



Le financement des soins de longue durée en Europe

L'ensemble des pays de l'Union européenne est confronté au vieillissement de la population âgée à l'origine d'un accroissement de la population handicapée pour les activités de la vie courante (population dite dépendante). Cet accroissement continu soulève la question du financement des aides et soins de longue durée dont le besoin est croissant.

En France, depuis une dizaine d'années, le financement de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées est inscrit sur l'agenda politique. En janvier 97, une loi a institué une prestation spécifique dépendance dans la logique de l'assistance. Cette solution discutée dans quelques pays de l'Union européenne n'a pas été retenue mais l'assurance sociale a été étendue aux soins de longue durée à l'ensemble de la population (Allemagne, Luxembourg) par la création d'un nouveau risque de la branche maladie. Ailleurs, les mesures prises ont visé à améliorer l'efficacité des prestations et à la maîtrise de leurs coûts sociaux.

Des différences liées à la diversité des systèmes

D'une façon générale, les politiques s'efforcent d'adapter le système sanitaire et social préexistant à la demande croissante de soins et aides. Dès lors, on peut penser qu'une partie des différences observées a pour origine des facteurs liés à la structure du système, tels le degré de

fragmentation des responsabilités en matière de dispensation, financement et organisation des prestations et leur importance quantitative. Le Danemark par exemple a réuni les principaux services d'aide à domicile sous une même responsabilité de financement et de gestion contrairement aux autres pays où il existe une dichotomie entre secteur social et sanitaire.

Chaque système est lui-même la résultante de facteurs idéologiques, économiques, sociaux et politiques dans lequel la politique opère et les acteurs agissent. Une partie des différences trouve donc aussi sa source dans ces facteurs externes au système d'ordre plus général.

La nature du régime de protection sociale rend compte de l'étendue des « risques » couverts, des conditions d'attribution des prestations, des responsabilités en matière de gestion, en particulier de la part de l'État.

Le régime de type social démocrate fondant une sécurité sociale repose sur les principes d'universalité des droits aux prestations et la responsabilité collective de la société. Le bien-être individuel est garanti par les pouvoirs publics qui emploient des professionnels. La famille est libérée de ses obligations d'aide

sociale. Ce type est celui du Danemark. Le régime du Royaume-Uni s'en est rapproché mais pour l'action sociale, l'universalité a toujours été moindre du fait d'un plus grand équilibre entre les services publics et d'autres formes d'action sociale. À l'origine de ce partage on trouve la tradition de liberté et de responsabilité individuelle d'une part, la confiance dans le gouvernement d'autre part : la sécurité sociale est le fruit d'une coopération entre l'État et l'individu, le premier offrant des prestations minimales.

Le régime étatiste/corporatiste repose sur un système d'assurance obligatoire avec droits contributifs et limités aux risques reconnus : maladie, pension de retraite, etc. La multiplicité des caisses témoigne du respect des régimes professionnels (corporatisme). La gestion est principalement assurée par les partenaires sociaux présents sur le marché du travail d'où un intérêt moindre pour les problèmes des inactifs (soins de longue durée pour les personnes handicapées de tous âges). La prise en compte de ces problèmes est laissée principalement aux familles selon le principe de subsidiarité, l'action sociale des pouvoirs publics est résiduelle. L'Allemagne est l'exemple type d'un tel régime. La subsidiarité est insuffisante pour répondre aux problèmes sociaux des pauvres d'où une aide sociale. Elle est financée par les municipalités.

La dépendance : un nouveau risque

La France se rapproche de ce type, influencée historiquement par l'Allemagne puis par la conception anglaise en ce qui concerne l'universalité. Il en résulte un système assurantiel à multiples régimes, où les droits sont contributifs mais progressivement quasi généralisés à l'ensemble de la population. En matière d'aide sociale la conception oscille entre le devoir d'assistance de l'État républicain et la vision libérale de la subsidiarité. Le système est compliqué par l'action sociale facultative des caisses d'assurance et des municipalités et par le fait que les services infirmiers à domicile pour personnes âgées sont attribués, bien que faisant partie du secteur social, selon le principe d'universalité. Il faut noter que leur financement, à partir de forfaits journaliers nationaux fixés par l'État et payés par l'assurance maladie, tout comme les forfaits soins des établissements,

Le Danemark



Au Danemark, comme dans les autres pays scandinaves, la collectivité a la responsabilité d'organiser la réponse aux besoins des personnes handicapées incapables d'assurer les activités courantes de la vie.

Le financement et la gestion des services à domicile est confiée aux municipalités. Des services d'aides et de soins, ces derniers fonctionnant 24 heures sur 24, des programmes de logements avec adaptations techniques pour personnes handicapées qui, depuis 1987, remplacent progressivement les établissements d'hébergement ont ainsi été développés. Il en est résulté une réduction des taux d'hébergement en institution. L'attribution des prestations repose sur l'évaluation du besoin. La participation financière des usagers est minime même en cas d'hébergement collectif : ils versent 15 % de leur pension pour financer le loyer. L'aide des familles, sans être absente, n'est pas sujet de débat public. ■

L'Allemagne

En RFA, l'État fédéral n'a consacré aucune politique d'ensemble aux personnes âgées. Le développement des établissements de soins s'est fait essentiellement à partir de la reconversion des établissements hospitaliers que les caisses d'assurance maladie n'acceptaient plus de financer. Ils passaient alors dans le secteur social, à côté des maisons d'hébergement et des rares services d'aides et soins à domicile ce qui signifiait le paiement par les usagers ou leurs enfants ou à défaut par l'aide sociale au niveau municipal.

Les caisses n'acceptaient de financer les soins personnels d'hygiène que sur prescription médicale s'ils faisaient partie du traitement ou prévenaient une hospitalisation. En l'absence de prescription, elles considéraient que ces soins étaient, chez les personnes âgées, liés à la décrépitude et non à la maladie. Ce caractère discriminatoire du financement a été contesté, à partir de 1974, par une coalition réunissant les grandes organisations de bienfaisance et les autorités publiques responsables de l'aide sociale. Elle s'est efforcée d'amener le gouvernement fédéral à changer de législation et divers projets ont été présentés par les Lands. Progressivement, les caisses ont été amenées à financer les soins personnels d'hygiène et les aides ménagères (d'abord pour une période de répit de quatre semaines, puis pour un nombre limité d'heures mensuelles). Enfin, une loi sur l'assurance obligatoire pour les soins de longue durée a été votée par les deux chambres. Elle est entrée en application le 1^{er} janvier 1995 pour des bénéficiaires de tous âges vivant à domicile (les bénéficiaires étaient 1,2 million à domicile et 450 000 en institutions) et à partir du 1^{er} janvier 1996 pour les établissements de soins. Les ressources proviennent de prélèvements paritaires salariés-employeurs. La gestion de ce nouveau risque a été confiée aux caisses maladie. Les prestations sont en nature mais peu-



Le Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, les autorités locales se sont vu confier, dès 1948, la responsabilité de procurer une résidence aux personnes âgées sans famille, ayant besoin de soins et d'attention, puis lors de leur réorganisation en 1970, la gestion des aides à domicile. L'organisation et les aides apportées variaient d'une autorité locale à l'autre notamment en matière de participation financière des usagers.

Le service national de santé (NHS) a développé, à la même période, les services communautaires, gratuits pour les usagers, au sein desquels les infirmiers de district assurent les soins personnels d'hygiène. Une allocation pour tierce personne (attendance allowance) était accordée à ceux ayant besoin d'aide pour les soins personnels, une surveillance nocturne et/ou diurne, sans conditions de ressources mais pour une période limitée.

La fin des années soixante-dix marque un tournant dans la politique sociale autour de l'encouragement des soins par la communauté (réseaux bénévoles et familles) ; de la réduction de la part des dépenses publiques notamment des services hospitaliers de soins de longue durée et en contrepartie, de la facilitation du secteur privé d'hébergement et de soins (*nursing homes*) par des subventions aux clients (au dessous d'un plafond de ressources) provenant de la sécurité sociale — il s'en est suivi, entre 1980 et 1990, une diminution du secteur hospitalier de soins de longue durée (-20 %) et un développement du secteur privé d'hébergement (+48 %) et de soins (+414 %). Dans les années quatre-vingt-dix, les services sociaux des autorités locales sont chargés de la conception et de la planification des prestations à domicile à partir de l'évaluation de la situation des demandeurs et sont déchargés de la gestion directe des services. Ils gèrent des sommes provenant de financements conjoints autorités locales-NHS, visant à améliorer l'efficacité des prestations en levant les barrières organisationnelles, avec lesquelles ils achètent des services à des prestataires le plus souvent privés. Des innovations se sont ainsi développées tels que soins de répit en hébergement temporaire, centres de services 24 heures sur 24, magasins d'équipements. Le « case manager » des cas complexes à domicile utilise au mieux le budget alloué grâce à la mobilisation des différents intervenants professionnels et informels. La participation financière des usagers ou de leur famille est augmentée en fonction de leurs revenus, en cas de recours à l'aide ménagère, au service de portage des repas et à l'accueil temporaire. En matière de soins intra-muros le gouvernement transfère aux autorités locales une partie des sommes allouées par la sécurité sociale aux « *nursing homes* ». ■

● ● ● vent être remplacées par un montant forfaitaire en espèces attribué selon trois catégories fonction de la sévérité de la dépendance (750 à 2 800 marks par mois voire 3 750 dans les cas très lourds, personnes dépendantes, dépendantes nécessitant des soins attentifs, dépendantes nécessitant une attention constante). ■

reste insuffisant pour prendre en charge les cas nécessitant une aide importante pour les activités de la vie quotidienne.

On voit donc que, dans ce régime, la « dépendance » des personnes âgées handicapées et perçues comme non malades, est considérée comme un nouveau risque. Sa reconnaissance nécessite son inscription sur l'agenda politique et sa légitimation par un texte législatif. La France et l'Allemagne en sont des exemples. Mais la façon dont ce nouveau risque sera reconnu, financé et géré dépend ensuite de la place respective des acteurs impliqués dans la médiation sociale.

Les Pays-Bas ont un régime mixte. Inspiré de l'Allemagne au départ, le régime a été influencé par le modèle social-démocrate ce qui a conduit à la création de l'assurance universelle pour dépenses médicales exceptionnelles finançant une partie des soins médico-sociaux et au financement par l'État des aides à domicile non financées par les assurances sociales.

Royaume-Uni et Pays-Bas ont opté récemment pour un affaiblissement de l'intervention publique et le recours partiel aux mécanismes du marché caractéristiques du régime libéral de protection sociale.

Des choix liés au pouvoir de négociation

Le système de médiation sociale commande la plus ou moins grande capacité de négociation collective entre les acteurs chargés de la décision d'une part, les partenaires sociaux et les professionnels d'autre part. On peut opposer l'Allemagne à la France par exemple. Dans le premier pays existent de puissantes organisations sociales au sein de la société et un modèle central de négociation sociale collective. Dans le domaine de l'action médico-sociale vieillesse les services des Lands et des municipalités ont fait alliance avec les associations caritatives pour que l'État fédéral obtienne le financement des aides à la « dépendance » des personnes handicapées. Avec l'accord entre les deux grands partis, cette prise en charge financière par les caisses d'assurance maladie n'a été acceptée qu'à condition qu'il y ait une réduction des dépenses de l'assurance maladie dans d'autres secteurs (fermeture de lits d'hôpitaux).

En France, il y a émiettement de la représentation salariée et inexistence d'une scène



Les Pays-Bas

Aux Pays-Bas, de nombreuses résidences pour personnes âgées ont été construites après la deuxième guerre mondiale. Dans les années soixante-dix, la politique a facilité le développement des services d'aides à domicile et l'amélioration des logements afin de limiter le coût des institutions d'hébergement pesant de façon croissante sur les municipalités. Parallèlement se sont

créées des institutions de soins. Douze ans plus tard, le gouvernement annonce que les standards de services ne peuvent être garantis plus longtemps et plusieurs mesures reçoivent un début de mise en œuvre : expériences de « case management » où les soins par la communauté aidée des professionnels se substituent aux soins en institution ; augmentation de l'efficacité des entrées en institution grâce à la création de comités pluri-professionnels chargés d'en poser l'indication ; augmentation de la participation financière des usagers.

Les services à domicile sont financés par l'État en ce qui concerne les aides domestiques mais il y a eu un désengagement du financement public par la création de services « alpha » d'aides domestiques payés directement par l'utilisateur. L'Assurance nationale universelle pour dépenses médicales exceptionnelles (AWBZ) finance intégralement les soins personnels et infirmiers. Dans le secteur de l'hébergement collectif les dépenses de soins sont financées par l'AWBZ, les dépenses d'hébergement par les municipalités, les usagers remboursant en fonction de leurs revenus.

L'aide des familles reste essentielle, le secteur professionnel représente moins du quart des interventions.



L'Espagne

En Espagne les services d'aide à domicile sont très peu développés hormis les services d'aide ménagère. Ils sont gratuits pour les titulaires de la pension minimale et à la charge de ceux qui ont des revenus deux fois supérieurs. Les personnes ayant des revenus intermédiaires contribuent selon leurs revenus. Les hébergements collectifs sont deux fois moins nombreux (2,8 % de la population âgée) que dans les autres pays. Les résidents contribuent pour une somme correspondant à 15-25 % de leur pension. Les soins sont gratuits. Les aides apportées par la famille restent la norme.

globale de négociations, l'élite administrative se retrouve face aux professions considérées comme partenaires sociaux naturels et gestionnaires scientifiques des problèmes sociaux. Dans le secteur de la santé l'idéologie médicale est extrêmement puissante et la définition de la dépendance par les géiatres est dominante ce qui rend très difficile toute solution nécessitant la coordination de multiples services et professions. L'administration de l'État réagit d'abord par des mesures bureaucratiques de coordination formelle de faible efficacité pour mobiliser l'ensemble des acteurs concernés. Puis, pour contourner ces blocages, l'État propose, par un processus de sédimentation, une prestation spécifique d'assistance, étant donné la volonté de limiter les dépenses socialisées, s'ajoutant au dispositif préexistant et risquant de stigmatiser le groupe des vieux pauvres dépendants.

La politique économique générale commande l'adaptation du secteur de la santé et de l'action sociale à la situation économique du moment. Avant les années 1975 la modernisation allait de pair avec l'expansion économique. Les services à domicile ont pu se développer aux Pays-Bas et au Danemark en période d'expansion. À partir de la fin des années soixante-dix, la plupart des pays ont choisi l'ouverture sur le marché international ce qui nécessitait l'accroissement de la compétitivité et la maîtrise de l'accroissement des dépenses de protection sociale notamment dans le secteur médico-social. Au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, en RFA, du fait de l'idéologie (libéralisme économique), le catastrophisme démographique a été avancé pour alarmer la population sur le risque d'accroissement des dépenses destinées aux personnes âgées (en concurrence avec des dépenses pour les autres groupes d'âges). Il en est résulté une politique facilitant l'expansion du secteur privé pour combler les manques du secteur public, augmentant la contribution financière des personnes âgées, redécouvrant le rôle des familles dans les soins procurés aux personnes âgées. Le Danemark n'a pas suivi cette politique mais a renforcé la désinstitutionnalisation du fait du coût élevé (forte densité de personnels) des soins en établissements, suivi dans cette voie par les Pays-Bas.

Jean-Claude Henrard