant la nuit. Les établissements doivent effectuer leur propre évaluation, et les Länder sont chargés d'évaluer la bonne réalisation des recrutements nécessaires (via leurs commissions régionales de soins). Des sanctions seront mises en place pour les établissements ne respectant pas ces quotas minimaux.

* * *

En **Italie**, la gestion des individus en perte d'autonomie est fortement liée au recours aux *badanti*, des aidants à domicile, qui fournissent une assistance continue au domicile d'une personne qui n'est pas autonome. Ce système constitue une réponse aux frais élevés des établissements. Ces aidants seraient aujourd'hui autour de 830 000 mais un peu plus de la moitié seulement serait déclarée (380 000). De nombreux migrants ont des contrats irréguliers et de mauvaises conditions de travail. Il s'agit principalement de femmes, originaires d'Europe de l'Est (Ukraine, Roumanie, Moldavie), mais également d'Amérique latine et des Philippines. Les pouvoirs publics tolèrent ce dispositif et des mesures conjoncturelles sont régulièrement prises au sujet des *badanti* : régularisations de *badanti* en situation irrégulière, avantages fiscaux.

Du fait de la crise, le nombre d'italiennes occupant ces fonctions a crû de manière exponentielle entre 2009 et 2015 (elles seraient près de 20% des effectifs aujourd'hui).

Les principaux intervenants à domicile sont :

- les **assistants familiaux** : il n'existe pas de cadre réglementaire national concernant les missions et la formation professionnelle des assistants familiaux. Chaque région a son propre cadre réglementaire. Beaucoup de ces travailleurs sont employés sur le marché au noir et sont souvent d'origine immigrée. Ce sont néanmoins les personnes rémunérées les plus présentes au domicile. Concrètement les assistants familiaux réalisent toutes les tâches d'aide à domicile, de la simple compagnie au ménage ou à l'administration de médicaments ;
- les **infirmières diplômées** : Les infirmières sont à la fois les professionnelles les plus qualifiées impliquées dans les SLD et celles qui consacrent le moins de temps aux soins à domicile car elles travaillent principalement dans les hôpitaux et les unités locales et de santé (ASL) ;
- les **Opérateurs socio-sanitaires (OSS)**¹²⁸ : l'OSS est une profession réglementée au niveau national, dont les tâches sont redéfinies au niveau régional. Ces professionnels qualifiés de

¹²⁸ Cf. « Etude des pratiques d'accompagnement des personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie en Belgique et en Italie », rapport d'une des 13 missions d'étude menées dans le cadre de de l'appel à projet innovation 2017 de la CNSA « Et nos voisins européens, comment font-ils ? » et présenté lors du colloque du 29 janvier 2019.

soutien à l'équipe médicale suivent une formation de 1 000 heures (acquisition de compétences polyvalentes pour le soutien aux activités de la vie quotidienne et des premiers soins). Leur mission est de satisfaire les besoins primaires de la personne et de favoriser leur bien-être et leur autonomie. Opérateurs « techniques » les plus qualifiés des salariés travaillant auprès de personnes âgées, les OSS ont des missions qui relèvent à la fois de l'aide à domicile (aide à la prise de repas, à l'habillage, à la toilette) et des soins (manipulations, prévention des escarres, surveillance de l'état de santé, aide à la prise de médicaments, interventions de premiers soins etc.).

Le modèle italien intègre ainsi un « glissement des tâches » dans le modèle même de l'organisation de ses ressources humaines.

* * *

En Belgique, Il existe une distinction entre le métier d'aide-ménagère (qui ne travaille que chez des actifs), les aides ménagères sociales (qui ne travaillent que chez des personnes dépendantes), les aides familiales (qui font de l'accompagnement dans les tâches quotidiennes auprès de personnes dépendantes) et les gardes à domicile Alzheimer (qui accompagnent les personnes atteintes de la maladie dans les tâches quotidiennes et organisent des activités stimulantes). Cette distinction entraîne une séparation des tâches plus importante. Les plans de formation sont importants car les structures sont tenues, légalement, d'allouer 3% à 5% du volume horaire des salariés à la formation. L'offre en termes de parcours professionnel semble plus aboutie. Premièrement, le volume de formation permet aux salariés d'améliorer en continu leurs compétences et leurs qualifications. De plus, la « professionnalisation par la spécialisation » permet des évolutions de carrières facilitées par rapport à ce qu'on peut observer en France. Ces évolutions sont effectives tant au niveau des postes occupés que de la rémunération. Cela a pour principale conséquence un turn-over des effectifs bien moins important qu'en France. Le turn-over se situe aux alentours de 5,5% au SPAF. Les perspectives d'évolution rendent ces métiers « difficiles » plus attractifs.

Tableau 17 - Comparaison des métiers du soin et de l'aide à domicile entre la France, la Belgique et l'Italie¹²⁹

	France	Belgique	Italie
Métiers du soin	Infirmière Aide-soignante	Infirmière ; Aide-soignante ; case- manager (formé par la FASD)	Infirmière
Métiers de l'aide à domicile	Auxiliaire de vie sociale	Aide-ménagère sociale Aide familiale Spécialisation : Garde à domicile Alzheimer	Assistants familiaux non qualifiés
Métiers mixtes	non	non	OSS : opérateurs socio-sanitaires

¹²⁹ Cf. rapport précité de la mission d'étude menée dans le cadre de de l'appel à projet innovation 2017 de la CNSA

Pour améliorer la prise en charge à domicile des personnes atteintes de maladies neurodégénératives (Alzheimer), des salariés « accompagnateurs spécialisés » ont été formés et se rendent à domicile. Ils disposent d'une malette communicationnelle et d'un carnet de vie. Cette nouvelle fonction permet des évolutions de carrière dans le secteur des soins à domicile.

* * *

Au Japon, la pénurie de professionnels s'est aggravée, malgré les mesures de revalorisation prises depuis 2009 pour revaloriser les salaires des travailleurs du « care ». Ceux-ci, en effet, restent encore bas par rapport aux autres professions du secteur médico-social.

En 2015, le salaire mensuel moyen d'un travailleur du care en institution était de 219 700 yens (1702€ PPA), celui d'un aidant à domicile de 220 700 yens (1709€ PPA), celui d'un care manager de 262 900 yens (2036€ PPA), d'une infirmière diplômée d'Etat (IDE) de 329 000 yens (2548€ PPA) ou d'un médecin 892 700 yens (6914€ PPA). Il n'existe pas de grille hiérarchisée dans les domaines sociaux et médicaux au Japon.

A l'horizon 2025, le ministère de la Santé, du travail et des affaires sociales estimait, en 2015, le déficit à 380 000 personnes.

La profession de « care manager » est accessible après un concours ouvert aux professionnels ayant 5 ans minimum de pratique dans leur profession ; ce concours existe depuis 1998, 19 professions sont éligibles, mais ce sont principalement des auxiliaires de vie sociale (43%), des infirmiers ou assistants infirmiers (24,7%), des assistants sociaux (6,2%) qui sont les plus nombreux parmi les lauréats. Ils suivent une formation de 44h et un stage de 87h et leur qualification doit être renouvelée tous les 5 ans. Il existe aussi un grade de « care manager en chef ». La majorité des care managers sont salariés de prestataires de services ou d'organismes qui gèrent plusieurs services et institutions médicales ou sociales.

* * *

Au Québec, à la demande récurrente et insistante des professionnels de santé, insatisfaits de leurs conditions de travail et de la qualité des soins prodigués, des projets pilotes ont été lancés visant à revoir les ratios actuels décrits ci-après. Ils devraient aboutir à un encadrement renforcé des résidents, mais cette volonté pourrait se heurter à une pénurie de main d'œuvre dans ce secteur. Aujourd'hui les ratios théoriques sont les suivants :

- **Infirmière-chef d'équipe** ou ASI : Jour : 1 pour 25 à 32 usagers ; Soir : 1 pour 50 à 64 usagers ; Nuit : 1 pour 75 ou 96 usagers
- **Infirmière auxiliaire** : Jour : 1 pour 25 à 32 usagers ; Soir : 1 pour 25 à 32 usagers ; Nuit : 1 pour 32 à 40 usagers
- **Préposé aux bénéficiaires (= aide-soignante)** : Jour : 1 pour 6 à 7 usagers ; Soir : 1 pour 10 à 15 usagers ; Nuit : 1 pour 32 à 50 usagers

Plusieurs mesures ont été réalisées afin d'améliorer les conditions de vie des aînés. Le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) a récemment annoncé qu'il accordait 36 millions de dollars supplémentaires aux centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), somme qui pourra être affectée au recrutement de préposés aux bénéficiaires afin que les résidents puissent prendre un deuxième bain ou une deuxième douche hebdomadaire, selon des modalités qui répondent à leurs besoins.

L'amélioration des conditions de travail passe aussi, pour les CHSLD, par le rôle des « **techniciens en loisirs** ¹³⁰ » dont le rôle consiste à miser sur le bien-être ressenti et le confort psychologique des résidents et créer ainsi un climat de quiétude plutôt que d'anxiété : cette perspective de psychologie positive s'appuie notamment sur les aidants qui sont les « dépositaires de la mémoire affective » de la personne qui a des troubles cognitifs. Elle a des retombées sur la qualité de vie au travail des soignants.

Enfin, il faut noter que la **loi sur l'équité salariale**, votée en 1996, contribue à produire des effets positifs sur les salaires des travailleurs du care.

*Josette, 50 ans, est propriétaire d'un centre pour personnes âgées qui emploie 38 personnes. Celle-ci appréhendait le moment de faire son exercice d'équité salariale, une obligation de la Loi sur l'équité salariale. Or, après avoir fait son exercice, elle a remarqué une amélioration du climat de travail et de la productivité au sein de son entreprise. De plus, elle constate qu'il y a moins de roulement de personnel dans son entreprise. Ainsi, elle reconnaît qu'il y a des bénéficiaires à remplir cette obligation. **Amélia, 35 ans**, est préposée aux bénéficiaires dans ce centre pour personnes âgées depuis quelques années. Quand Josette, son employeuse, a fait l'exercice d'équité salariale, elle a remarqué que certains de ces emplois féminins n'étaient pas payés à leur juste valeur. C'était son cas. Cet exercice lui a donc permis de voir une hausse de son salaire. Cette reconnaissance de la part de son employeur l'a rendue très heureuse, si bien qu'elle a décidé de rester au service de ce centre.*

* * *

*Aux Pays-Bas, l'entreprise Buurtzorg¹³¹ a révolutionné le secteur des soins à domicile grâce à un modèle innovant, une organisation horizontale d'équipes d'une douzaine de soignants autonomes (assistante de soins, infirmière et master of science) qui se partagent chacune une zone géographique limitée (5 à 10 000 habitants), soit entre 50 et 60 personnes à prendre en charge pour les soins à domicile (2 fois par jour). En minimisation le nombre d'intervenants, elles améliorent l'efficacité et la qualité grâce à une polyvalence des interventions. Les équipes fonctionnent en autogestion, fixent leur emploi du temps, se partagent les tâches d'administration, d'organisation, de coordination et de transmissions avec les prescripteurs et les autres professionnels. Elles peuvent faire appel à un coach si nécessaire. Les équipes sont reliées entre elles via le réseau social interne et partagent en permanence informations, conseils, bonnes pratiques etc... Les nouvelles technologies sont au service du soin. Les **points-clés** de cette organisation sont la vision globale, holistique et systémique, de la personne et de ses besoins, la qualité de la relation humaine et personnelle soignant-soigné, le pari de l'autonomie des patients via l'éducation thérapeutique et la mobilisation du réseau social de proximité. L'entreprise applique des mécanismes de résolution de conflits et forme le personnel à la communication non violente. Elle compte 965 équipes de terrain à ce jour. Les frais de structure sont réduits (8%, contre 22% en moyenne nationale). La rémunération ne se fait plus que sur la base d'un seul acte, le "community nursing care", facturé 72€ de l'heure. Buurtzorg a ainsi démontré que la facturation à l'acte n'était pas pertinente et que l'organisation avec une facturation à l'heure génère des économies. Le coût total moyen de prise en charge d'un patient par an par Buurtzorg est de 15 400 euros, contre 15 900 euros pour les concurrents en cumulant les différents types de soins (suivi, maladie chronique).*

* * *

¹³⁰ Appelés également « récréologues »

¹³¹ Cf. « Organisation et ressources territoriales pour le maintien à domicile de personnes très dépendantes », rapport d'une des 13 missions d'étude menées aux Pays-Bas, en Allemagne et en Suisse, dans le cadre de de l'appel à projet innovation 2017 de la CNSA « Et nos voisins européens, comment font-ils ? » et présenté lors du colloque du 29 janvier 2019.

*En Finlande, ce sont les députés qui ont porté sur la place publique, avec une menace de motion de censure, la question de l'**encadrement** dans les maisons de retraite. Cela fait suite à la suspension, par Valvira (inspection finlandaise), des activités de la société Esperi Care¹³², suite aux négligences constatées dans les soins aux personnes âgées. Plusieurs communes finlandaises ont externalisé les soins de personnes âgées à cette entreprise privée qui ne semble pas avoir suffisamment de personnel soignant pour assumer ses responsabilités. Esperi aurait même faussé des données sur le nombre de ses effectifs. Actuellement, il existe une recommandation sur un ratio minimum de 0,5 encadrant par patient, et plusieurs partis veulent le porter à 0,7.*

2.4.2 Le soutien aux aidants

Dans tous les pays, on constate que beaucoup de proches, de familles, s'impliquent dans le soutien de leurs aînés, notamment pour leur permettre de rester dans leur milieu naturel. Même les pays qui ont développé la professionnalisation du care, comme le Japon et les pays nordiques, accordent de plus en plus d'attention au soutien via les aidants.

Par ailleurs, le manque de professionnels et le coût de la prise en charge peuvent conduire les pays à s'appuyer de plus en plus sur les proches aidants. La question se pose de savoir s'il y aura autant d'aidants dans le futur que par le passé ?

La Commission européenne prévoit que le recours aux aidants sera de plus en plus difficile sur le long terme, du fait que « les femmes inactives entre 50 et 64 ans vont augmenter 9 fois moins vite que le nombre de personnes âgées dépendantes »¹³³, que les familles ont moins d'enfants et qu'ils vivent parfois loin de leurs parents vieillissants. On peut ne pas partager ce pessimisme, mais il est certain que l'articulation travail/vie familiale demeure un élément clé de l'avenir.

Sur l'éloignement des enfants, les graphiques ci-dessous (figures 22) montrent de sérieuses différences entre pays, mais on peut constater que l'éloignement géographique n'influe pas toujours sur la fréquence des contacts.

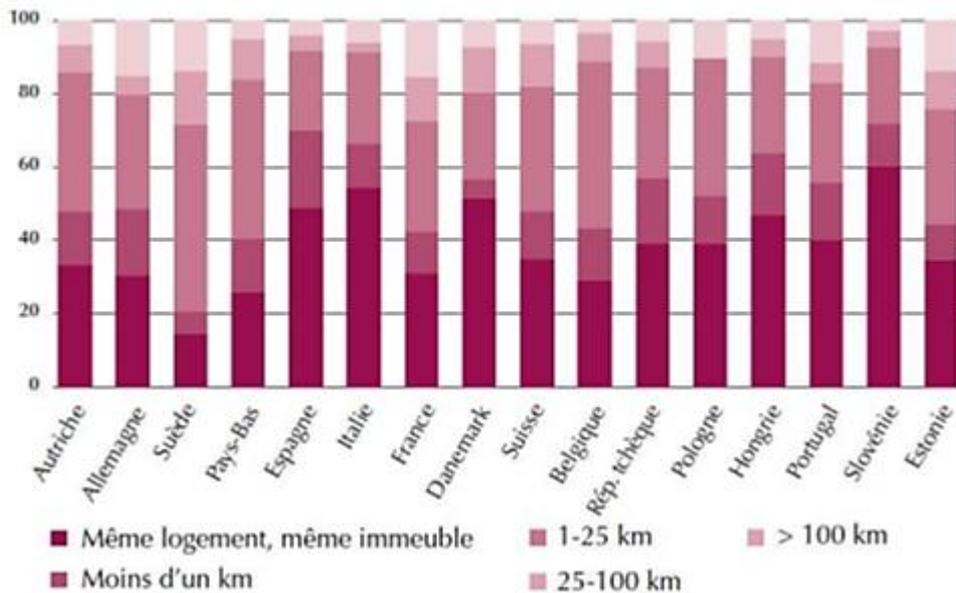
¹³² Esperi Care a été vendu à un groupe d'investissement de capitaux britannique ICG, qui aurait des objectifs très élevés concernant la rentabilité du groupe.

¹³³ Claude Martin – Allongement de la vie – p. 267

Figures 22 : Soutien des enfants à leur proche parmi les plus de 50 ans (2010)

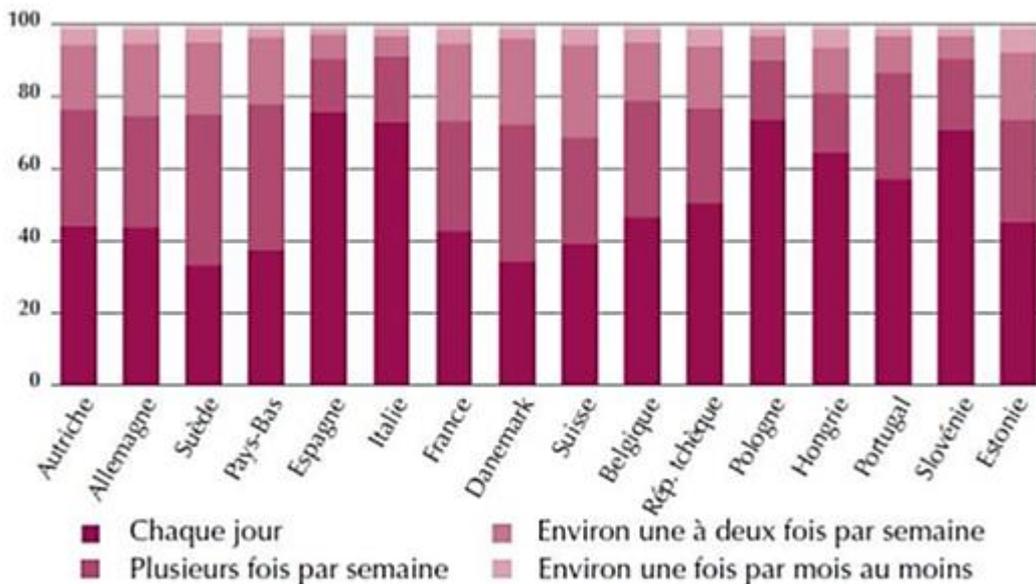
Familles et vulnérabilités
Les ressources familiales face à la vulnérabilité d'un proche

Graphique 1. Distance de l'enfant le plus proche parmi les plus de 50 ans (données pondérées) en 2010 (en %).



Source : Enquête Share, vague n° 4, 2010

Graphique 2. Fréquence de contacts avec l'enfant le plus souvent en contact, parmi les plus de 50 ans (données pondérées) en 2010 (en %).



Source : Enquête Share, vague n° 4, 2010

Une remarque préliminaire sur ce point, c'est la difficulté à recueillir des statistiques sur les aidants dans de nombreux pays, en particulier lorsqu'il n'y a pas d'indemnisation. La situation des aidants est très corrélée au modèle d'Etat Providence (cf 1^{ère} partie), selon que l'on est dans une approche familiale ou social-démocrate par exemple. On abordera successivement la question des congés, rémunérés ou non, celle de la fiscalité et des dispositifs de répit.

La notion de **congé pour aidants** émerge dans la plupart des pays, mais la rémunération de ce congé ou de cette aide diffère. A noter, également que, pour les aidants actifs, une **directive européenne** est en cours de discussion concernant la mise en oeuvre du pilier social européen sur la question de **l'équilibre vie/travail**. Lorsque la rémunération de l'aidant, sous une forme ou une autre n'est pas prévue, des **dispositions fiscales** viennent atténuer la charge. Enfin, les pays développent de plus en plus des mesures de soutien aux aidants, sous forme de répit, de conseils et de soutien psychologique.

Bien qu'ils aient privilégié le service apporté par la collectivité, les pays nordiques ont développé bien avant les autres¹³⁴ la notion de soutien aux aidants, favorisant notamment le maintien en emploi, même à temps partiel, des aidants. Ils ont également ouvert aux aidants la possibilité d'être rémunérés pour cette activité dès lors qu'elle atteint un certain niveau, cette décision relevant du niveau municipal. Mais d'autres pays, comme l'Italie, ont prévu également un dispositif de congés rémunérés.

France : une politique de soutien aux aidants à consolider

Les aidants des personnes en perte d'autonomie sont nombreux (sur le champ de l'APA à domicile, entre 800 et 850 000, soit plus d'un aidant par allocataire). Il s'agit à 80% des conjoints et des enfants, pour la majorité des femmes.

39% des aidants occupent un emploi et 46% sont à la retraite. Leur âge moyen est de 58 ans.

L'aide peut prendre la forme d'un hébergement au domicile d'un proche aidant (autre que le conjoint). 11% des personnes âgées de 85 ans et plus sont dans ce cas en 2011 (chiffre en nette diminution ces dernières décennies, ils étaient en effet 31% en 1982). Cette aide donne lieu à une réduction d'impôt, qui ne concerne ainsi que les contribuables imposables. Sa valeur augmente avec leur revenu.

Les aides en espèces sont fréquentes (sans que l'on en ait une réelle visibilité). Elles peuvent donner lieu à des aides fiscales.

L'aide en nature est la plus importante. L'aidant d'une personne bénéficiaire de l'APA n'est pas indemnisé (à la différence d'un aidant d'une personne bénéficiaire de la prestation de compensation du handicap - PCH- destinée aux personnes en situation de handicap). Il peut être salarié sauf s'il s'agit du conjoint, concubin ou partenaire de PACS.

Le déficit le plus souvent invoqué par les aidants porte sur la faiblesse des fonctions d'accompagnement, d'information, de formation dont ils ont besoin et qui ne sont pas bien

¹³⁴ Depuis 1998, la loi sur les services sociaux en Suède dispose que **les services sociaux soutiennent les aidants** afin d'alléger le poids physique et psychologique supporté par les aidants qui prennent soin d'une personne âgée

remplies par les équipes des départements.

Bien que l'attribution d'heures de « répit » pour les aidants soit expressément prévue dans les dépenses éligibles dans le plan d'aide personnalisé, le recours à cette faculté semble faible. Par ailleurs, le déficit en structures de répit, hébergement temporaire ou accueil de jour, est prononcé.

La loi ASV de 2015 a instauré un « droit au répit » pour les proches aidants de personnes bénéficiaires de l'APA, assurant une présence ou une aide indispensable à la vie à domicile de leur proche, et qui ne peuvent être remplacés pour assurer cette aide par une autre personne à titre non professionnel. Ce droit au répit peut être activé quand le plafond du plan d'aide APA de la personne aidée est atteint pour financer jusqu'à 500 € par an un hébergement temporaire en établissement ou en accueil familial. L'essentiel de l'effort devrait néanmoins concerner les plans non saturés (c'est-à-dire $\frac{3}{4}$ des plans). Cette mesure ne joue ainsi qu'à la marge.

Un décret du 28 décembre 2018 précise les conditions d'expérimentation du « baluchonnage » notamment les dérogations possibles au droit du travail. Venu du Canada, le baluchonnage (ou "relayage" dans la version française) propose aux aidants de faire appel à un professionnel pour prendre soin d'un proche quelques jours afin de s'autoriser un temps de pause.

Les droits à la retraite des proches aidants sont minces (nettement en retrait par rapport au régime de la PCH dans le champ du handicap).

Pour les aidants actifs existe le congé de proche aidant (qui remplace depuis 2017 le congé de soutien familial). Il permet au salarié justifiant d'au moins un an d'ancienneté dans son entreprise de suspendre son contrat de travail pour accompagner un proche en perte d'autonomie (en GIR 1, 2 ou 3). Sa durée est de trois mois renouvelable sans pouvoir excéder un an sur toute la carrière du salarié (sauf disposition conventionnelle plus favorable). Ce congé n'est pas rémunéré.

En ce qui concerne les aménagements possibles des conditions de travail, ils relèvent pour l'essentiel de la décision unilatérale des entreprises ; ni les aménagements d'horaires ni le passage à temps partiel ne sont de droit.

Des pistes de réforme pour consolider le soutien aux aidants ont été proposées, notamment par le Conseil de l'âge dans ces derniers rapports¹³⁵. Ce sujet est abordé dans le cadre de la concertation Grand âge et autonomie et pourrait figurer dans le projet de loi prévu au second semestre 2019.

a) En Suède

La Suède est le pays où il y a le moins d'enfants vivant à proximité de leurs parents (cf figure 22), ce qui va de pair avec le fait que ce pays est traditionnellement favorable à la préservation de l'autonomie de la famille et à la professionnalisation du care.

¹³⁵ Rapports du Conseil de l'âge : « Contribution du Conseil de l'âge à la concertation Grand Age et autonomie : Note 3 Les politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées », décembre 2018 et « Le soutien à l'autonomie des personnes âgées à l'horizon 2030 », décembre 2018, Tomes 1 et 2

Cet éloignement est partiellement compensé par l'utilisation des moyens de contact et suivi à distance.

Cependant comme le montre le graphique ci-dessous, le soutien aux aidants tend à se développer. De 2010 à 2017, le nombre d'aidants ayant recours à un soutien a cru de 53%, les femmes y sont majoritaires (72%), le nombre de jours indemnisés a augmenté de 41% ; ce sont principalement les **conjoints** (autant les hommes que les femmes) ou les **enfants** (en majorité les filles) qui sont concernés.

Figure 23 – Evolution du nombre d'aidants



Source : SKL – sveriges kommuner och landsting.

Il existe plusieurs types d'aides pour les aidants :

- un actif qui s'occupe d'un parent proche gravement malade peut bénéficier d'un **congé rémunéré** à hauteur de 80% de son salaire avec maintien de ses droits sociaux et garantie de retour en emploi. C'est la **Caisse nationale d'assurance sociale** (Försäkringskassan) qui est responsable du traitement de la demande et du paiement de la compensation. La **subvention pour proche** («närståendepenning») est attribuée pour une période totale maximum de **100 jours** pour une personne prise en charge, elle est plafonnée à 543 SEK (52,13€) par jour et peut être attribuée par journée, trois-quarts, demie ou quart de journée. Cela permet de démultiplier le nombre de jours indemnisés (par exemple 400 jours si le congé représente ¼ de journée). Elle est prise en compte dans les **droits à la retraite**, au même titre qu'un revenu. Une personne en recherche d'emploi, assurant une fonction d'aidante auprès d'un proche, peut ainsi percevoir 80% de son dernier salaire ;

- en **2009**, la loi sur les services sociaux a été amendée : elle fait obligation à ces derniers de fournir un soutien à ceux qui prennent soin d'un parent à court terme, à long terme, qu'il s'agisse d'un parent âgé ou d'une personne handicapée. L'Etat a laissé une grande latitude aux municipalités pour déterminer l'intensité du soutien apporté aux proches. En plus de la subvention allouée par la Caisse d'assurance sociale, un aidant peut ainsi percevoir **une allocation pour aidant** («anhörigbidrag») de la part de la municipalité (non prise en compte pour le calcul de la retraite). La contribution n'est pas disponible dans toutes les municipalités et les règles régissant l'obtention de la contribution sont également différentes, de même que le montant de celle-ci.

Selon les municipalités, l'aidant a aussi la possibilité **d'être employé** en tant que prestataire de soins de santé familiale. La demande est effectuée auprès de la municipalité, qui prend la décision d'autoriser un aidant à travailler en tant que prestataire de soins.

Il n'existe pas d'obligation alimentaire, ni de fiscalité incitative pour les aidants, mais des dispositifs d'accompagnement : soutien psychologique, formation, accès aux centres d'aides techniques ...

Quelques chiffres sur les aidants en Suède ...

En 2017, **17 243 aidants** (12 418 femmes et 4 825 hommes) ont perçu une subvention pour aidant («närståendepenning») pour prendre en charge 14 676 personnes (quel que soit l'âge) durant 186 247 jours. Entre 2016 et 2017, le nombre de personnes percevant la subvention pour proche a **augmenté** passant de 15 429 à 17 423 personnes. A également augmenté le nombre de personnes prises en charge (13 319 à 14 676 personnes) et le nombre de jours alloués à la prise en charge, de 176 716 à 186 247 jours. Une **enquête du Conseil national de la santé et du bien-être** révèle que la moitié des aidants ont pris soin d'un parent, un quart d'un conjoint ou partenaire et un cinquième d'un frère, d'une sœur ou d'un autre parent. Il est plus fréquent que les femmes soient des aidantes. Les soins sont plus fréquents entre 45 et 64 ans. Cependant, les soins effectués par les personnes âgées de 65 à 80 ans sont plus lourds .

Il y a de grandes variations dans **l'intensité** des soins prodigués par les proches. Parmi les familles qui ont répondu à l'enquête, 46% ont fourni des soins chaque semaine, 31% donnent des soins tous les jours et 23% tous les mois. La majorité des parents, 65%, ont estimé que les soins prenaient de 1 à 10 heures par semaine, tandis qu'environ 20% estimaient qu'ils donnaient 11 heures ou plus de soins par semaine ; les soins sont prodigués plus largement lorsque les membres de la famille vivent avec les parents. 3% de ceux qui ont répondu à l'enquête ont cessé de travailler. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à réduire leurs activités professionnelles.

L'étude montre également que 40% de ceux qui ont prodigué beaucoup de soins, soit plus de 11 heures par semaine, ont **réduit leur temps de travail** ou arrêté de travailler, afin de se consacrer à leur proche. La perte de **revenus**, liée à la réduction (ou l'abandon) de l'activité professionnelle pour se consacrer au proche, est fréquente pour ceux qui consacrent le plus de temps à l'aide d'un proche : 16% des femmes et 11% des hommes âgés de 45 à 66 ans qui prodiguent des soins familiaux ont déclaré qu'ils avaient, dans une large mesure ou dans une certaine mesure, réduit leurs revenus en raison des soins qu'ils prodiguaient à leur proche. Parmi ceux qui fournissent de l'aide chaque jour, 40% des femmes et 32% des hommes, ont vu leurs revenus diminuer du fait de l'aide qu'ils fournissent à leur proche.

b) Au Danemark

C'est en fonction de la convention collective dont un individu dépend, que celui-ci peut avoir le **droit à un congé rémunéré** pour prendre en charge un proche en perte d'autonomie. Il n'existe pas de législation nationale, ce qui fait l'objet de discussions en ce moment.

Par contre, selon la loi sur le service (3, §118), il est possible pour les aidants informels (souvent de la famille) d'obtenir une **rémunération** pour le temps passé à soigner le patient. Le droit **ne peut pas excéder 3 mois consécutifs**, renouvelable une fois pendant 3 mois (au total 6 mois). La rémunération est normalement accordée pour les soins à domicile sur une période relativement longue, mais peut être également divisée en période plus courtes, liées à des séjours à l'hôpital par exemple (y compris les soins hospitaliers à l'étranger). Cette allocation est attribuée pour la prise en charge des personnes (enfants, adultes et personnes âgées) ayant des capacités physiques ou mentales chroniquement réduites. La rémunération du congé de prise en charge peut être accordée aux conjoints, enfants, parents ou autres individus ayant des liens familiaux étroits. Le montant de cette rémunération est de 20 241 DKK maximum (2700€)¹³⁶ avant impôts. Celui-ci est attribué quand l'aidant apporte un **minimum de 14 heures d'aide** par semaine (nombre d'heures défini par l'équipe

¹³⁶ Environ 1800€ après impôts

d'évaluation). Le salaire est basé sur le nombre d'heures où l'aidant prend en charge la personne. Cela correspond à 48 euros brut avant impôts de l'heure (le montant diminue lorsque le nombre d'heures augmente).

Les aidants sont assistés par des réunions de groupes, des conseils et des formations à la prise en charge de la démence. L'indemnisation est considérée comme une rémunération, impliquant des impôts et des cotisations à la retraite, notamment. La même législation concernant la rémunération s'applique aux aidants inactifs. Au Danemark, la combinaison retraite/emploi existe. Il n'y a pas de problème à ce qu'un retraité touche cette rémunération.

Dans les pays d'Europe du Nord (Danemark, Finlande, Norvège et Suède), le paiement aux aidants est considéré comme une rémunération. Les municipalités, qui sont responsables des services de soins de longue durée, emploient directement des aidants familiaux. Les salaires varient d'une municipalité à l'autre, ils varient en fonction des besoins en soins et sont équivalents au salaire horaire des aides familiaux à domicile. Les niveaux de rémunération sont donc assez généreux et offrent une compensation équitable aux efforts des aidants, tout en ne dissuadant pas suffisamment les membres de la famille de travailler, car la compensation représente un salaire relativement plus bas (après impôts) que la moyenne des salaires. Les pays nordiques ciblent des soins plus intensifs, mais leur admissibilité dépend des évaluations effectuées par les autorités locales.

A noter, cependant que les municipalités accordent de telles indemnités de manière très restrictive et ne sont pas obligées par la loi de les octroyer, éventuellement pour limiter leur attrait pour les bas salaires. Les indemnités pour soignants ont tendance à être accordées en particulier pour garder le bénéficiaire de soins à domicile au lieu de le prendre en charge dans un établissement, lorsque les soins fournis sont extrêmement lourds.

c) En Italie¹³⁷

Le système italien est plutôt généreux en termes de congés pour les aidants. Il offre une combinaison de deux types de congés de courte ou longue durée. Les lois 104/1992 et 388/200 définissent ces congés. Les congés sont accordés uniquement aux salariés¹³⁸ qui doivent s'occuper d'un proche avec une perte d'autonomie sévère.

La loi 183/2010 introduit la notion d'aidant « unique » (*referente unico*). Dans un ménage, deux travailleurs ne peuvent donc pas demander le congé pour l'assistance à la même personne.

- **Congé court** (article 33 de la loi 104/92) : droit à **trois jours de congés payés** par mois. Le congé peut être pris par demi-journée ou même fractionnables en heures. Il peut être pris par le conjoint, les parents ou parents proches jusqu'au troisième degré de la personne en perte d'autonomie.

¹³⁷ La description des congés pour les aidants en Italie est issue de Jessoula M., Pavolini E. and Strati F., 2016, « Thematic Report on work-life balance measures for persons of working age with dependent relatives – Italy », European Social Protection network

¹³⁸ Les travailleurs indépendants, les ouvriers agricoles journaliers et les travailleurs pseudo indépendants (*parasubordinati*) ne peuvent en bénéficier.

- **Congé long** – possibilité d'un congé de **deux ans** tout au long de la vie professionnelle (*Congedo straordinario fino a 2 anni per assistenza persone con handicap grave*); le congé est fractionnable.

Le congé est rémunéré à hauteur du salaire perçu pendant le dernier mois de travail qui précède le début de la période de congé, dans la limite d'un plafond de 47 351 € en 2014¹³⁹.

Un point important est que ce congé s'adresse aux conjoints, proches parents (jusqu'au troisième degré) et enfants qui co-résident.

Le décret de mise en œuvre n. 81 du 15/06/2015 reconnaît la possibilité de transformer un contrat de temps plein en contrat à temps partiel. Cependant, le décret précise que la réduction de l'horaire de travail ne peut pas dépasser 50% du temps de travail ordinaire. L'employeur ne peut pas s'opposer à la demande de réduction du temps de travail, et est obligé d'y donner suite dans un délai de quinze jours. La rémunération est établie selon le nombre des heures de présence effective sur le lieu de travail. Cette possibilité n'est offerte qu'à une seule personne par individu en situation de dépendance.

Le bénéficiaire du **congé de proche aidant** continue à cumuler, pendant la période de suspension de l'activité de travail, ses droits à la retraite (*contributivi figurativi*).

Il est possible d'utiliser la prestation en espèces – l'indemnité d'accompagnement – pour salarier ou indemniser ses proches. En principe, la loi ne permet pas de salarier le conjoint (article 143 du code civil), dans la mesure où il existe entre les conjoints une obligation d'assistance. Cependant, la loi 1403, art 1 comma 3, du 31 décembre 1971 prévoit la possibilité de signer un contrat de travail domestique avec le conjoint, les enfants et les proches parents jusqu'au troisième degré, si l'employé bénéficie de l'indemnité d'accompagnement.

d) *Au Québec*

Est considéré comme aidant « toute personne qui apporte un soutien non professionnel, continu ou occasionnel, à un proche ayant une incapacité ».

Les aidants actifs peuvent bénéficier d'un **congé non rémunéré et non indemnisé de 16 semaines sur une période de 12 mois**, cette période pouvant être prolongée jusqu'à 27 semaines en cas de maladie grave, potentiellement mortelle. Depuis le 1^{er} janvier 2019, ils peuvent bénéficier au maximum de **2 jours de congés rémunérés**. Ces dispositions peuvent être éventuellement améliorées dans le cadre des **conventions collectives**. Il n'y a pas de prise en compte de cette activité dans les droits à retraite.

Il existe, dans le cadre du programme assurance-emploi¹⁴⁰, une **prestation fédérale de compassion** pouvant aller jusqu'à 330€ par semaine pendant 15 semaines, mais les critères d'éligibilité en limitent le bénéfice : elle ne s'applique pas aux maladies chroniques, la vie du patient doit être en danger et nécessiter un soutien psychologique et affectif important, l'aidant doit justifier d'une perte de salaire d'au moins de 40%.

¹³⁹ Le montant du plafond est indexé sur l'inflation

¹⁴⁰ Pour les personnes justifiant de 600 h d'emploi au cours des 52 semaines précédant la demande.

Le programme « **Vieillir et vivre ensemble** », adopté en 2014 a pris en compte un soutien plus important aux personnes aidantes avec :

- un fonds de 200 Millions de dollars sur 10 ans pour améliorer l'offre de services de répit pour les proches aidants qui soutiennent à domicile un ou des membres de leur famille atteints principalement de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, mais non exclusivement. Ces services concernent l'information, la formation, le répit, le dépannage, le soutien psychosocial, l'entraide et la demande présence-surveillance ;
- un nouveau crédit d'impôt remboursable de 30% pour les frais de relève engagés par les personnes qui agissent comme aidantes, en vue d'obtenir un répit. Cette mesure représente 51 millions de dollars sur 5 ans ;
- en outre, les agences de la santé et des services sociaux disposent d'une enveloppe de 10 millions de dollars dédiées aux proches aidants.

Ces mesures sont venues compléter **les mesures fiscales** dont peuvent bénéficier les aidants et qui sont détaillées ci-après :

- **crédit d'impôt pour aidant cohabitant avec son conjoint** : le crédit d'impôt pour aidant peut être accordé à une personne qui prend soin de son conjoint de 70 ans ou plus. Ce dernier doit être atteint d'une déficience grave et prolongée, mentale ou physique. Il doit aussi être incapable de vivre seul. Une attestation de déficience, établie par un professionnel de santé, doit être produite à l'appui de la demande. Le crédit peut atteindre 1 007\$ (671€) ;
- **crédit d'impôt pour aidants cohabitant avec un proche admissible ou l'hébergeant** : il est accordé à un aidant prenant soin d'une personne de sa famille, ascendant ou descendant direct (grands-parents, par ex.), de plus de 18 ans ;
- **crédit d'impôt pour relève bénévole** : une personne peut bénéficier du crédit d'impôt pour relève bénévole, si elle a fourni comme bénévole des services de relève à l'aidant d'une personne ayant une incapacité significative de longue durée ;
- **crédit d'impôt pour répit à un aidant** : un aidant peut bénéficier d'un crédit d'impôt pour les frais qu'il a engagés afin d'obtenir des services spécialisés de relève pour les soins, la garde et la surveillance d'une personne atteinte d'une incapacité significative. Il est éligible à ce crédit d'impôt lorsqu'il prend soin de son conjoint, qu'il héberge un proche en perte d'autonomie ou qu'il finance une solution de répit.

Il faut surtout souligner la mise en place de **services spécifiques** pour les aidants :

- le gardiennage (forme d'assistance) et le dépannage ;
- le répit ;
- l'appui aux tâches quotidiennes ;
- les services psychosociaux.

*A noter une initiative intéressante concernant les solutions de répit pour les aidants : le **baluchonnage**¹⁴¹ permet aux aidants de s'octroyer un temps de répit à l'extérieur du foyer sans devoir obliger leur proche à quitter le domicile. Une intervenante (baluchonneuse) remplace l'aidant dans toutes les tâches quotidiennes et demeure **24h sur 24h** au domicile de la personne sur une période variant de **4 à 14 jours**. Pas d'exigence de formation initiale, mais une formation de 35h avant l'embauche et une expérience de proximité avec les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. La rémunération est de 180€¹⁴² pour 24h pour la baluchonneuse et le reste à charge de 11€ par jour pour la personne.*

¹⁴¹ Repris en France sous l'appellation « relayage »

¹⁴² Rapport Joëlle Huillier, mars 2017

La même expérience a été mise en place en **Belgique** avec un reste à charge de 65€ par jour pour les personnes.

En France, expérimentation du « relayage »¹⁴³

Le cahier des charges rappelle que le régime dérogatoire prévu par l'expérimentation est de **6 jours consécutifs maximum** d'intervention, **94 jours maximum** d'intervention sur 12 mois consécutifs : il permet la suppression totale ou partielle des 11 heures de repos quotidien avec attribution d'un repos compensateur¹⁴⁴. Dans le cadre d'un appel à candidatures national, l'établissement ou le service candidat doit être, soit autorisé par le conseil départemental en qualité de **service d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad)**, intervenant en tant que **prestataire** auprès des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap, soit agréé par la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte), en qualité de **service d'aide et d'accompagnement à domicile**, intervenant en tant que **mandataire** auprès des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap. Le cahier des charges précise également que le dispositif de relayage "doit permettre à l'aidant un moment de répit quel que soit le motif de son départ (vacances, hospitalisation...). Ce **départ est une condition imposée** : il est nécessaire et impératif pour le bon déroulement de la prestation et le répit de l'aidant". Pour offrir un "bénéfice réel" à l'aidant, ce relayage doit durer **au moins deux jours et une nuit**, soit trente-six heures consécutives. "Le relayeur ne remplace pas les services déjà mis en place à domicile pour accompagner la personne aidée. Il effectue les tâches que réalise l'aidant dans sa vie quotidienne et ne se substitue pas aux services à la personne existants." Le cahier des charges détaille aussi les modalités de préparation, de réalisation et de suites de l'intervention. Au niveau national, il prévoit la mise en place d'un "**comité de suivi national**" où siègeront notamment l'Assemblée des départements de France (ADF) et "les représentants des départements intéressés". L'expérimentation fera l'objet d'une évaluation, dont le rapport final sera soumis au Parlement en vue d'une éventuelle pérennisation du dispositif, accompagnée, le cas échéant, d'évolutions tirées des retours d'expérience.

e) En Allemagne

En 2014, parmi les 2,63 millions de personnes dépendantes, 1,85 millions étaient soignées par des proches à domicile¹⁴⁵.

Depuis le 1er janvier 2017, un aidant au sens de la loi de l'assurance-dépendance est une personne qui prend en charge une ou plusieurs personnes nécessitant des soins à domicile :

- pendant au moins dix heures par semaine ;
- réparties sur des périodes régulières d'au moins deux jours par semaine ;
- sur une base non-rémunérée.

Il existe en Allemagne **quatre types de congés** pour assurer le soin d'un proche en perte d'autonomie :

- **congé de courte durée (Auszeit im Akutfall)** jusqu'à 10 jours ouvrables, sans préavis.

Ce droit s'applique à tous les employeurs, quelle que soit la taille de l'entreprise. Ce congé est sans solde mais l'employé peut demander une prestation (Pflegeunterstützungsgeld). Il s'agit d'un revenu de remplacement, financé par l'assurance-dépendance, dont le montant

¹⁴³ elle vient d'être autorisée en France par le décret n°2018-1325 du 28 décembre 2018 sur la base d'un cahier des charges dérogatoire au droit du travail.

¹⁴⁴ la durée du repos compensateur est égale à celle du repos quotidien et du temps de pause dont le salarié n'a pu bénéficier

¹⁴⁵ Questionnaire Conseillers sociaux.

est calculé comme une prestation enfant malade : 67 % du salaire brut antérieur (soit environ 90% of du salaire net) ;

- **congé de soutien familial de moyenne durée** (« *Pflegezeit* »), de droit pour les employés d'entreprises de plus de 15 salariés, sans solde, pouvant durer jusqu'à 6 mois.

En 2011, la cour fédérale du droit de travail a jugé que le congé de six mois ne peut pas être fractionné ;

- **congé de soutien familial de longue durée** (« *Familienpflegezeit* »), de droit pour les entreprises de plus de 25 salariés, mais le travail doit être conservé à temps partiel (minimum de 15 heures par semaine); la rémunération est lissée (24 mois) ;

- **congé de solidarité familiale** pour aider la fin de vie d'un proche non-dépendant mais gravement malade (cancer...).

Dans le cadre du congé de soutien familial de moyenne et longue durée, l'employé a la possibilité de demander un **prêt à taux zéro** auprès du bureau fédéral de la famille et de la société civile (BAFzA). Ce prêt est disponible pour la période durant laquelle ils quittent pleinement ou partiellement leur emploi pour s'occuper d'un proche dépendant. Le montant du prêt est toutefois limité et il doit être remboursé dans les 48 mois suivants la fin du congé. Il reste toutefois possible de différer le remboursement sous certaines conditions.

Enfin, selon un article de l'hebdomadaire Der Spiegel, l'introduction depuis 2015 du prêt à taux zéro pour les aidants salariés n'a pas eu le succès attendu, en raison du nombre restreint de personnes en ayant effectué la demande. En effet, depuis le 1^{er} janvier 2015, 754 demandes de prêt à taux zéro dans le cadre de soins de longue durée ont été soumises, dont 618 approuvées. Cela représente moins d'un pour cent des quelques 70 000 personnes qui, selon les estimations du Ministère fédéral de la Famille, ont bénéficié d'un congé pour aidant de moyenne ou de longue durée (information du CAS).

La protection en matière de protection sociale des aidants a été renforcée par la loi de 2015 (*Pflegestärkungsgesetz II*).

- **La protection en matière d'assurance chômage** est également renforcée en cas de démission d'un emploi en vue d'assurer les soins à une personne âgée.

Les cotisations d'assurance chômage sont ainsi réglées pour toute la durée des soins par l'assurance vieillesse. De plus, dans le cas où ces aidants familiaux ne retrouvent pas un travail après la période de soins prodigués à la personne âgée, ces aidants sont éligibles aux prestations chômage et aux mesures de soutien à la recherche d'emploi.

- **Prise en charge des cotisations retraite des aidants informels**, à condition que la personne en perte d'autonomie (à domicile) soit dans un niveau de dépendance de 2 à 5, et que l'aidant aide au moins 10h par semaine (répartis sur au moins 2 jours par semaine à domicile) et qu'il ne soit pas employé pour plus de 30 heures par semaine. Le niveau des cotisations retraites prises en charge par l'assurance vieillesse augmente en fonction du niveau de soin de la personne âgée ainsi aidée (+25% dans le cas d'un aidant familial pour une personne âgée dont le niveau de soin est de 5). De surcroît, cette nouvelle mesure permet de soutenir les aidants familiaux des personnes âgées atteintes de démence.

f) En Espagne

Il existe deux types de congés pour aider un membre de la famille au second degré qui, en raison de l'âge, d'un accident ou souffrant d'une maladie ou d'un handicap, ne peut pas se débrouiller et ne peut pas travailler :

- **congé court de deux jours** (*permiso por enfermedad grave de un familiar*). Le congé est rémunéré par l'employeur ;

- **congé long, jusqu'à deux ans**¹⁴⁶ (*excedencia por cuidado de un familiar*). Le congé est sans solde.

Cependant, même si non rémunérée, la première année est prise en compte dans le calcul des droits à retraite. L'emploi est réservé pendant la première année de congé, puis un poste au sein du même groupe professionnel ou de la catégorie équivalente doit être réservé.

Il est aussi possible de réduire sa durée travaillée d'au minimum un huitième et au maximum de la moitié (*reducción de jornada por cuidado de un familiar*).

Pour les bénéficiaires de la prestation pour la prise en charge de soins dans l'environnement familial, en plus de l'avantage économique mensuel, les aidants avaient jusqu'en 2012 la possibilité de cotiser à la Sécurité Sociale sans assumer aucun coût. Cependant, à cause de la crise, le Décret-Loi Royal 20/2012 est entré en vigueur et depuis les aidants de l'entourage des personnes dépendantes doivent assumer l'intégralité des frais s'ils veulent cotiser à la Sécurité Sociale. La souscription à cet accord spécial pour les aidants est volontaire.

2.5 ET SI ON PARLAIT PREVENTION ?

2.5.1 Les pays nordiques misent sur le « bien vieillir »

Ils sont particulièrement attentifs aux conditions du « bien vieillir » et consacrent un certain nombre de moyens à la mise en place de politiques de prévention valorisant la mobilité, la sociabilité et le goût de la vie.

En matière de **mobilité**, un gros investissement est réalisé pour la rééducation. Au Danemark, presque toutes les communes ont des centres de rééducation et des programmes destinés à prendre efficacement en charge les personnes âgées dont les capacités physiques sont réduites du fait d'un accident ou d'actes médicaux invasifs. Les kinésithérapeutes y sont particulièrement nombreux.

La ville de Copenhague organise, par exemple, des programmes de réadaptation (physique, mentale et sociale) basés sur les souhaits et besoins des utilisateurs : à l'issue de ce programme, qui concerne 3300 citoyens chaque année, 50% d'entre eux ont des besoins réduits en matière de soutien à domicile, et cela perdure pendant au moins 2 ans.

En Suède où plus de 1 000 personnes meurent chaque année à la suite d'une chute¹⁴⁷, la **prévention des chutes** mobilise plusieurs types de projets parmi lesquels on peut citer :

- l'initiative du centre national de compétence *The Swedish Family Care Competence Centre*, pour mettre au point un matériel pédagogique facile à utiliser sur la manière de prévenir les chutes chez les personnes âgées. Le Centre produira une *boîte à outil* numérique, avec du matériel pédagogique en lien avec les fédérations et organisations de retraités. La boîte à outils sera publiée sur le site web du Centre, où

¹⁴⁶ Il peut être plus long dans le cadre de certaines conventions collectives. Il est étendu jusqu'à trois ans pour les fonctionnaires

¹⁴⁷ 70 000 autres sont gravement blessées et hospitalisées, la majorité a plus de 80 ans. Les coûts sont estimés à 11 milliards de couronnes (1 milliard d'euros) par an.

les membres de la famille pourront obtenir des conseils et du soutien. Le Centre planifie également des séminaires sur son site internet ;

- *le comté de Stockholm, propose à ses habitants âgés de 75 ans et plus un service de « médiateurs » pouvant aider les personnes âgées à changer par exemple une ampoule ou à installer des rideaux dans leur logement. Ce service est gratuit pour un maximum de 6 heures par an et par foyer ;*
- enfin, la pratique régulière d'une activité physique permet de réduire significativement ce type d'accidents. Celle-ci peut être prescrite à la fois dans un but préventif ou à des fins de traitement ou parfois en association avec un traitement médicamenteux dont les résultats sont contrôlés par le médecin prescripteur.

La lutte contre l'**isolement** est aussi un axe important de prévention dans un pays où 40% de personnes de 65 ans vivent seules.

Le gouvernement suédois soutient des projets visant à réduire la solitude des personnes âgées : il finance, par exemple, à hauteur de 2 010 000 SEK (192 960 €) un projet porté par les associations de retraités «PRO», «SPF Seniors» et «SKPF» pour inciter les personnes âgées à renforcer le contact avec d'autres personnes plus âgées. Les organisations produiront des manuels, des conseils et sensibiliseront les personnes âgées à entrer en contact avec d'autres personnes âgées. Le projet comprend également le lancement d'un **téléphone d'appui**. Il mettra davantage l'accent **sur les groupes confrontés à la solitude**: les personnes qui ont récemment perdu un partenaire ou les personnes isolées, les étrangers et les personnes ayant des problèmes de dépendance. Les propositions en ce sens seront soumises au ministère des Affaires sociales avant le 15 mars 2019.

En matière de santé, d'autres éléments sont à noter :

- le Danemark considère maintenant la **gérontologie** comme une spécialité à part entière qui fait l'objet d'une priorité, compte tenu de la situation démographique et des coûts engendrés par une mauvaise prise en charge ;
- au Danemark, une **visite préventive** doit être proposée par la municipalité à tout citoyen à risque, notamment d'isolement, entre 65 et 79 ans. A partir de 80 ans, elle doit être proposée tous les ans : l'objectif est bien de repousser la dépendance en proposant des soins, une rééducation, une aide à domicile, une adaptation du logement ou un logement mieux adapté, des contacts téléphoniques quotidiens, ou des activités occupationnelles, la participation à des groupes de personnes âgées, des formations, etc. ;
- en Suède, pour sensibiliser les personnes âgées ne souhaitant pas faire l'objet d'une visite médicale, les municipalités organisent des événements collectifs à destination des 65 ans et plus ;
- un plan national intitulé « **Pour une vie sûre et digne avec la démence** » a été lancé en 2017 au Danemark pour l'amélioration de la prise en charge des maladies neurodégénératives ;
- pour sa part, la Suède a commencé à ouvrir des **centres de santé spécialisés** dans la prise en charge des personnes âgées, avec pour objectif d'éviter que la personne ne soit prise en charge successivement par des médecins des équipes différentes. La formation des personnels des centres doit éviter les prescriptions abusives et inadaptées. L'objectif de maîtrise des dépenses est clairement affiché, mais le projet est bien accueilli dans la mesure où il devrait permettre une prise en charge rapide et efficace.

2.5.2 Au Québec

Cette démarche de prévention est aussi stimulée au **Québec** qui a adopté en 2012 une première politique gouvernementale sur le vieillissement « **Vieillir et vivre ensemble chez soi, dans sa communauté au Québec** »¹⁴⁸. Le maintien dans le milieu de vie, le plus longtemps possible, en est l'élément central. Elle se veut un projet de société conviant tous les acteurs concernés à relever le défi du vieillissement de la population et à bâtir une société inclusive pour tous les âges, dans laquelle il fait bon vieillir et vivre ensemble.

L'accent, en matière de prévention est mis sur :

- l'alimentation ;
- la diminution de la consommation de médicaments ;
- la prévention des chutes ;
- le dépistage de la dépression ;
- la vaccination ;
- la lutte contre la maltraitance ;
- l'adaptation de l'environnement ;
- le développement des Maisons des grands-parents.

En mars 2012, le Secrétariat aux aînés confie à l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval (IVPSA) le mandat d'élaborer, en collaboration avec les 6 Maisons des grands-parents (MGP) existantes, un modèle qui baliserait le développement des MGP actuelles et futures. Le rapport intitulé « Les Maisons des grands-parents : un modèle québécois » retrace leur portrait, leur mission, leurs objectifs et les activités qu'elles proposent, permettant ainsi de mieux connaître ces organismes. Les MGP y sont définies comme des milieux de vie qui offrent la possibilité à des personnes âgées bénévoles, retraitées ou non, d'établir des liens avec des enfants et des adolescents dans un « esprit grands-parents ». Les MGP visent non seulement à créer ou maintenir des liens intergénérationnels, intragénérationnels et sociétaux, mais également à valoriser le rôle sociétal des aînés et favoriser leur participation citoyenne.

Des budgets assez importants ont été alloués à ces programmes :

- 1,31 Milliards de CAD (875 millions d'euros) pour créer des environnements sains, sécuritaires et accueillants pour les aînés québécois
- 1,16 Milliards de CAD (775 millions d'euros) pour promouvoir la santé, prévenir la perte d'autonomie et améliorer la qualité de vie des aînés québécois
- 22,7 Millions de CAD (15 millions d'euros) pour reconnaître la valeur des aînés québécois et favoriser leur participation au développement de la société

Le Gouvernement du Québec a investi 80 millions de dollars sur quatre ans (51 millions d'euros PPA) pour assurer la mise en œuvre du plan d'action interministériel 2017/2021, dont le double objectif est d'améliorer la santé et la qualité de vie de la population ainsi que de réduire les inégalités sociales de santé.

Plusieurs plans d'action prévoient un élargissement de l'accès aux programmes d'aides techniques, de fournitures et d'équipements et autres « besoins spéciaux » aux personnes ayant des incapacités liées au vieillissement.

¹⁴⁸ <http://aines.gouv.qc.ca/documents/politique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf>

Au cours des dernières années, le MSSS a misé sur le déploiement dans toutes les régions du Québec du **Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED)** destiné aux aînés autonomes préoccupés par leur équilibre ou par les chutes. Ce programme permet aux aînés d'améliorer leur équilibre et leur mobilité, de contribuer à garder leurs os en santé et de diminuer le risque de chute, d'aménager leur domicile et d'adopter des comportements sécuritaires, tout en restant actifs.

2.5.3 Au Japon : des prestations accessibles dès les deux premiers niveaux de prévention

La **dimension prévention** est très présente et a été intégrée dès la mise en place de l'assurance de soins longue durée avec l'identification lors de l'évaluation des besoins liés au soutien à l'autonomie d'un niveau prévention et la création d'une **prestation** orientée vers la prévention.

La réforme de 2005 a **introduit** un **niveau** supplémentaire dans la grille d'évaluation qui comporte désormais 2 niveaux de prévention.

Chaque municipalité doit construire un **programme d'actions de prévention** et de soutien aux personnes éligibles au niveau prévention ou non éligibles.

Parmi les nouveaux types de services basés dans la communauté proche avec branche dépendance et branche prévention, on note :

- des visites à domicile ;
- des accueils de jour (utilisés par 46,5% des personnes éligibles) ;
- des petites unités pour personnes atteintes de troubles cognitifs ;
- la création de centres locaux de groupes de soutien ;
- des services de soutien de la vie quotidienne auprès des habitants âgés (repas, etc.) ;
- établissement de plan pour les personnes éligibles à la prévention ;
- dispositif général d'action préventive.

Le nombre de personnes bénéficiaires de ces services de prévention a été multiplié par 3,5 depuis l'année 2000. En termes de résultats, on notait fin 2006 une diminution dépenses du care de 0,5% (34 milliards de yen) et une diminution de 2,2% des prestations par personne du premier groupe. Cet infléchissement doit cependant être analysé avec prudence du fait d'une diminution en parallèle du tarif des prestations.

D'autres interventions plus classiques concernent la nutrition, le tabagisme et le dépistage des cancers.

De même que dans les pays nordiques, la lutte contre l'isolement constitue un axe fort de prévention et le Japon apporte une réponse originale en mobilisant les entreprises ferroviaires :

Lutte contre l'isolement : face au déclin des zones rurales et urbaines, les politiques publiques ont mis l'accent sur la réactivation des liens de voisinage (maillage des « mukôsangenryôdonari ¹⁴⁹»), la socialisation étant conçue comme un élément constitutif de la politique de santé publique. Le bénévolat, dans des associations de quartier ou des structures à but non lucratif, est encouragé dans la mesure où il offre les conditions d'une socialisation bénéfique et la fourniture de services à moindre coût. Stratégies de

¹⁴⁹ Les 3 maisons d'en face et les 2 maisons latérales

diversification des âges pour attirer de jeunes actifs dans les territoires en déclin : difficile à mettre en œuvre, quelquefois appuyée sur les initiatives des grandes entreprises ferroviaires qui ont besoin de maintenir leur réseau (« ensen ») et ont recours à des sociétés « du troisième secteur » ouvrant droit à des subventions publiques pour proposer des services.

2.6 QUELQUES ELEMENTS SUR LE FINANCEMENT

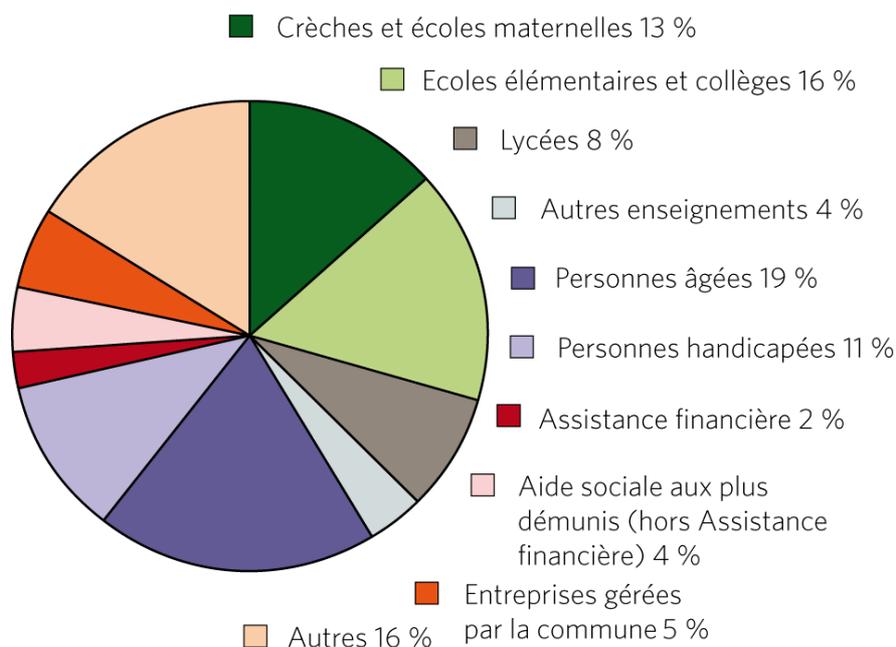
Dans les pays nordiques, le financement est largement public et relève des municipalités qui perçoivent une part importante de l'impôt sur le revenu pour financer les services qu'elles dispensent. Il y a de ce fait une forte proximité entre le contribuable et la municipalité sur le sujet des services aux personnes âgées et handicapées (comme sur celui de l'éducation). Il n'existe, dans ces pays, ni récupération sur succession, ni obligation alimentaire.

2.6.1 En Suède

Le financement de la prise en charge des personnes âgées dépendantes est très largement public, il est principalement assuré par les impôts locaux des communes et des comtés (85%) et, dans une moindre mesure, par des subventions gouvernementales (10%) et les utilisateurs (4/5%).

A titre d'exemple, les communes suédoises consacrent en moyenne 19% de leur budget à la prise en charge des personnes âgées et 11% pour les personnes handicapées :

Figure 24 - Dépenses des communes suédoises



Source : SKL.

Les **dépenses des municipalités liées aux soins aux personnes âgées** augmentent régulièrement depuis 2013 : de 109 206 millions SEK (10,484 milliards d’euros) en 2013 à 121 694 millions SEK en 2017 (11,682 milliards d’euros), soit **2,5% du PIB environ**.

Les projections, sans correction de tendance, montrent que pour faire face à l’augmentation des effectifs de personnes dépendantes, les communes devraient augmenter en moyenne les impôts locaux de 13% dans les 10 ans à venir.

Comme le montre le tableau ci-dessous, la part la plus importante des dépenses des municipalités concerne la prise en charge en hébergement : 64% des dépenses contre 34% pour le maintien à domicile. En effet, la commune n’assure le financement que de 20h de soutien par semaine, au-delà des 20h c’est la sécurité sociale qui prend le relais.

Tableau 18 - Dépenses des municipalités pour les soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées

VERKSAMHETSOMRÅDE	2014	2015	2016	2017
VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE	109 206	113 608	117 354	121 694
därav hemtjänst i ordinärt boende	35 582	38 093	39 354	40 892
därav särskilt boende/annat boende	62 755	64 457	66 874	69 299
INSATSER TILL PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING (exkl LSS/SFB)	12 131	12 945	13 559	13 963
därav hemtjänst i ordinärt boende	3 439	3 693	3 906	3 862
därav särskilt boende/annat boende	4 298	4 628	4 868	5 143
INSATSER ENLIGT LSS/SFB	52 591	54 851	57 062	59 236
därav boende enl. LSS för vuxna	22 443	23 735	25 213	26 597
därav personlig assistans enl. LSS/SFB	16 974	17 244	17 467	17 751
TOTALA KOSTNADER	173 928	181 404	187 976	194 893

Source : www.scb.se.

Légende : "vård och omsorg om äldre" : soins pour personnes âgées; "därav hemtjänst i ordinärt boende" : soins à domicile; "därav särskilt boende / annat boende" : soins en établissements.

2.6.2 Aux Pays-Bas

Le système de santé néerlandais est constitué de trois volets : les soins de santé de base (Zvw), les soins de longue durée ou de frais exceptionnels (Wlz) et les assurances complémentaires volontaires.

En principe, toute personne qui réside ou exerce une activité professionnelle aux Pays-Bas est automatiquement assurée conformément à la Loi sur les dépenses médicales exceptionnelles (Wlz).

De même, en vertu de la Loi générale sur les soins de santé (*Zorgverzekeringswet – Zvw*), toute personne assurée de plein droit sur la base du Wlz est tenue de contracter une assurance santé de base (Zvw).

Le financement des soins de longue durée repose donc de longue date sur un financement collectif lié à l'assurance maladie auquel vient s'ajouter une participation de l'Etat et des usagers.

- **Financement par l'assurance de soins de longue durée**

Mise en place en 1968, par la loi sur les dépenses médicales exceptionnelles (AWBZ)¹⁵⁰, **l'assurance pour « les frais médicaux supplémentaires »**, publique et obligatoire, est une branche de l'assurance maladie destinée à couvrir les risques lourds. Jusqu'en 2007, elle couvrait l'ensemble des soins de longue durée, soit en établissement, soit à domicile. Les cotisations financent 70% de la dépense, l'Etat et les usagers sous forme de copaiements (12%) assurent le reste. La maîtrise de la dépense reste un enjeu pour assurer la soutenabilité du dispositif et la qualité des prises en charge. Les cotisations ainsi que par des primes mensuelles sont versées par les assurés directement aux compagnies d'assurance privées, le montant est fixé par ces dernières et s'élevait à 9,65% en 2016¹⁵¹.

Tableau 19 – Assurances nationales applicables à toutes les personnes résidant au Pays-Bas ou y exerçant une activité professionnelle (au 1^{er} janvier 2016)

	Taux de cotisation	Plafond annuel
Loi générale sur les pensions de vieillesse (AOW)	17,90 %	33 715 €
Loi générale sur l'assurance survivants (Anw)	0,60 %	33 715 €
Loi générale sur les dépenses médicales exceptionnelles (Wlz)	9,65 %	33 715 €

Source : CLEISS.

¹⁵⁰ AWBZ = Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

¹⁵¹ Cleiss

- **Financement par la loi générale sur les soins de santé**

La loi sur l'assurance-maladie est une assurance dans le cadre de laquelle les assurés supportent, ensemble, l'intégralité du coût des soins. Il y a deux grandes sources de financement : d'un côté, **chaque assuré** paye, à partir de ses 18 ans, une prime « nominale » à son assureur-maladie. En moyenne, cette prime s'élève à 1 200 € par an. À cela s'ajoute une franchise de 385,00 € (en 2016) pour chaque assuré âgé de plus de 18 ans ayant pour but, entre autres, de sensibiliser les citoyens à la question du coût des frais de santé. Un certain nombre de formes de soins proposées (tels que les soins prodigués par les médecins traitants et les soins postnataux) ne tombent pas sous le coup de cette franchise. En ce qui concerne les enfants et les jeunes personnes de moins de 18 ans, l'État acquitte les frais de l'assurance en puisant dans les moyens généraux.

Il y a par ailleurs une cotisation de 6,75% en fonction du niveau du revenu payée par **l'employeur**. Au niveau macro, il s'agit d'un montant comparable à celui de la cotisation annuelle. Cette cotisation en fonction du niveau de salaire combinée à la contribution de l'État pour les enfants et les jeunes personnes de moins de 18 ans sont versées au fonds de l'assurance maladie.

Pour certains soins relevant de la couverture de base, les assurés doivent payer une contribution personnelle

**Tableau 20 – Assurances au titre d'une activité salariée
(taux applicables au 1^{er} janvier 2016)**

	Part patronale	Part salariale**	Plafond annuel
Loi générale sur les soins de santé (Zvw) ⁽¹⁾	6,75 % ⁽²⁾	Prime nominale ^{152 (3)}	52 763€

Source : CLEISS.

- **Financement par l'Etat de l'aide à domicile via une dotation aux communes**

Depuis 2007, l'assurance de soins de longue durée est recentrée sur les pathologies les plus lourdes et les dépenses médico-sociales ont été transférées aux communes en vertu de la loi « sur l'accompagnement social » (WMO)¹⁵³. L'État verse aux communes une **dotation** calculée en fonction des caractéristiques de leur population. Si elles réussissent à limiter leurs dépenses, les communes peuvent utiliser les crédits disponibles à d'autres fins.

Elles doivent mettre en place un guichet unique qui examine les demandes, définit les mesures et, le cas échéant, fixe le niveau des allocations en espèces ainsi que les aides techniques (fauteuils roulants ...) et domestiques. Ce sont les communes, comme dans les pays nordiques, qui fixent les règles de copaiement, de proportionnalité ou non aux revenus.

¹⁵² Cela représente environ 1200€ par an

¹⁵³ WMO = Wet Maatschappelijke Ondersteuning

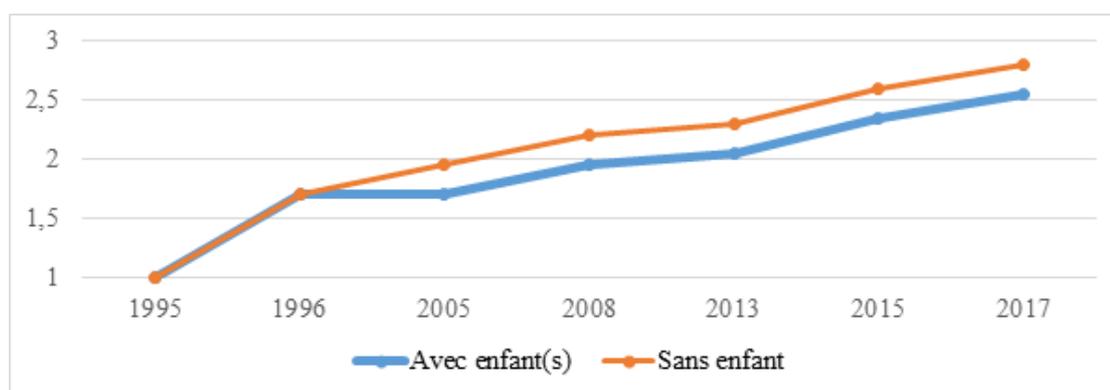
2.6.3 En Allemagne : l'assurance soins de longue durée

En Allemagne, depuis 1995, l'assurance soins de longue durée est financée par des cotisations sur les revenus bruts, jusqu'à un plafond s'élevant à 4 537,50 € (4 690€ PPA) mensuels en 2019.

Depuis le 1^{er} janvier 2019, le taux de cotisation s'élève à 3,05 % du revenu brut (3,3 % pour les personnes sans enfants¹⁵⁴). Il était de 2,55% au 1^{er} janvier 2017 (2,8% pour les personnes sans enfants) (figure 25).

Le taux de cotisation est partagé pour moitié entre employeur (1,525 %) et salarié (1,525 %). Les personnes retraitées sont également redevables des cotisations d'assurance dépendance (partage des cotisations entre le retraité et la caisse d'assurance-retraite).

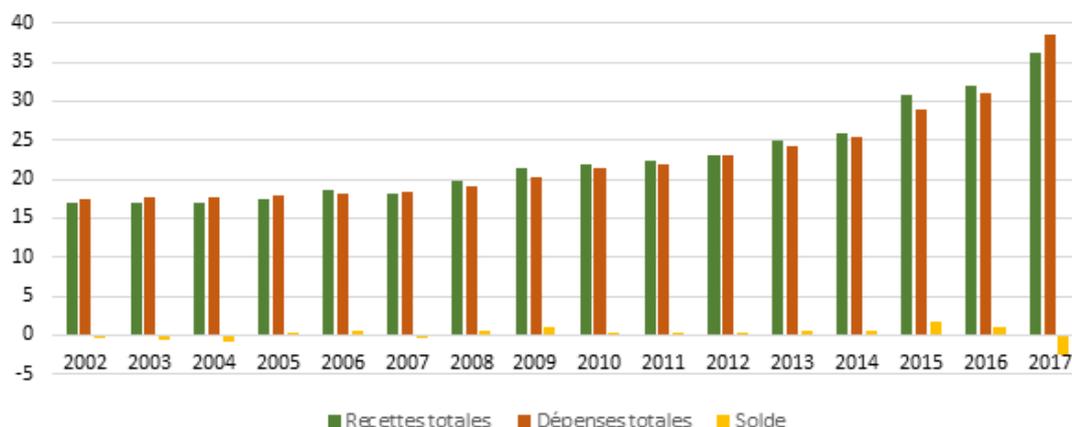
Figure 25 - Evolution du taux de cotisation depuis 1995 (en %)



Cette hausse du taux, au 1er janvier 2019, a été décidée face aux premiers déficits enregistrés en 2017 (500 millions d'euros) et aux déficits anticipés pour 2018 (par le ministère fédéral de santé). Jusqu'alors, de 2008 à 2016, l'assurance-dépendance enregistrait des excédents (figure 26).

¹⁵⁴ Depuis le 1^{er} janvier 2005, les personnes sans enfants sont soumises à une majoration de 0,25 points de cotisation. Cette majoration a permis une différenciation entre les assurés avec et sans enfants, exigée par la Cour constitutionnelle. Sont exemptés de cette majoration obligatoire les personnes sans enfants nées avant le 1^{er} janvier 1940 ainsi que les jeunes de moins de 23 ans.

Figure 26 - Evolution des recettes, des dépenses et du solde de l'assurance dépendance entre 2002 et 2017



Cette hausse du taux de cotisation devrait apporter environ 7,6 milliards d'euros à l'assurance-dépendance, dont 3,7 milliards serviront à financer les réformes engagées par le gouvernement précédent et 3 milliards seront alloués au recrutement de personnels soignants supplémentaires. Le Ministre fédéral de la santé a par ailleurs annoncé que ce taux de cotisation n'augmenterait plus jusqu'en 2022.

Selon le Ministère fédéral de la santé (BMG), 72,70 millions de personnes étaient affiliées à l'assurance-dépendance légale et 9,32 millions à une assurance-dépendance privée fin 2017. L'affiliation se fait via la caisse d'assurance-maladie, à laquelle est rattachée la caisse d'assurance-dépendance.

Enfin, cette hausse de la cotisation d'assurance-dépendance s'est accompagnée d'une baisse du taux de cotisation de l'assurance-chômage dont les comptes forment des excédents disponibles dans un contexte de chômage historiquement bas. Cette « compensation » pourrait être interprétée comme une forme de réallocation des excédents de l'assurance-chômage vers une allocation dépendance très sollicitée par le vieillissement de la population et les coûteuses réformes de la dépendance de la mandature précédente.

Tableau 21 - Détail des recettes et dépenses totales de l'assurance-dépendance pour 2017

	Mrds €
Recettes : Cotisations sociales	36,04
Dont	
Cotisations de salariés de droit commun	21,05
Cotisations volontaires à l'assurance-dépendance	5,66
Cotisations de retraités	6,28
Cotisations de bénéficiaires de l'assurance chômage	0,43
Cotisations de bénéficiaires de l'allocation d'assistance chômage	0,91
Autres cotisations	1,72
Autres recettes	0,06
Recettes totales	36,10
Dépenses : Prestations	35,54
Dont	
Prestations en espèces	9,99
Prestations en nature	4,50
Prestations en cas d'empêchement d'un proche aidant	1,12
Soins de jour / nuit	0,68
Soins ambulatoires supplémentaires et services de secours	1,23
Soins de courte durée	0,60
Sécurité sociale des aidants	1,54
Amélioration de l'environnement de vie / du logement	0,88
Soins en établissement	13,00
Soins en établissement pour personnes en situation de handicap	0,40
Compensations supplémentaires pour les soins stationnaires (traitement particulier,...)	1,31
Prestation de conseil	0,09
Autres prestations	0,20
La moitié du coût du service médical MDK	0,42
Dépenses administratives	1,18
Participation au fonds de prévoyance des soins	1,36
Dépenses totales	38,52

2.6.4 Au Japon : une assurance de soins de longue durée qui assure pour l'instant la stabilité financière du système

Le financement de la politique de soutien à l'autonomie repose sur une triple ressource :

- l'assurance soins longue durée qui couvre 45% de la dépense ;
- l'Etat et les collectivités locales : 45% ;
- les personnes : 10% (ticket modérateur et dispositif de tiers-payant).

L'assurance soins de longue durée a été instaurée en 1997 et mise en place en 2000. C'est un système d'assurance universelle qui s'adresse aux plus de 65 ans et auquel cotisent toutes les personnes de plus de 40 ans selon les modalités suivantes :

- de 40 à 64 ans : cotisation de 0,88% sur les salaires (0,95% pour les fonctionnaires) – cotisation forfaitaire de 11€ pour les non-salariés – 42 Millions de cotisants – cette part représente 28% des cotisations totales ;
- > 65 ans : cotisation mensuelle (35€ par mois environ, plus élevée que pour les actifs) prélevée sur les retraites -34 Millions de cotisants (21,6M en 2000) qui représentent 22% des cotisations ;
- la cotisation des actifs est prélevée sur la cotisation de l'assurance maladie, la moitié est à la charge des employeurs.

Les **pouvoirs publics** assurent un financement au même niveau que l'assurance soins longue durée. L'Etat, pour la moitié (financée notamment par une taxe sur la consommation de 5%), les départements et les communes pour 1/4 chacun. Ce sont les municipalités qui sont les assureurs, elles perçoivent les cotisations et délivrent les services sur la base de leur programme d'action.

La réforme de 2014 a modifié le principe du **ticket modérateur** non progressif de 10% et l'a porté à 20% à compter du 1^{er} août 2016 pour les revenus¹⁵⁵ au-delà d'un plafond de 2 800 000 yens (personne seule >65 ans) ou 3 460 000 yens (couple >65 ans), soit respectivement 21 686 et 26 800€ PPA, puis à 30% à compter du 1^{er} août 2018 pour les revenus supérieurs à 3 400 000 yens (personne seule >65 ans) ou 4 600 000 yens (couple >65 ans), soit respectivement 26 330€ PPA et 35 630€ PPA.

Cette même réforme a exclu du financement des soins de longue durée les dépenses de prévention désormais à la charge des municipalités.

A la différence de l'Allemagne dont le système a inspiré le Japon, **les personnes de moins de 65 ans** n'ont accès à cette couverture que si elles sont touchées par une maladie liée à l'avancée en âge (démence précoce, maladie de Parkinson, rhumatisme articulaire ...). Lors de sa création, la question de la couverture des jeunes et des enfants handicapés s'est posée, mais elle a été rejetée notamment du fait de l'opposition des associations de personnes handicapées.

Afin de garantir la soutenabilité d'un dispositif qui a vu ses bénéficiaires multipliés par trois entre 2000 et 2015 (1,5 à 5,1 Millions de personnes), les dispositifs sont révisés tous les trois ans. Ainsi les tarifs des services, les critères d'attribution et les programmes restent

¹⁵⁵ Revenu pris en compte : montant de la pension + revenu après déductions)

constants sur trois ans et sont calculés pour assurer l'équilibre du système. Il faut noter que l'assurance soins de longue durée a ainsi toujours été excédentaire depuis sa création.

Elle va cependant devoir faire face en 2025 à l'arrivée à l'âge de 75 ans des babyboomers et à la demande non satisfaite d'hébergement en établissements. L'élargissement de la cotisation à l'ensemble de la population active est une des hypothèses pour la rendre plus stable et soutenable.

2.6.5 Au Québec, un financement principalement étatique

Le programme **Soutien à l'autonomie des personnes âgées** regroupe dans un guichet unique tous les services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux aux personnes en perte d'autonomie et à leurs aidants.

En 2016-17, ce programme « soutien à l'autonomie des personnes âgées » était financé à hauteur de 3.477 milliards de CAD (soit 2.220 milliards d'euros en PPA), représentant 16% des dépenses publiques de santé, plus de 3% du budget de la province du Québec, près d'1% du PIB du Québec.

- 628 milliards de CAD pour les services de soutien à domicile
- 68.2 milliards de CAD pour les organismes communautaires
- 2.119 milliards de CAD pour l'hébergement en CHSLD
- 450 milliards de CAD pour les RI, résidences d'accueil et autres
- 171 milliards de CAD pour les services complémentaires du domicile (centre de jour, hôpital de jour gériatrique, services ambulatoires de psychogériatrie, etc..)
- 45 milliards de CAD du programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique, versée directement aux bénéficiaires de 65 ans et plus.

C'est le **Ministère** qui alloue les ressources et fixe les orientations, les cibles à atteindre au niveau national pour chaque « programme-clientèle »

La **Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)** est un organisme du gouvernement québécois institué en 1969 et relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux. Sa fonction relative au système de service public de santé et de services sociaux du Québec vise à maintenir et à améliorer la santé de la population en assurant à tous l'accès aux soins de santé gratuits (au moyen de différentes taxes et impôts). La RAMQ administre le régime d'assurance maladie, le régime public d'assurance médicaments ainsi que près d'une quarantaine d'autres programmes qui lui sont confiés par le Gouvernement.

Le niveau régional, depuis la réforme de 2015¹⁵⁶, est organisé autour des 22 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). qui sont responsables, entre autres, de la planification et de l'organisation des services à domicile (y compris pour proches aidants)

¹⁵⁶ <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablisements-de-sante-et-de-services-sociaux/>

Au niveau local, ce sont les **CLSC** (centres locaux de services communautaires), qui dépendent d'un CISSS et qui sont responsables du choix des moyens dans le respect des ressources allouées.

Il existe enfin un **Fonds de soutien aux initiatives** pour favoriser l'innovation

CONCLUSION

Pour faire face aux enjeux du soutien à l'autonomie de leurs personnes âgées, la plupart des pays étudiés combinent de multiples solutions :

- alliant ce qui relève du collectif, que ce soit au niveau national ou local, de l'individuel ou du recours au secteur marchand ;
- combinant prestations en nature et/ou en espèces avec des mesures fiscales ou relevant de l'aide sociale
- renforçant l'intégration et la coordination du sanitaire et du social (fonctions de care manager, développement des accueils temporaires en sortie d'hospitalisation, système de parcours intégré au niveau local au Japon, centres de coordination en Belgique ...)
- renforçant la professionnalisation, la reconnaissance, l'autonomie et la qualité de vie au travail des professionnels (équipes d'infirmières autonomes aux Pays-Bas, formations en Suède, opérateurs sanitaires et sociaux en Italie, accompagnateurs en Belgique), tout en développant le soutien aux aidants, la reconnaissance du rôle des bénévoles et une meilleure intégration/communication avec les professionnels
- proposant des réponses communautaires, notamment en matière de logement (petits logements partagés en Allemagne et aux Pays-Bas, ressources intermédiaires au Québec, habitats adaptés en Suède...), tout en développant les technologies assurant la sécurité individuelle (Danemark, Japon)
- promouvant des activités conformes au concept de « bien vieillir » et contribuant au soutien à domicile, notamment pour les troubles cognitifs (développement des centres de jour, implication des personnes dans leur propre prise en charge, intervenants en loisirs au Québec)
- inscrivant de manière plus ou moins heuristique ce soutien dans une démarche transversale et environnementale (municipalités amies des aînés au Québec et en Suède)

Si les logiques et les approches de départ restent à l'œuvre, on pressent des évolutions que nous avons pu dégager sur trois séries de pays :

- Ceux qui, partant d'un niveau de prise en charge élevé¹⁵⁷, ont tendance à freiner la croissance des coûts, pour en assurer la stabilité, tout en restant dans leur équation de départ combinant droit à l'autonomie/prestations en nature/prévention et professionnalisation : ce sont les Pays-Bas, le Danemark, la Suède et le Japon
- Ceux qui ont décidé d'investir dans cette prise en charge avec plus ou moins de moyens mobilisables : l'Allemagne en premier lieu, l'Espagne avec une politique volontariste mais qui manque de moyens et est dépendante des régions, et la France,
- Ceux qui affichent plutôt une stabilité de leur politique : Italie, Québec et Belgique

¹⁵⁷ Et qui correspond à l'investissement le plus élevé en matière de PIB, voir le schéma p. 2

ANNEXES

ANNEXE 1 : COMPTE DE LA DEPENDANCE EN FRANCE : COMPARAISON DU COMPTE DE LA DEPENDANCE ET DES DEPENSES COMPTABILISEES PAR L'OCDE

Comme l'indique le HCFiPS (2018)¹⁵⁸, les différents postes de dépenses du compte de la dépendance tel qu'il est établi par la Drees sont éclatés dans différents risques couverts par le système européen de statistiques intégrées de la protection sociale. Il est donc difficile de retracer les différents postes du compte dépendance dans les comptes européens.

A titre illustratif cependant, on reporte dans le tableau 1 les dépenses telles qu'elles sont comptabilisées au sens OCDE dans les dépenses de soins et services sociaux de longue durée (Drees, 2017)¹⁵⁹ et le compte dépendance 2014 de la Drees.

Tableau 1 - Dépenses de soins et services sociaux de longue durée en France en 2015, selon les nomenclatures française et internationale

Montant en millions d'euros

	Inclus dans la DCSi (HC3)		Dépenses connexes (hors DCSi - HCR1)	Ensemble
	Soins de longue durée en établissements	Soins de longue durée à domicile	Services sociaux de longue durée	
Sur le champ de la CSBM				
Soins d'auxiliaires médicaux		1 412		1 412
Sur le champ de la DCS, hors CSBM				
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)		1 583		1 583
Soins pers. âgées en établissement (y compris USLD)	8 995			8 995
Soins pers. Handicapées en établissement	9 492			9 492
Dépenses hors des comptes de la santé				
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour AIVQ	767	969		1 735
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour AIVQ			3 794	3 794
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et prestation de compensation du handicap (PCH)		2 084		2 084
Aide sociale aux personnes âgées			3 037	3 037
Aide sociale aux personnes handicapées			5 355	5 355
Ensemble	19 254	6 048	12 186	37 488

AVQ : activités essentielles de la vie quotidienne ; AIVQ : activités instrumentales de la vie quotidienne.

Note : Seuls les soins issus de la CSBM correspondent à une dépense tous financeurs. Les autres postes correspondent aux aides versées aux ménages

Source : DREES, réponse à SHA 2017 (à partir des comptes de la santé, édition 2016, des comptes de la protection sociale, édition 2017, et du compte de la dépendance dont la méthodologie est détaillée dans l'édition 2016 des comptes de la protection sociale).

Les dépenses ventilées dans ce tableau ne comprennent pas les soins aux personnes en difficulté sociale (centres de cure en alcoologie, appartements de coordination thérapeutique et centres de soins spécialisés aux toxicomanes). En 2015, les dépenses de soins de longue durée à domicile ont été révisées : elles se fondent désormais sur les estimations du compte de la dépendance élaboré par la DREES.

¹⁵⁸ HCFiPS (2018), op. cité

¹⁵⁹ Drees, 2017, Les dépenses de santé en 2016 – édition 2017

Tableau 2 - Le compte de la dépendance en 2014 (établi par la Drees)¹⁶⁰ et ses financements publics

Champ	Type de dépense	Dépense totale (en milliards)	dont financeurs publics (en milliards)	dont ménages (en milliards)
Santé	OGD personnes âgées	9,4	9,4	-
	Soins de ville	1,8	1,8	0,1
	USLD	1,0	1,0	-
Total		12,2	12,1	0,1
Perte d'autonomie	APA - aide publique	5,5	5,5	-
	dont aide à domicile	3,5	3,5	-
	dont aide en établissement	2,0	2,0	-
	TM APA et aide au-delà de l'APA	2,5	-	2,5
	PCH & ACTP (60 ans ou plus)	0,6	0,6	-
	Action sociale (collectivités territoriales et caisses de Sécurité sociale)	0,9	0,9	-
	Exonérations cotisation employeur	0,6	0,6	-
	Crédit IR dépendance à domicile	-	0,2	- 0,2
	Autres aides fiscales (demi-part invalidité, taux réduits de TVA, etc.) et diverses	0,4	0,4	-
	Dépenses appareillages	0,1	-	0,1
	Total		10,7	8,3
Hébergement	ASH	1,2	1,2	-
	Aides au logement (APL, ALS)	0,5	0,5	-
	Autres aides aux établissements	1,3	1,3	-
	Réduction IR en établissement	0,3	0,3	-
	Coût net de l'hébergement (hors gîte et couvert)	3,8	-	3,8
Total		7,1	3,3	3,8
Total (en milliards)		30,0	23,7	6,3
Total (en points de PIB)		1,40%	1,11%	0,29%

Légende : OGD : objectif global de dépenses médico-sociales ; USLD : unités de soins de longue durée ; APA : allocation personnalisée d'autonomie ; TM : ticket modérateur ; IR : impôt sur le revenu ; PCH : prestation de compensation du handicap ; ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne ; ASH : aide sociale à l'hébergement.

Note • Non compris ici les 4,4 milliards d'euros de gîte et couvert (nourriture, frais de logement et d'assurance) supportés par les ménages en établissements, mais qui seraient également à leur charge s'ils résidaient à leur domicile.

Lecture • Les financeurs publics de la dépendance assurent donc 23,7 des 30,0 milliards d'euros de dépenses en 2014, soit environ 79 % du total.

Source • DREES, compte de la dépendance.

¹⁶⁰ Roussel R., 2017, « Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 », Etudes et Résultats, n° 1032.

ANNEXE 2 : GRILLE DE CLASSEMENT ESPAGNOLE¹⁶¹

Table 4-28, *Assessment of need in the Spanish Ley de Dependencia*

<i>Activities – tasks</i>	<i>Weight</i>	<i>SHARE tasks</i>
Eating and drinking	16.8 (10)	Eating (+ cutting up your food)
Recognize e/o reach the food served	0.25	
Cutting up food	0.2	
Using cutlery	0.3	
Putting a glass to mouth	0.25	
Control of physical needs	14.8 (7)	Using the toilet (+ getting up or down)
Go to the appropriate place	0.2	
Dressing and undressing	0.15	
Adopting the right posture	0.3	
Cleaning oneself	0.35	
Washing	8.8 (8)	Bathing or showering
Turning on and turning off taps	0.15	
Washing hands	0.2	
Using shower or bath tub	0.15	
Washing lower part of the body	0.25	
Washing upper part of the body	0.25	
Other personal tasks	2.9 (2)	Bathing or showering
Combing hair	0.3	
Cutting nails	0.15	
Washing hair	0.25	
Brushing teeth	0.3	
Dressing	11.9 (11.6)	Dressing (+ putting on shoes and socks)
Recognize e/o reach clothes and shoes	0.15	
Putting on shoes	0.1	
Doing up buttons	0.15	
Dressing upper part of the body	0.3	
Dressing lower part of the body	0.3	
Maintaining health	2.9 (11)	
Request therapeutic assistance	0.15	Taking medications
Applying therapeutic measures	0.1	Taking medications
Avoiding indoor risks	0.25	Walking across a room
Avoiding outdoor risks	0.25	Walking across a room
Distress call	0.25	Making telephone calls
Maintaining health 2	9.4 (2)	
Changing position from lying to sitting on the bed	0.1	Getting in or out of bed
Sitting	0.15	Sitting for about two hours
Getting up from a chair	0.1	Getting up from a chair after sitting for long periods
Standing up	0.15	Getting in or out of bed
Sitting down on a chair	0.1	Getting in or out of bed
Changing posture from a sitting position	0.1	Getting in or out of bed
Changing posture from bed	0.1	Getting in or out of bed
Changing centre of gravity of body in the bed	0.2	Getting in or out of bed
Moving inside home	12.3 (12.1)	
Movements related dressing	0.25	Dressing (+ putting on shoes and socks)
Movements related eating	0.15	Eating (+ cutting up your food)
Movements related washing	0.1	Bathing or showering
Movements not related to self-care	0.25	Walking across a room
Access to all settings of the rooms	0.1	Walking across a room
Access to all rooms	0.15	Walking across a room
Moving outside home	12.2 (12.9)	
Going out	0.25	Walking across a room
Walking around the house/building	0.25	Walking across a room
Walking short distances in known places	0.2	Walking across a room
Walking short distances in unknown places	0.15	Walking across a room or Using a map to figure out how to get around in a strange place
Walking long distances in known places	0.1	Walking across a room
Walking long distances in unknown places	0.05	Walking across a room or Using a map to figure out how to get around in a strange place
Housekeeping	8 (8)	
Cooking	0.45	Preparing a hot meal
Shopping (for food)	0.25	Shopping for groceries
Cleaning the house	0.2	Doing work around the house or garden
Washing clothes	0.1	Doing work around the house or garden
Only for patients with a mental illness or cognitive impairment:		
Making decisions	(15.4)	Orientation in time (day, week, month, year): cannot answer three or more

Source: Real Decreto 174/2011, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad "BOE", núm.42, 18/02/2011

¹⁶¹ Carrino, L. & Orso, C.E. (2014). Eligibility and inclusiveness of Long-Term Care Institutional frameworks in Europe: a cross-country comparison. Ca' Foscari University of Venice, Department of Economics Working Paper.

ANNEXE 3 : GRILLE D’EVALUATION UTILISEE SELON LES REGIONES EN ITALIE

Instrument d’évaluation	Région(s)
Assessment Geriatric Disability	Liguria
Breve indice sulla non autosufficienza	Emilia-Romagna
Cartella geriatrica (dossier gérontologique)	Piemonte
Scala di valutazione della funzionalità geriatrica	Lazio
Scheda di valutazione intermedia assistenza	Lombardia
Valutazione multidimensionale dell’adulto e dell’anziano	Veneto, Puglia, Campania, Calabria
Scheda valutazione miltidimensionale	Trentino
Valutazione del grado di autosufficienza	Toscana
Scheda VMD mongitudinale di valutazione dei servizi geriatrici	Friuli Venezia Giulia
Scheda di valutazione dell’anziano ospite di residenza	Abruzzo, Lazio

ANNEXE 4 : LES ECHELLES DE DEPENDANCE UTILISEES EN BELGIQUE

Trois échelles différentes sont utilisées pour l'évaluation de l'éligibilité aux prestations APA (prestation fédérale), de l'assurance dépendance (Flandre) et de l'assurance maladie :

	'Autonomy scale'	'Katz'-scale	'BEL'-scale (Flanders)
Scheme used for:	Allowance for the assistance of the elderly	Sickness and invalidity insurance, Incontinence Allowance	Care insurance benefit, Home care
Measures mainly:	ADL & IADL needs	ADL needs	ADL, IADL and social needs
Normally assessed by:	Medical doctor	Nurse, doctor	Practitioner
Possible values	0-18 points	A, B, C	0-75 points
Score case 1:	6	-	13
Score case 2:	12	A	25
Score case 3:	17	C	52
Score case 4:	12	A	27
Score case 5:	17	C	52

1 - Autonomy scale : l'échelle APA utilisée par le gouvernement fédéral

L'échelle APA comprend des éléments ADL et IADL¹⁶² et sert à déterminer le droit à l'allocation d'aide à la personne âgée (APA) versée par le **Ministère des Affaires sociales** aux personnes ne disposant que d'un revenu inférieur à un plafond déterminé (12 516 euros annuels pour une personne en ménage vivant hors institution). Cette échelle APA sert aussi à l'octroi d'une aide de tierce personne.

L'évaluation porte sur les possibilités réparties en six points (6 Items) :

- possibilité de se déplacer
- d'absorber ou de préparer sa nourriture
- d'assurer son hygiène personnelle et de s'habiller
- d'assurer l'hygiène de son habitat et d'accomplir les tâches ménagères
- de vivre sous surveillance, d'être conscient des dangers et d'être en mesure de les éviter
- de communiquer et avoir des contacts sociaux.

Pour chaque item, une cotation de 0 à 3 est alors attribuée.

0 : pas de problème

1 : difficultés minimales

2 : difficultés importantes

3 : activité impossible sans aide ou sans accueil en institution.

L'addition des scores aboutit à un **résultat entre 0 et 18** et à une classification en niveaux :

de 0 et 6 inclus : pas de droit à l'allocation APA

de 7 à 8 : catégorie I

de 9 à 11 inclus : catégorie II

de 12 à 14 inclus : catégorie III

de 15 à 16 inclus : catégorie IV

de 17 à 18 inclus : catégorie V

¹⁶² ADL = activités de la vie quotidienne ; IADL = activités instrumentales de la vie quotidienne

2 - L'échelle de Katz utilisée par les assureurs maladie afin d'offrir un panier de soins adapté

Cette échelle évalue les six domaines suivants : l'hygiène personnelle (bain), la capacité à s'habiller, à se déplacer, aller aux toilettes, la continence, et la capacité à se nourrir seul. Chaque fonction est notée de 1 (aucune aide) à 4 (aide complète requise). Plus le score de l'individu est élevé, plus le niveau de dépendance est élevé.

Cette échelle évalue les six domaines suivants : l'hygiène personnelle (bain), la capacité à s'habiller, à se déplacer, aller aux toilettes, la continence, et la capacité à se nourrir seul. Chaque fonction est notée de 1 (aucune aide) à 4 (aide complète requise). Plus le score de l'individu est élevé, plus le niveau de dépendance est élevé.

Le niveau de dépendance est sous surveillance continue du médecin et de l'infirmière conseillères des organismes d'assurance maladie. Un patient est considéré comme dépendant d'une fonction si le score de cette fonction est supérieur à 2.

Le score global détermine un classement dans l'un des **quatre niveaux de dépendance** :

- niveau de base (pas de dépendance ou niveau de dépendance faible);
- niveau A (dépendance pour le bain, l'habillement et le transfert ou la toilette);
- niveau B (dépendance pour le bain, l'habillement, le transfert, la toilette et la continence ou pour manger);
- niveau C (le plus haut score pour au moins cinq fonctions, sauf la continence ou le repas, qui peut donner un score 3)

Katz Index of Independence in Activities of Daily Living

ACTIVITIES POINTS (1 OR 0)	INDEPENDENCE: (1 POINT) NO supervision, direction or personal assistance	DEPENDENCE: (0 POINTS) WITH supervision, direction, personal assistance or total care
BATHING POINTS: _____	(1 POINT) Bathes self completely or needs help in bathing only a single part of the body such as the back, genital area or disabled extremity.	(0 POINTS) Needs help with bathing more than one part of the body, getting in or out of the tub or shower. Requires total bathing.
DRESSING POINTS: _____	(1 POINT) Gets clothes from closets and drawers and puts on clothes and outer garments complete with fasteners. May have help tying shoes.	(0 POINTS) Needs help with dressing self or needs to be completely dressed.
TOILETING POINTS: _____	(1 POINT) Goes to toilet, gets on and off, arranges clothes, cleans genital area without help.	(0 POINTS) Needs help transferring to the toilet, cleaning self or uses bedpan or commode.
TRANSFERRING POINTS: _____	(1 POINT) Moves in and out of bed or chair unassisted. Mechanical transferring aides are acceptable.	(0 POINTS) Needs help in moving from bed to chair or requires a complete transfer.
CONTINENCE POINTS: _____	(1 POINT) Exercises complete self control over urination and defecation.	(0 POINTS) Is partially or totally incontinent of bowel or bladder.
FEEDING POINTS: _____	(1 POINT) Gets food from plate into mouth without help. Preparation of food may be done by another person.	(0 POINTS) Needs partial or total help with feeding or requires parenteral feeding.

TOTAL POINTS = _____ 6 = High (patient independent) 0 = Low (patient very dependent)

Slightly adapted from Katz, S., Down, T.D., Cash, H.R., & Grotz, R.C. (1970) Progress in the development of the index of ADL. *The Gerontologist*, 10(1), 20-30. Copyright © The Gerontological Society of America. Reproduced [Adapted] by permission of the publisher.

- 3- L'échelle BEL, en Flandre, ajoute des critères «domestiques» (IADL), «sociaux» et «mentaux» aux six critères habituels des limitations ADL «physiques». Les patients avec un score de 35 points ou plus ont droit à recevoir une prestation mensuelle fixe en espèces¹⁶³

LAWTON - BRODY INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING SCALE (I.A.D.L.)			
Scoring: For each category, circle the item description that most closely resembles the client's highest functional level (either 0 or 1).			
A. Ability to Use Telephone		E. Laundry	
1. Operates telephone on own initiative-looks up and dials numbers, etc.	1	1. Does personal laundry completely	1
2. Dials a few well-known numbers	1	2. Launders small items-rinses stockings, etc.	1
3. Answers telephone but does not dial	1	3. All laundry must be done by others	0
4. Does not use telephone at all	0		
B. Shopping		F. Mode of Transportation	
1. Takes care of all shopping needs independently	1	1. Travels independently on public transportation or drives own car	1
2. Shops independently for small purchases	0	2. Arranges own travel via taxi, but does not otherwise use public transportation	1
3. Needs to be accompanied on any shopping trip	0	3. Travels on public transportation when accompanied by another	1
4. Completely unable to shop	0	4. Travel limited to taxi or automobile with assistance of another	0
		5. Does not travel at all	0
C. Food Preparation		G. Responsibility for Own Medications	
1. Plans, prepares and serves adequate meals independently	1	1. Is responsible for taking medication in correct dosages at correct time	1
2. Prepares adequate meals if supplied with ingredients	0	2. Takes responsibility if medication is prepared in advance in separate dosage	0
3. Heats, serves and prepares meals, or prepares meals, or prepares meals but does not maintain adequate diet	0	3. Is not capable of dispensing own medication	0
4. Needs to have meals prepared and served	0		
D. Housekeeping		H. Ability to Handle Finances	
1. Maintains house alone or with occasional assistance (e.g. "heavy work domestic help")	1	1. Manages financial matters independently (budgets, writes checks, pays rent, bills, goes to bank), collects and keeps track of income	1
2. Performs light daily tasks such as dish washing, bed making	1	2. Manages day-to-day purchases, but needs help with banking, major purchases, etc.	1
3. Performs light daily tasks but cannot maintain acceptable level of cleanliness	1	3. Incapable of handling money	0
4. Needs help with all home maintenance tasks	1		
5. Does not participate in any housekeeping tasks	0		
Score		Score	
		Total score _____	
A summary score ranges from 0 (low function, dependent) to 8 (high function, independent) for women and 0 through 5 for men to avoid potential gender bias.			

ANNEXE 5 : TYPE DE PRISE EN CHARGE SUIVANT LA COMBINAISON DE DIFFERENTS TYPES DE PRESTATIONS, PAR REGION, ITALIE¹⁶⁴

Tabella 2.7 - Modelli di Long-Term Care per anziani non autosufficienti (analisi dei cluster, anno 2013)

Cluster	Copertura servizio	Media cluster (% utenti anziani)
1. Modello della residenzialità e dell'assistenza sociale domiciliare		
<i>Valle d'Aosta, P.A. Bolzano, P.A. Trento</i>		
ADI	-----	1,4
SAD	+++++++	4,5
Residenze	+++++++	4,0
Indennità	---	8,0
2. Modello dell'assistenza sanitaria domiciliare		
<i>Emilia-Romagna, Toscana</i>		
ADI	+++++++	10,5
SAD	--	1,0
Residenze	+	1,8
Indennità	--	10,1
3. Modello dell'assistenza mista		
<i>Veneto, Friuli-Venezia Giulia</i>		
ADI	+++	6,3
SAD	++++	1,8
Residenze	++++	2,6
Indennità	-	10,4
4. Modello del cash-for-care		
<i>Umbria, Campania, Puglia, Calabria</i>		
ADI	---	3,1
SAD	---	0,7
Residenze	-----	0,6
Indennità	+++	16,4
5. Modello del cash-for-care misto		
<i>Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Basilicata, Sicilia, Sardegna</i>		
ADI	-	4,3
SAD	++	1,5
Residenze	----	0,9
Indennità	+	13,5
6. Modello dell'assistenza residenziale		
<i>Piemonte, Lombardia, Liguria</i>		
ADI	---	3,3

¹⁶⁴ L'ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI IN ITALIA 6° Rapporto 2017/2018 Il tempo delle risposte, A cura di NNA Network Non Autosufficienza

6. Modello dell'assistenza residenziale		
SAD	-	1,1
Residenze	+++	2,4
Indennità	--	9,5
Medie nazionali (2013)		
ADI		4,8
SAD		1,2
Residenze		1,7
Indennità		12,0
Legenda: variazioni rispetto a media nazionale (% utenti anziani)		
+ Maggiore dell'1-15%	- Inferiore dell'1-15%	
++ Maggiore del 15-30%	-- Inferiore del 15-30%	
+++ Maggiore del 30-45%	--- Inferiore del 30-45%	
++++ Maggiore del 45-60%	---- Inferiore del 45-60%	
+++++ Maggiore del 60-75%	----- Inferiore del 60-75%	
++++++ Maggiore del 75-90%		
+++++++ Maggiore al 90%		

Fonte: ns. elaborazioni.

SAD - servizio assistenza domiciliare,

ADI - assistenza domiciliare integrata

Redisdenze - établissement

ANNEXE 6 : FORMULES DE CALCUL DE LA PARTICIPATION FINANCIERE SELON LE TYPE DE PRESTATIONS, ESPAGNE

Características determinación de la cuota a pagar

SERVICIOS

Tipo de prestación	Fórmula	Tope copago	Copago mínimo	Renta exenta	Precio de referencia
Residencia	$PB = CEB - CM$	90% precio referencia			Entre 1.100 y 1.600 €/mes Se puede aumentar un 40% en función intensidad servicio
Centro día/noche	$PB = (0,4 \times CEB) - (IPREM / 3,33)$	90% precio referencia		Hasta 1 vez IPREM	650 €/mes No incluye comida ni transporte
Ayuda a domicilio					
De 21 a 45 horas/mes	$PB = \{ (0,4 \times IR \times CEB) / IPREM \} - (0,3 \times IR)$	90% precio referencia	20 €/mes a partir de CE > 1 IPREM	Hasta 1 IPREM	14 €/hora asistencia personal y 9 €/hora trabajo doméstico
De 45 a 70 horas/mes	$PB = \{ (0,333 \times IR \times CEB) / IPREM \} - (0,25 \times IR)$				
Teleasistencia	Rentas entre 1 y 1,5 IPREM = 50% del coste Más de 1,5 IPREM = 90% del coste	90% precio referencia		Hasta 1 vez IPREM	Sin fijar

PRESTACIONES ECONÓMICAS

	Fórmula	Copago máximo	Prestación mínima
Prestación vinculada y asistencia personal	$CPE = IR + CM + CEB$	90% cuantía máxima	10% coste referencia servicio
Cuidados entorno familiar	$CPE = (1,33 \times Cmax) - \{ (0,44 \times CEB \times CMax) / IPREM \}$ Limite en la cuantía prestación: No podrá ser superior a la que resultara de aplicar la fórmula de la prestación vinculada	90% cuantía máxima	10% cuantía máxima

Cuantías máximas (euros/mes)	
Grado 3	715,07
Grado 2	426,12
Grado 1	300,00

Cuantías máximas (euros/mes)	
Grado 3	387,64
Grado 2	268,79
Grado 1	153,00

Siglas:

PB = Copago

CEB = Capacidad económica

CM = Cantidad mínima gastos personales. En residencia, el 19% del IPREM

IR = Coste hora servicio ayuda a domicilio

CMax = Cuantía máxima prestación económica

Source : El copago en la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia », Julia Montserrat Codorniu, Ivan Montejo Sarrias, Fundacion Caser para la dependencia.

RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DU HCFEA :

www.hcfea.fr

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge est placé auprès du Premier ministre. Il est chargé de rendre des avis et de formuler des recommandations sur les objectifs prioritaires des politiques de la famille, de l'enfance, des personnes âgées et des personnes retraitées, et de la prévention et de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Le HCFEA a pour mission d'animer le débat public et d'apporter aux pouvoirs publics une expertise prospective et transversale sur les questions liées à la famille et à l'enfance, à l'avancée en âge, à l'adaptation de la société au vieillissement et à la bientraitance, dans une approche intergénérationnelle.



Adresse postale : 14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP

Le HCFEA est membre du réseau France Stratégie