

BIEN VIEILLIR CHEZ SOI

**Rapport compagnon : Mécanismes
de financement des services de
soutien à domicile de sept pays**

**Mandat sur les
soins et services
de soutien à domicile**

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) contribue à la santé et au bien-être de la population en éclairant, avec transparence et impartialité, le débat public et la prise de décision gouvernementale pour un système de santé qui remplit durablement son rôle. L'approche du CSBE repose sur le dialogue et la collaboration de tous les acteurs de la société québécoise, afin de déceler les problèmes qui nuisent à la bonne performance du système de santé et de services sociaux. Pour répondre aux besoins des citoyennes et des citoyens, le CSBE favorise l'adaptabilité du système de santé et des services sociaux en contribuant à faire tomber les barrières systémiques à l'innovation, en encourageant la participation citoyenne, en considérant les enjeux éthiques et en soutenant le passage à l'action.

Recherche et rédaction

Martin Hébert
Renata Topalova
Yassen Yordanov

Révision linguistique

Gilles Bordage
Réviseur linguistique et rédacteur

Graphisme

Pro-Actif

Dépôt légal

ISBN : 978-2-550-99212-7

Commissaire à la santé et au bien-être
880, chemin Sainte-Foy, bureau 4.40
Québec (Québec) G1S 2L2
Courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

Le rapport a bénéficié de commentaires et de discussions avec l'équipe de soins de longue durée de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), notamment avec Ana Llana-Nozal, Ricarda Milstein et José Carlos Ortega.

Le présent document est disponible en version électronique dans la section Publications du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE 1

INTRODUCTION 3

MÉTHODOLOGIE 5

**1. LES SYSTÈMES COMPARÉS VARIENT DANS
LEUR STRUCTURE ET LEUR FINANCEMENT,
MAIS FONT FACE AUX MÊMES DÉFIS 6**

LES PERSONNES ÂGÉES SONT LES PLUS GRANDES
USAGÈRES DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE. 6

LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE COMPRENNENT
LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES D'AIDE À DOMICILE. 7

TOUS LES PAYS ANALYSÉS FONT APPEL
À DES PRESTATAIRES PUBLICS ET PRIVÉS. 7

LES SOURCES DE FINANCEMENT DU SOUTIEN À DOMICILE
INCLUENT LES IMPÔTS, LES COTISATIONS ET LES COPAIEMENTS. 9

2. SANS INTERVENTION DE L'ÉTAT, LES COÛTS COMPROMETTENT LA SÉCURITÉ FINANCIÈRE DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE 10

PARTOUT, LA PERTE D'AUTONOMIE PEUT MENER À LA PAUVRETÉ. 10

UNE PROPORTION IMPORTANTE DES COÛTS LIÉS AU SOUTIEN À DOMICILE EST ASSURÉE PAR LES SYSTÈMES PUBLICS. 12

3. TOUTES LES JURIDICTIONS ÉTUDIÉES OFFRENT UNE AIDE FINANCIÈRE POUR LE SOUTIEN À DOMICILE 15

CINQ TYPES DE PROGRAMMES D'AIDE SOUTIENNENT FINANCIÈREMENT LES USAGERS LORSQUE LES SERVICES NE SONT PAS TOTALEMENT GRATUITS. 15

ALLOCATION 16

SUBVENTION 16

REMBOURSEMENT (DÉDUCTION FISCALE POUR L'USAGER) 17

PLAFOND DE DÉPENSES 17

ÉPARGNE 17

LES PAYS DÉTERMINENT L'ADMISSIBILITÉ AUX SERVICES ET AUX PROGRAMMES AVEC DES OUTILS D'ÉVALUATION DES BESOINS, SANS NORME INTERNATIONALE. 18

LA PLUPART DES PAYS OFFRENT GRATUITEMENT LES SOINS MÉDICAUX ET INFIRMIERS À DOMICILE, MAIS IMPOSENT UN COPAIEMENT POUR L'AIDE DOMESTIQUE. 19

LES PAYS RECONNAISSENT LE RÔLE DES PROCHES AIDANTS ET METTENT EN PLACE UNE VARIÉTÉ DE MESURES POUR LES SOUTENIR. 21

ALLOCATION POUR LES PERSONNES PROCHES AIDANTES 22

ALLOCATION POUR L'USAGER TRANSFÉRABLE AUX PERSONNES PROCHES AIDANTES 22

DÉDUCTION FISCALE POUR LA PERSONNE PROCHE AIDANTE 22

CONGÉS DE L'EMPLOI RÉGULIER POUR PERMETTRE AUX PERSONNES PROCHES AIDANTES DE PRENDRE SOIN D'UN PROCHE 23

SOUTIEN FINANCIER AU RÉPIT 23

AUTRES SERVICES AUX PERSONNES PROCHES AIDANTES 23

LES TARIFS DES SERVICES D'AIDE À LA VIE QUOTIDIENNE ET DOMESTIQUE VARIENT. ILS SONT PARFOIS DÉTERMINÉS NATIONALEMENT ET PARFOIS LOCALEMENT. 23

ENCADREMENT DES TARIFS DES SERVICES 24

TOUS LES PAYS ONT DES ENJEUX DE FINANCEMENT, DE RESSOURCES HUMAINES ET D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE. 25

LES PAYS METTENT EN PLACE QUATRE TYPES DE STRATÉGIES POUR ALLÉGER LES PRESSIONS FINANCIÈRES. 26

AUGMENTER LES FONDS À LA SOURCE 26

DIMINUER LA DEMANDE 27

DIMINUER LA COUVERTURE 27

AUGMENTER L'EFFICIENCE 28

LES INITIATIVES POUR CONTRER LA PÉNURIE DE LA MAIN-D'ŒUVRE SONT NOMBREUSES. 28

POUR AMÉLIORER L'ACCÈS, L'AMÉLIORATION DU SOUTIEN FINANCIER EST IMPORTANTE, MAIS PAS LA SEULE OPTION. 29

AMÉLIORER L'ACCÈS AU SOUTIEN FINANCIER 29

SIMPLIFIER LES STRUCTURES DE SERVICES 30

ACCROÎTRE LES SOLUTIONS DE LOGEMENT POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE 30

AMÉLIORER L'ACCÈS À L'INFORMATION 30

CONCLUSION 31

LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE SONT ESSENTIELS MAIS COMPLEXES. 31

LES MÉCANISMES DE FINANCEMENT SONT DIVERS ET COMPLEXES. 31

L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE DEMEURE UN DÉFI UNIVERSEL. 32

LES COPAIEMENTS SONT LA NORME ET L'ENCADREMENT DES PRIX VARIE CONSIDÉRABLEMENT. 32

LES PROGRAMMES DE SOUTIEN FINANCIER SONT ESSENTIELS. 32

LES PRESTATAIRES PRIVÉS JOUENT UN RÔLE INDÉNIABLE. 32

LES PROCHES AIDANTS SONT INDISPENSABLES ET ONT BESOIN DE SOUTIEN. 33

LES SOURCES DE FINANCEMENT SONT DIVERSIFIÉES. 33

TOUS LES PAYS SE HEURTENT À DES DÉFIS COMMUNS ET ENTREPRENNENT DES RÉFORMES. 33

RÉFÉRENCES 34

ANNEXES 35

ANNEXE A : FICHES DES DIFFÉRENTS PAYS ÉTUDIÉS 39

1. ALLEMAGNE 40

DESCRIPTION ET HISTORIQUE	40
LES DONNÉES CONTEXTUELLES, 2022	41
LES DONNÉES SUR LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	41
LES SOURCES DE FINANCEMENT	42
LES PRESTATAIRES DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	44
LE PANIER DE SERVICES À DOMICILE	48
LES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	49
L'ÉVALUATION DES BESOINS ET LA DÉTERMINATION DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	49
COMMENT FONCTIONNE LE PAIEMENT DES SERVICES À DOMICILE	50
LES PROGRAMMES D'AIDE À L'USAGER	53
LES SERVICES ET LES PROGRAMMES D'AIDE AUX PERSONNES PROCHES AIDANTES (PPA)	54
COMMENT CIRCULE L'ARGENT POUR RENDRE LES SERVICES DE SAD EN ALLEMAGNE	57
LA COORDINATION ET LA COMMUNICATION ENTRE PROGRAMMES	58
LES AGENCES DE CONTRÔLE	58
LE CONTRÔLE DE QUALITÉ	58
LES INCITATIFS À LA PERFORMANCE ET LES MÉCANISMES VISANT À LIMITER LE CONTOURNEMENT OU LES COMPORTEMENTS DÉVIANTS	60
LES ENJEUX, LES AVANTAGES, LA PERFORMANCE AXÉE SUR LA VALEUR POUR L'USAGER	60
LES ENJEUX DE FINANCEMENT	61
LES RÉFORMES RÉCENTES DES MÉCANISMES DE FINANCEMENT	61
RÉFÉRENCES	63

2. BELGIQUE 67

DESCRIPTION ET HISTORIQUE	67
LES DONNÉES CONTEXTUELLES, 2022	68
LES DONNÉES SUR LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	68
LES SOURCES DE FINANCEMENT	68
LES PRESTATAIRES DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	70
LE PANIER DE SERVICES À DOMICILE	74
LES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	75
L'ÉVALUATION DES BESOINS ET LA DÉTERMINATION DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	76
COMMENT FONCTIONNE LE PAIEMENT DES SERVICES À DOMICILE	76
LES PROGRAMMES D'AIDE À L'USAGER	78
LES SERVICES ET LES PROGRAMMES D'AIDE AUX PERSONNES PROCHES AIDANTES (PPA)	81
COMMENT CIRCULE L'ARGENT POUR LES SERVICES DE SAD EN BELGIQUE	83
LA COORDINATION ET LA COMMUNICATION ENTRE PROGRAMMES	84
LE CONTRÔLE DE QUALITÉ	84
LES ENJEUX, LES AVANTAGES, LA PERFORMANCE AXÉE SUR LA VALEUR POUR L'USAGER	84
LES ENJEUX DE FINANCEMENT	85
LES RÉFORMES RÉCENTES DES MÉCANISMES DE FINANCEMENT	85
RÉFÉRENCES	87

3. DANEMARK 91

DESCRIPTION ET HISTORIQUE	91
LES DONNÉES CONTEXTUELLES, 2022	92
LES DONNÉES SUR LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	92
LES SOURCES DE FINANCEMENT	92
LES PRESTATAIRES DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	93
LE PANIER DE SERVICES À DOMICILE	95
LES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	96
L'ÉVALUATION DES BESOINS ET LA DÉTERMINATION DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	96
COMMENT FONCTIONNE LE PAIEMENT DES SERVICES À DOMICILE	97
LES SERVICES ET LES PROGRAMMES D'AIDE AUX PERSONNES PROCHES AIDANTES (PPA)	98
COMMENT CIRCULE L'ARGENT POUR LES SERVICES DE SAD AU DANEMARK	100
LA COORDINATION ET LA COMMUNICATION ENTRE PROGRAMMES	100
LES AGENCES DE CONTRÔLE	101

LES INCITATIFS À LA PERFORMANCE ET LES MÉCANISMES VISANT À LIMITER LE CONTOURNEMENT OU LES COMPORTEMENTS DÉVIANTS	102
LES ENJEUX, LES AVANTAGES, LA PERFORMANCE AXÉE SUR LA VALEUR POUR L'USAGER	102
LES ENJEUX DE FINANCEMENT	103
LES RÉFORMES RÉCENTES DES MÉCANISMES DE FINANCEMENT	103
RÉFÉRENCES	105

4. FRANCE 107

DESCRIPTION ET HISTORIQUE	107
LES DONNÉES CONTEXTUELLES, 2022	108
LES DONNÉES SUR LES SERVICES À DOMICILE	108
LES SOURCES DE FINANCEMENT	109
LES PRESTATAIRES DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	112
LE PANIER DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	116
LES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	117
L'ÉVALUATION DES BESOINS ET LA DÉTERMINATION DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	118
COMMENT FONCTIONNE LE PAIEMENT DES SERVICES À DOMICILE	119
LES PROGRAMMES D'AIDE À L'USAGER	122
LES SERVICES ET LES PROGRAMMES D'AIDE AUX PERSONNES PROCHES AIDANTES (PPA)	125
COMMENT CIRCULE L'ARGENT POUR LES SERVICES DE SAD EN FRANCE	127
LA COORDINATION ET LA COMMUNICATION ENTRE PROGRAMMES	128
LES AGENCES DE CONTRÔLE	128
LE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ	129
LES INCITATIFS À LA PERFORMANCE ET LES MÉCANISMES VISANT À LIMITER LE CONTOURNEMENT OU LES COMPORTEMENTS DÉVIANTS	129
LES ENJEUX, LES AVANTAGES, LA PERFORMANCE AXÉE SUR LA VALEUR POUR L'USAGER	130
LES ENJEUX DE FINANCEMENT	131
LES RÉFORMES RÉCENTES DES MÉCANISMES DE FINANCEMENT	132
RÉFÉRENCES	134

5. PAYS-BAS 138

DESCRIPTION ET HISTORIQUE	138
LES DONNÉES CONTEXTUELLES, 2022	139
LES DONNÉES SUR LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	139
LES SOURCES DE FINANCEMENT	140
LES PRESTATAIRES DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	142
LE PANIER DE SERVICES À DOMICILE	145
LES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	147
L'ÉVALUATION DES BESOINS ET LA DÉTERMINATION DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	148
COMMENT FONCTIONNE LE PAIEMENT DES SERVICES À DOMICILE	149
LES PROGRAMMES D'AIDE À L'USAGER	155
LES SERVICES ET LES PROGRAMMES D'AIDE AUX PERSONNES PROCHES AIDANTES (PPA)	156
COMMENT CIRCULE L'ARGENT POUR LES SERVICES DE SAD AUX PAYS-BAS	159
LA COORDINATION ET LA COMMUNICATION ENTRE PROGRAMMES	160
LES AGENCES DE CONTRÔLE	161
LE CONTRÔLE DE QUALITÉ	161
LES INCITATIFS À LA PERFORMANCE ET LES MÉCANISMES VISANT À LIMITER LE CONTOURNEMENT OU LES COMPORTEMENTS DÉVIANTS	161
LES ENJEUX, LES AVANTAGES, LA PERFORMANCE AXÉE SUR LA VALEUR POUR L'USAGER	162
LES ENJEUX DE FINANCEMENT	162
LES RÉFORMES RÉCENTES DES MÉCANISMES DE FINANCEMENT	164
RÉFÉRENCES	166

6. ROYAUME-UNI 170

DESCRIPTION ET HISTORIQUE	170
LES DONNÉES CONTEXTUELLES, 2022	171
LES DONNÉES SUR LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	171
LES SOURCES DE FINANCEMENT	172
LES PRESTATAIRES DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	173
LE PANIER DE SERVICES À DOMICILE	175
LES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	176
L'ÉVALUATION DES BESOINS ET LA DÉTERMINATION DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	177
COMMENT FONCTIONNE LE PAIEMENT DES SERVICES À DOMICILE	178
LES PROGRAMMES D'AIDE À L'USAGER	179

LES SERVICES ET LES PROGRAMMES D'AIDE AUX PERSONNES PROCHES AIDANTES (PPA)	181
COMMENT CIRCULE L'ARGENT POUR LES SERVICES DE SAD AU ROYAUME-UNI	183
LA COORDINATION ET LA COMMUNICATION ENTRE PROGRAMMES	184
LE CONTRÔLE DE QUALITÉ	184
LES ENJEUX, LES AVANTAGES, LA PERFORMANCE AXÉE SUR LA VALEUR POUR L'USAGER	184
LES ENJEUX DE FINANCEMENT	185
LES RÉFORMES RÉCENTES DES MÉCANISMES DE FINANCEMENT	186
RÉFÉRENCES	188

7. SUÈDE 191

DESCRIPTION ET HISTORIQUE	191
LES DONNÉES CONTEXTUELLES, 2022	192
LES DONNÉES SUR LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	192
LES SOURCES DE FINANCEMENT	193
LES PRESTATAIRES DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	194
LE PANIER DE SERVICES À DOMICILE	198
LES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ	198
L'ÉVALUATION DES BESOINS ET LA DÉTERMINATION DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE	200
COMMENT FONCTIONNE LE PAIEMENT DES SERVICES À DOMICILE	201
LES PROGRAMMES D'AIDE À L'USAGER	203
LES SERVICES ET LES PROGRAMMES D'AIDE AUX PERSONNES PROCHES AIDANTES (PPA)	205
COMMENT CIRCULE L'ARGENT POUR LES SERVICES DE SAD EN SUÈDE	207
LA COORDINATION ET LA COMMUNICATION ENTRE PROGRAMMES	208
LES AGENCES DE CONTRÔLE	208
LE CONTRÔLE DE QUALITÉ	209
LES INCITATIFS À LA PERFORMANCE ET LES MÉCANISMES VISANT À LIMITER LE CONTOURNEMENT OU LES COMPORTEMENTS DÉVIANTS	210
LES ENJEUX, LES AVANTAGES, LA PERFORMANCE AXÉE SUR LA VALEUR POUR L'USAGER	211
LES ENJEUX DE FINANCEMENT	212
LES RÉFORMES RÉCENTES DES MÉCANISMES DE FINANCEMENT	212
RÉFÉRENCES	214

ANNEXE B : LES COMPARAISONS INTERNATIONALES DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE 217

INDICATEURS EXPLORATOIRES POUR UNE ANALYSE DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE 220

1. COÛT DES SERVICES DE SAD PAR HEURE TRAVAILLÉE 221
2. TEMPS D'INTERVENTION DIRECTE PAR RAPPORT AU TEMPS DE TRAVAIL TOTAL 221
3. TAUX DE RÉPONSE AUX BESOINS 222
4. PERTE D'AUTONOMIE RELATIVE (NOMBRE D'HEURES DE SERVICES DE SAD NÉCESSAIRES PAR USAGER) 223
5. RATIO DU NOMBRE D'USAGERS DES SERVICES DE SAD DANS LA POPULATION (TAUX DE DESSERTE OU TAUX DE PÉNÉTRATION DES SERVICES) 223

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Sources de financement des services de soutien à domicile	9
Tableau 2	Coûts totaux des services de soutien à domicile en pourcentage du revenu disponible médian après impôt des personnes de 65 ans et plus	11
Tableau 3	Proportion des coûts totaux des services de soutien à domicile financés par les systèmes de protection sociale publics	13
Tableau 4	Part des coûts des services de soutien à domicile assumée par l'utilisateur en pourcentage du revenu disponible médian après impôt des personnes de 65 ans et plus	14
Tableau 5	Résumé des types de programmes d'aide pour l'utilisateur	16
Tableau 6	Types de programmes d'aide pour l'utilisateur par pays	18
Tableau 7	Services de soins à domicile gratuits dans les pays étudiés	20
Tableau 8	Types de programmes de soutien aux proches aidants par pays	21
Tableau 9	Tarif des services dans les pays étudiés	24
Tableau 10	Récapitulatif des dépenses en soins de longue durée en pourcentage du PIB et de la proportion allouée en soutien à domicile par pays en 2022	220

SOMMAIRE

Ce rapport examine les mécanismes de financement des services de soutien à domicile dans sept pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : Allemagne, Belgique, Danemark, France, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède. Il met en lumière les approches variées et les défis communs auxquels ces pays sont confrontés pour répondre aux besoins croissants des populations vieillissantes. Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) a réalisé cette étude pour soutenir ses travaux sur les soins à domicile, alimenter la discussion publique et inspirer des politiques efficaces au Québec.

Chaque pays est analysé sous différents aspects, y compris les sources de financement, les types de programmes de soutien financier et les réformes récentes entreprises pour améliorer l'efficacité et l'accessibilité des services de soutien à domicile.

L'analyse est basée sur le contenu des fiches détaillées annexées à ce rapport. Celles-ci offrent un aperçu structuré et approfondi des mécanismes de financement de chaque pays étudié. Construites autour d'une structure commune, elles facilitent la comparaison cohérente des pratiques et politiques entre pays. Chaque fiche propose notamment une analyse complète du soutien à domicile, couvrant le contexte historique et actuel, les modes de financement, les types de services et les critères d'accès, les rôles des prestataires et des proches aidants, les programmes de soutien financier, les circuits de financement, ainsi que les réformes et les mécanismes de contrôle de la qualité.

Voici les principaux constats qui émanent de l'analyse :

1. **Complexité des systèmes de soutien à domicile** : Les services de soutien à domicile sont cruciaux mais complexes, se situant entre les soins curatifs et les soins de longue durée. Ils nécessitent des interactions efficaces avec le système de santé pour garantir la qualité des soins. Aucun pays ne répond pleinement aux besoins malgré des dépenses importantes en soins de longue durée. Ainsi, les prestataires privés et les personnes proches aidantes sont mis à contribution dans tous les pays afin de répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie à domicile.
 - a. **Rôle des prestataires privés** : Les prestataires privés, à but lucratif ou non, et les travailleurs indépendants jouent un rôle clé dans la fourniture de services de soutien à domicile.
 - b. **Importance des proches aidants** : Les proches aidants sont indispensables et bénéficient de diverses formes de soutien financier, de formation et de répit.

2. Diversité et complexité des mécanismes de financement :

- a. **Accessibilité financière** : L'accessibilité financière des services est un défi majeur. En l'absence d'accès aux services publics ou sans mécanismes de financement public des services, les coûts peuvent dépasser 75% du revenu disponible médian des personnes âgées, pour des besoins modérés.
- b. **Copaiement de l'utilisateur** : Dans tous les pays à l'exception du Danemark, l'utilisateur paie un copaiement pour certains services à domicile, notamment l'aide domestique.
- c. **Programmes de soutien financier** : Les pays offrent divers programmes de soutien financier, principalement sous forme d'allocations en espèces ou en nature, essentiels pour rendre les services accessibles financièrement.
- d. **Sources de financement variées** : Les sources de financement varient considérablement entre les pays, avec des systèmes basés sur les impôts, les cotisations ou une combinaison des deux.

INTRODUCTION

Le 9 mars 2022, le gouvernement a confié au Commissaire à la santé et au bien-être un mandat relativement aux services de soutien à domicile (Décret 223-2022).

Le Commissaire a publié, dans le contexte de ce mandat, la série *Bien vieillir chez soi* composée de quatre tomes. Le premier présente un portrait de l'écosystème des soins et services à domicile au Québec. Le deuxième tome propose une analyse chiffrée de la performance des services alors que le troisième met de l'avant une analyse du degré de mise en œuvre de la politique de 2003 *Chez soi : le premier choix*. Le quatrième présente une synthèse des grands constats de ces trois tomes, ainsi que des travaux de quatre projets de recherche¹, des orientations de courts et moyens termes et seize recommandations à mettre en œuvre en vue d'améliorer le système de soutien à domicile.

Afin de soutenir la réalisation de ces travaux, le Commissaire a effectué une recension des mécanismes de financement du soutien à domicile dans sept pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : Allemagne, Belgique, Danemark, France, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède.

Nous avons jugé utile de publier cette recension, car elle offre un aperçu précieux, même s'il est loin d'être exhaustif, des pratiques et stratégies adoptées par d'autres juridictions comparables pour affronter les enjeux liés à la perte d'autonomie. En partageant ces informations, qui ont inspiré les recommandations du Commissaire dans le cadre de son mandat gouvernemental, nous visons à enrichir les débats et les réflexions sur l'amélioration des services de soutien à domicile dans notre propre pays.

¹ Quatre projets visant 1) à mieux comprendre les enjeux financiers des services de longue durée face au vieillissement de la population; 2) à examiner les projets innovateurs de soutien aux personnes en perte d'autonomie et à comprendre les conditions de leur pérennisation; 3) à comprendre comment d'autres juridictions transcendent les obstacles à l'innovation et 4) à recenser les mécanismes de financement des services de soutien à domicile d'autres juridictions.

Le vieillissement de la population représente un défi considérable pour la viabilité des programmes de soins de longue durée dans tous les pays industrialisés, y compris ceux consacrés au soutien à domicile. La diminution du bassin de main-d'œuvre, la baisse des contributions des travailleurs au financement des programmes ainsi que l'augmentation des besoins de services ont contraint tous les pays analysés à repenser leurs programmes de soutien à domicile.

Ce rapport présente un sommaire des moyens mis en place pour soutenir financièrement la perte d'autonomie par les sept juridictions analysées.

Il décrit également les stratégies récentes adoptées par ces pays pour accroître la résilience de leur système de soutien à domicile face au vieillissement de la population.

Sa première partie fournit une vue d'ensemble de l'écosystème du soutien à domicile. La deuxième partie met en lumière l'importance du financement public pour répondre aux besoins liés à la perte d'autonomie. La troisième partie explore en détail les divers programmes de soutien financier destinés aux usagers et aux proches aidants. Enfin, la dernière section aborde les réformes et les stratégies adoptées pour renforcer l'efficacité et l'accessibilité des services de soutien à domicile, en assurant la viabilité des systèmes face au vieillissement de la population.

MÉTHODOLOGIE

Sept pays ont été sélectionnés en raison de leur comparabilité en termes de développement économique, de la diversité de leurs approches et cultures, ainsi que de la facilité d'accès à l'information. Les données utilisées proviennent de documents officiels publiés par des organismes gouvernementaux et des autorités responsables, ainsi que des sites Internet des ministères de la santé et des services sociaux.

Les différents systèmes de soutien à domicile ont été documentés sous dix-huit rubriques et résumés dans des fiches synthèses par pays, accompagnées d'un schéma sur les flux de fonds. Les pays suivants sont couverts : l'Allemagne, la Belgique, le Danemark, la France, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède.

Ces fiches documentent les caractéristiques du soutien à domicile ainsi que les grandes lignes de l'historique récent des systèmes de santé dans lesquels il s'insère. Elles fournissent également des données générales sur l'écosystème de soins de longue durée, la source et les fonctions du financement des systèmes de santé et des services de longue durée, ainsi que les caractéristiques des écosystèmes de soutien à domicile. En outre, elles décrivent les différents mécanismes de gouvernance, les enjeux les plus importants et les principales réformes.

Ces fiches, et les références y étant associées, sont en annexe du présent document.

Le rapport a bénéficié de commentaires et de discussions avec l'équipe de soins de longue durée de l'OCDE, que le CSBE remercie.

1. LES SYSTÈMES COMPARÉS VARIANT DANS LEUR STRUCTURE ET LEUR FINANCEMENT, MAIS FONT FACE AUX MÊMES DÉFIS

LES PERSONNES ÂGÉES SONT LES PLUS GRANDES USAGÈRES DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE.

Les services de soutien à domicile viennent en aide à plusieurs clientèles vivant avec une déficience physique ou intellectuelle, une ou plusieurs maladies chroniques ou une perte d'autonomie liée au vieillissement, ainsi qu'aux personnes recevant des soins palliatifs et de fin de vie. Ils s'adressent aussi aux personnes ayant des besoins de courte durée, par exemple à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie.

Au Québec, les personnes âgées représentent la principale clientèle des services de soutien à domicile, suivies des personnes ayant une déficience physique. Ces clientèles reçoivent le plus grand volume d'heures de services en soutien à domicile.

LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE COMPRENENT LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES D'AIDE À DOMICILE.

Les services de soutien à domicile² comprennent des services de santé et des services qui permettent de compenser la perte d'autonomie.

Les services de santé incluent 1) les soins médicaux à domicile, 2) les soins infirmiers à domicile et 3) les autres services professionnels à domicile, alors que les services d'aide à domicile incluent 4) les services d'assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ)³ et 5) les services de soutien aux activités de la vie domestique (AVD)⁴.

Cette recension concerne principalement l'aide à domicile, mais peut aussi englober les soins de santé offerts à domicile. Ainsi, les services de soutien à domicile font référence aux cinq catégories de services, alors que l'aide à domicile inclut les services de soutien aux activités de la vie domestique, qui n'exigent pas de compétences des professionnels de la santé, et les services d'assistance aux activités de la vie quotidienne.

La distinction est importante, car les régimes d'assurance santé universels, qu'ils soient financés par les impôts ou les taxes ou par des programmes d'assurances sociales ou privés, touchent tous les services de santé, alors que le soutien financier à l'aide à domicile est soutenu le plus souvent par des régimes séparés.

TOUS LES PAYS ANALYSÉS FONT APPEL À DES PRESTATAIRES PUBLICS ET PRIVÉS.

Les soins médicaux, les soins infirmiers et les autres services professionnels à domicile destinés aux clientèles ayant des besoins de services de soutien à domicile de courte durée (par exemple, à la suite d'une hospitalisation ou d'une chirurgie) sont la plupart du temps offerts par les prestataires publics ou financés par des programmes publics.

2 Pour une énumération plus détaillée des services de soutien à domicile, voir le tableau 3 : Types de services composant l'offre de SAD à la page 48 de *Bien vieillir chez soi. Tome 1 : Comprendre l'écosystème*.

3 « Les services d'assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ) » est le terme généralement utilisé dans la littérature à l'international. L'équivalent est « les soins personnels » dans la collection *Bien vieillir chez soi* du CSBE.

4 « Les services d'assistance aux activités de la vie domestique (AVD) » est le terme généralement utilisé dans la littérature à l'international. L'équivalent est « l'aide domestique » dans la collection *Bien vieillir chez soi* du CSBE.

Pour les clientèles ayant des besoins de services de soutien à domicile de longue durée (les personnes âgées et les personnes handicapées notamment), la couverture des soins infirmiers et des services d'aide à la vie domestique ou à la vie quotidienne est généralement mixte. On y trouve tous les types de prestataires de services.

Dans tous les pays analysés, on observe la présence de prestataires de services de soutien à domicile issus des secteurs public et privé. Ce dernier secteur comprend des entreprises, des organisations, des associations à but non lucratif et à but lucratif ainsi que des travailleurs indépendants impliqués dans la prestation de services. De plus, dans tous les pays, les proches aidants jouent un rôle essentiel de soutien aux individus en situation de perte d'autonomie.

Voici quatre pays analysés qui mettent à contribution des prestataires privés ou communautaires pour les services de soutien à domicile :

- **Suède et Danemark** – Permettre un réel libre choix à l'usager
Dans les municipalités en Suède et au Danemark, l'usager qui reçoit des soins à domicile peut choisir de recevoir des interventions de la municipalité ou d'une entreprise de soins et de services agréée par la municipalité. Le développement du secteur privé est encouragé par l'État au Danemark pour augmenter la qualité des services grâce à une compétition basée sur le service entre prestataires d'aide à domicile.
- **Belgique** – Hausser la capacité des prestataires publics par l'achat de services auprès de prestataires privés reconnus
En Belgique, les prestataires de services de soutien à domicile peuvent être des acteurs publics qui sous-traitent les soins à des prestataires privés ou associatifs.
- **Pays-Bas** – Ouvrir l'offre de services aux innovations sociales des prestataires privés
Buurtzorg est une organisation de soins de santé à but non lucratif pionnière, créée en 2006. Elle utilise un modèle de soins qui prend en compte l'ensemble des besoins de ses patients, y compris leurs besoins médicaux, sociaux et psychologiques. Dirigée par une infirmière, Buurtzorg a révolutionné les soins communautaires aux Pays-Bas.

LES SOURCES DE FINANCEMENT DU SOUTIEN À DOMICILE INCLUENT LES IMPÔTS, LES COTISATIONS ET LES COPAIEMENTS.

Le financement des services de soutien à domicile dans les sept pays sélectionnés est hétérogène. Les sources de financement incluent les impôts et les taxes, les cotisations d'employés ou d'employeurs, ou une combinaison de ces deux sources. À ces sources de financement s'ajoute le copaiement de l'utilisateur pour tous les pays, à l'exception du Danemark.

Tableau 1 : Sources de financement des services de soutien à domicile

	Impôt / taxes	Cotisations employeurs/employés	Copaiement de l'utilisateur
Allemagne		✓	✓
Belgique		✓	✓
Danemark	✓		
France	✓	✓	✓
Pays-Bas		✓	✓
Royaume-Uni	✓	✓	✓
Suède	✓		✓

Les systèmes de protection sociale financés par l'impôt et les taxes sont typiques des pays nordiques (Suède et Danemark).

Les systèmes de protection sociale financés par les cotisations d'employés et d'employeurs obligatoires constituent le principal pilier du financement en Belgique, en Allemagne et aux Pays-Bas, où des régimes de soins de longue durée fondés sur l'assurance dépendance ont été mis en place.

La France et le Royaume-Uni utilisent une combinaison de cotisations, d'impôts et de taxes pour financer les soins de longue durée. Ces pays n'ont généralement pas de systèmes de soins de longue durée « intégrés », car les soins de santé et l'aide sociale sont financés par différentes institutions. Le financement provenant des cotisations d'employés et d'employeurs et des impôts et taxes permet de collecter des fonds sur une base plus large que le seul revenu du travail.

Par exemple, en France, le financement provient principalement des cotisations d'employés et d'employeurs (la contribution sociale généralisée de la Caisse nationale de soutien à l'autonomie (CNSA)) ainsi que des impôts et des taxes (budget de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)). Au Royaume-Uni, le financement provient des cotisations d'assurance nationale et du budget du National Health Service (NHS). Cette approche permet d'élargir la couverture des services pour les personnes ayant des besoins de soutien à domicile.

2. SANS INTERVENTION DE L'ÉTAT, LES COÛTS COMPROMETTENT LA SÉCURITÉ FINANCIÈRE DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

L'analyse du fardeau financier des services de soutien à domicile pour les personnes en perte d'autonomie, toutes juridictions confondues, démontre l'importance cruciale des programmes de soutien financier pour éviter la précarité. Les travaux de l'OCDE révèlent que les coûts de ces services, proportionnels au revenu disponible médian après impôt des aînés, sont souvent inabordables sans la protection sociale (OCDE, 2022). Sans suffisamment d'aide à domicile, le recours à l'hébergement de longue durée peut s'accélérer, ce qui exerce une pression sur les infrastructures et incite les pays à améliorer leurs systèmes de soutien à domicile.

PARTOUT, LA PERTE D'AUTONOMIE PEUT MENER À LA PAUVRETÉ.

Les données dans le tableau 2 représentent les coûts totaux des services de soutien à domicile en pourcentage du revenu disponible médian après impôt des personnes de 65 ans et plus sans protection sociale publique selon différents niveaux de besoins.

Les besoins légers, modérés et sévères correspondent à 6,5 heures, 22,5 heures et 41,25 heures de soins d'activités de la vie quotidienne (AVQ) et d'activités de la vie domestique (AVD) par semaine, respectivement. Dans ces résultats, il est également présumé que la personne ayant des besoins modérés ou sévères de services de soutien à domicile est supervisée 24 heures sur 24 par son conjoint, sans que celui-ci soit responsable de ses services d'aide à la vie quotidienne et à la vie domestique (OCDE, 2024).

Tableau 2 : Coûts totaux des services de soutien à domicile en pourcentage du revenu disponible médian après impôt des personnes de 65 ans et plus

Pays	Besoins légers de services de SAD	Besoins modérés de services de SAD	Besoins sévères de services de SAD
Allemagne	23%	78%	160%
France	31%	107%	196%
Royaume-Uni (Angleterre)	37%	130%	238%
Belgique (Flandre)	55%	145%	207%
Danemark	66%	230%	421%
Pays-Bas	84%	287%	514%
Suède	106%	368%	675%

Source : Analyses de l'OCDE basées sur son questionnaire concernant la protection sociale des soins de longue durée. [Social protection for older people with LTC needs | OECD](#). Site Web consulté le 23 septembre 2024 (OCDE, 2024).

Dans tous les pays, sans les mécanismes de financement des services de soutien à domicile en place ou sans accessibilité à ces mécanismes, même une personne nantie risquerait de se retrouver dans une situation de pauvreté compte tenu de sa perte d'autonomie. Les coûts totaux annuels des services de soutien à domicile dépassent 20 % du revenu disponible médian après impôt des aînés pour des besoins légers, 75 % pour des besoins modérés et 160 % pour des besoins sévères.

Dans la majorité des juridictions analysées, les frais liés aux services de soutien à domicile peuvent représenter au-delà de 100 % du revenu disponible des personnes âgées dès que leurs besoins se révèlent modérés. Ces résultats soulignent l'importance des systèmes de protection sociale pour assurer la sécurité financière des usagers dont la précarité augmente considérablement à mesure que les besoins en soutien deviennent plus importants.

L'analyse des données du tableau 2 révèle des variations significatives entre les pays étudiés en ce qui concerne les coûts des services de soutien à domicile pour les personnes âgées. L'Allemagne se distingue par des pourcentages de coûts relativement bas pour les besoins légers, modérés et sévères. En revanche, l'Angleterre et la France présentent des pourcentages de coûts totaux bas pour les besoins légers (37% et 31% du revenu médian disponible, respectivement), mais les coûts augmentent considérablement pour les besoins modérés et sévères.

Les différences observées dans les pourcentages des coûts des services de soutien à domicile par rapport au revenu disponible médian des personnes de plus de 65 ans peuvent être influencées par plusieurs facteurs économiques et politiques, dont les écarts de richesse et de revenu et les variations dans la structure et l'organisation des systèmes de santé. Enfin, les pays avec un secteur de soutien à domicile bien développé et efficace peuvent offrir des services plus abordables et compétitifs, influençant ainsi les coûts des services.

Cela dit, les comparaisons internationales des services de soutien à domicile sont difficiles en raison des différences législatives, culturelles et des systèmes de santé propres à chaque pays. Ces variations incluent les cadres législatifs, les structures organisationnelles et les niveaux de financement. Malgré cela, tous les pays étudiés font face à des défis similaires : vieillissement de la population, pénurie de personnel qualifié, viabilité financière, coordination des soins et accessibilité équitable. Les mécanismes de financement hétérogènes rendent difficiles les comparaisons (voir l'annexe B : Les comparaisons internationales des services de soutien à domicile).

UNE PROPORTION IMPORTANTE DES COÛTS LIÉS AU SOUTIEN À DOMICILE EST ASSURÉE PAR LES SYSTÈMES PUBLICS.

Les pourcentages de couverture varient d'un pays à l'autre, ce qui indique des différences dans les politiques de protection sociale. Les données montrent qu'à l'exception de la France, pour toutes les juridictions étudiées, la protection sociale est élevée lorsque la perte d'autonomie est modérée ou sévère.

Les pourcentages de couverture inférieurs à 100% donnent à penser que les bénéficiaires des soins de longue durée doivent encore supporter une partie des coûts.

Tableau 3 : Proportion des coûts totaux des services de soutien à domicile financés par les systèmes de protection sociale publics

Pays	Besoins légers de services de SAD	Besoins modérés de services de SAD	Besoins sévères de services de SAD
Danemark	100%	100%	99%
Pays-Bas	99%	100%	98%
Allemagne	38%	100%	76%
Suède	90%	97%	98%
Belgique (Flandre)	77%	79%	95%
Royaume-Uni (Angleterre)	52%	68%	83%
France	77%	58%	50%

Source : Analyses de l'OCDE basées sur son questionnaire concernant la protection sociale des soins de longue durée. [Social protection for older people with LTC needs | OECD](#). Site Web consulté le 23 septembre 2024 (OCDE, 2024).

Le tableau 4 présente la part des coûts des services de soutien à domicile assumée par l'utilisateur en pourcentage du revenu disponible médian des personnes âgées après le soutien public, pour les bénéficiaires sans patrimoine net et selon la gravité des besoins. La part assumée par les usagers varie beaucoup selon le niveau de besoin et selon le pays.

Pour les besoins légers ou modérés, le Danemark se démarque en offrant une prise en charge complète, avec des coûts directs nuls. Les Pays-Bas suivent de près, avec des coûts directs de 1%. En comparaison, les coûts directs sont de 18% en Angleterre pour des besoins légers et de 45% en France pour des besoins modérés.

En revanche, pour des besoins sévères en France, les coûts directs atteignent environ 98% du revenu disponible médian après le soutien public, créant une charge financière insoutenable. L'aide sociale en France est moins généreuse pour les besoins modérés ou sévères en soutien à domicile.

Tableau 4 : Part des coûts des services de soutien à domicile assumée par l'utilisateur en pourcentage du revenu disponible médian après impôt des personnes de 65 ans et plus

Pays	Besoins légers de services de SAD	Besoins modérés de services de SAD	Besoins sévères de services de SAD
Danemark	0%	0%	3%
Pays-Bas	1%	1%	12%
Allemagne	15%	0%	39%
Suède	11%	11%	11%
Belgique (Flandre)	13%	31%	10%
Royaume-Uni (Angleterre)	18%	41%	41%
France	7%	45%	98%

Source : Analyses de l'OCDE basées sur son questionnaire concernant la protection sociale des soins de longue durée. [Social protection for older people with LTC needs | OECD](#). Site Web consulté le 23 septembre 2024 (OCDE, 2024).

3. TOUTES LES JURIDICTIONS ÉTUDIÉES OFFRENT UNE AIDE FINANCIÈRE POUR LE SOUTIEN À DOMICILE

CINQ TYPES DE PROGRAMMES D'AIDE SOUTIENNENT FINANCIÈREMENT LES USAGERS LORSQUE LES SERVICES NE SONT PAS TOTALEMENT GRATUITS.

Le soutien financier pour l'utilisateur poursuit deux objectifs : assurer la sécurité financière de l'utilisateur; et permettre aux personnes en perte d'autonomie de disposer de moyens pour choisir et gérer les services dont ils ont besoin. Ainsi, les utilisateurs peuvent acheter des services de soutien à domicile sur le marché ou ils peuvent embaucher des membres de leur propre famille.

Nous avons identifié cinq types de programmes d'aide qui soutiennent financièrement les utilisateurs lorsque les services ne sont pas totalement gratuits. Le tableau suivant présente ces cinq types de programmes.

Tableau 5 : Résumé des types de programmes d'aide pour l'utilisateur

Type de programme	Description
Allocation	Un montant ou des heures sont alloués pour acheter des services auprès d'un prestataire de choix.
Subvention	L'utilisateur paie une partie après une subvention de l'État.
Remboursement	L'utilisateur paie d'abord puis demande un remboursement partiel.
Plafond de dépenses	L'utilisateur paie jusqu'à un certain montant, le reste est couvert par l'assurance.
Soutien à l'épargne	L'utilisateur est encouragé à épargner pour des besoins futurs en services.

Allocation

L'utilisateur se voit octroyer un montant ou une banque d'heures lui permettant de se procurer un volume de services de soutien à domicile auprès d'un prestataire de son choix parmi une liste de prestataires accrédités. Le montant de l'allocation est limité par le régime d'assurance en fonction des besoins de l'utilisateur. L'allocation peut être gérée par un organisme intermédiaire. Au-delà de cette allocation, les coûts des services de soutien à domicile sont entièrement à la charge de l'utilisateur.

L'Allemagne, la Belgique, la France, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède ont mis en place ce type de programme. L'allocation en Belgique est conditionnelle au niveau de revenu. En Allemagne, en France, aux Pays-Bas et en Suède (voir le tableau 8), l'allocation à l'utilisateur est transférable aux proches aidants.

Subvention

Le service de soutien à domicile subventionné permet à l'utilisateur de payer uniquement sa part. Le tarif facturé (ou le copaiement de l'utilisateur) est calculé après imputation par le prestataire de la subvention reçue du régime d'assurance.

Un exemple de ce type de programme est le « titre-service », une forme de paiement subventionné par l'État qui permet à l'utilisateur, en tant que particulier, d'effectuer ses paiements auprès d'une entreprise agréée. Dans deux pays, en Belgique et en France, l'utilisateur peut utiliser des titres-services pour rémunérer soit des services d'activités de la vie quotidienne (Belgique), soit des services d'activités de la vie quotidienne et des services d'activités de la vie domestique (France).

Remboursement (déduction fiscale pour l'utilisateur)

Le remboursement suit une chronologie inverse à celle de la subvention. L'utilisateur paie 100 % de la facture dès qu'il reçoit le service de soutien à domicile d'un prestataire. L'utilisateur demande ensuite un remboursement auprès de l'autorité compétente. Le remboursement ne couvre pas 100 % de la facture. Généralement, les crédits d'impôt appartiennent à cette catégorie de programmes d'aide.

Ce type de programme est généralement applicable aux services d'aide à domicile. Quatre pays, soit la France, l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suède, octroient une déduction fiscale à l'utilisateur. On observe une grande variété dans les modalités des programmes selon les pays.

Plafond de dépenses

Le plafond de dépenses fonctionne à l'inverse de l'allocation. L'utilisateur doit d'abord payer 100 % de la facture des services de soutien à domicile dont il a besoin, jusqu'à un certain montant ou volume de services maximal sur une période mensuelle, annuelle ou à vie. Le régime d'assurance prend ensuite à sa charge tous les coûts des services de soutien à domicile supplémentaires.

Une redevance plafond est fixée annuellement par le gouvernement suédois, représentant le montant maximum pouvant être facturé à un bénéficiaire. Au Royaume-Uni, le maximum qu'une personne devra payer au cours de sa vie pour les coûts des soins personnels est de 86 000 £ depuis octobre 2023.

Épargne

Au cours de sa vie active, la personne est encouragée à épargner pour être en mesure de contribuer à l'achat de services de soutien à domicile si elle en a besoin. Ce mécanisme d'épargne peut être bonifié par l'État, de façon analogue à ce qui se fait en éducation postsecondaire au Canada avec le régime enregistré d'épargne-études (REEE) (Gouvernement du Canada, 2023).

Le tableau 6 présente les programmes d'aide financière pour les usagers par pays.

On observe que l'allocation et le remboursement sont les programmes d'aide à l'utilisateur les plus populaires.

Au Danemark, les services de soutien à domicile sont gratuits et assurés universellement par le secteur public.

La Belgique et la France se distinguent en proposant des services subventionnés en complément.

À l’instar du Québec (Revenu Québec, 2024), l’Allemagne, la France, les Pays-Bas et la Suède intègrent également des programmes d’assistance sous forme de remboursements, tels que des crédits d’impôt.

La Belgique, le Royaume-Uni et la Suède ont un plafond de dépenses pour les usagers.

Finalement, nous n’avons pas trouvé d’information sur des programmes d’épargne liés à la perte d’autonomie dans les pays étudiés.

Tableau 6 : Types de programmes d’aide pour l’usager par pays

✓ —	Allocation	Remboursement	Plafond de dépenses	Subvention	Épargne
Allemagne	✓	✓			
Belgique	✓		✓	✓	
Danemark	Accès gratuit aux services				
France	✓	✓		✓	
Pays-Bas	✓	✓			
Royaume-Uni	✓		✓		
Suède	✓	✓	✓		

LES PAYS DÉTERMINENT L’ADMISSIBILITÉ AUX SERVICES ET AUX PROGRAMMES AVEC DES OUTILS D’ÉVALUATION DES BESOINS, SANS NORME INTERNATIONALE.

L’évaluation des besoins est essentielle pour déterminer le niveau de soins dont les personnes en perte d’autonomie ont besoin. L’admissibilité au soutien financier, lorsque les programmes de soutien financier dépendent des ressources de la personne aidée (y compris ses capacités financières), est déterminée indépendamment de l’évaluation de l’admissibilité aux services de soutien à domicile.

L'évaluation des besoins est effectuée par un professionnel de la santé, des services sociaux ou par un médecin, selon la juridiction. Tous les pays étudiés ont recours à des outils d'évaluation des besoins, mais aucun outil adopté internationalement n'a été observé.

En France et en Allemagne, l'évaluation des besoins se fait à l'aide d'un outil d'évaluation standardisée national. Cet outil permet de déterminer les services de soutien à domicile que les personnes en perte d'autonomie devraient recevoir.

En Belgique, il n'y a pas d'outil d'évaluation standardisée national. L'évaluation pour les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique diffèrent d'une communauté à l'autre et le degré d'autonomie est généralement établi lors de l'expertise médicale.

Aux Pays-Bas, l'évaluation des besoins et la détermination des services de soutien à domicile varient en fonction des différents programmes de soins. Les individus vérifient leur admissibilité auprès du Centre d'évaluation des besoins de soins (CIZ) pour les soins de longue durée. Pour l'aide domestique, les critères d'admissibilité et la manière dont les cas individuels sont évalués peuvent varier d'une municipalité à l'autre.

LA PLUPART DES PAYS OFFRENT GRATUITEMENT LES SOINS MÉDICAUX ET INFIRMIERS À DOMICILE, MAIS IMPOSENT UN COUPAIEMENT POUR L'AIDE DOMESTIQUE.

Les sept pays étudiés possèdent chacun leur propre méthode pour déterminer la couverture des besoins en soins et services à domicile. Chaque pays utilise des mécanismes de financement tels que l'assurance maladie (publique et/ou privée), l'assurance dépendance, les programmes d'aide aux usagers, les programmes d'aide aux proches aidants, et d'autres encore.

Les types de soins et services couverts par ces mécanismes de financement varient d'un pays à l'autre. Cependant, de manière générale, l'assurance maladie couvre les soins médicaux et infirmiers à domicile, avec une admission universelle pour les personnes ayant la résidence et/ou un statut d'emploi officiel. En Angleterre, le mécanisme de financement est le NHS, dont les critères d'admission aux paniers de services mentionnés sont aussi basés sur les besoins en soins.

L'assurance dépendance, présente dans certains des pays étudiés (Belgique, Allemagne, Pays-Bas) ou des programmes municipaux (Danemark, Angleterre), couvre généralement les services d'activités de la vie quotidienne et d'activités de la vie domestique. Les critères d'admission incluent les besoins de soins (Allemagne, Danemark, Pays-Bas, Angleterre), la dépendance (Allemagne), l'âge (Belgique) et les ressources financières (contribution personnelle aux Pays-Bas et seuil de revenu en Angleterre).

Les soins personnels et l'aide-ménagère sont soutenus soit par le biais de programmes de soutien financier, soit par une offre de services. Pour en bénéficier, l'utilisateur doit répondre à des critères de besoins en soins (Allemagne, Pays-Bas, Angleterre, Suède), de dépendance (Belgique, France), d'âge (Belgique, France, Angleterre, Suède), de résidence (Belgique, France) ou de ressources financières (France, Belgique).

Aucun pays ne tient compte du patrimoine de l'utilisateur⁵ comme critère d'admission aux soins et services de soutien à domicile ou aux programmes d'aide financière pour l'utilisateur.

Tous les pays, à l'exception du Danemark, imposent un copaiement à l'utilisateur pour l'aide à la vie quotidienne et l'aide à la vie domestique. Deux pays, la Belgique et l'Allemagne, imposent un copaiement pour les services médicaux et les services infirmiers alors que la France en impose un seulement pour les services infirmiers.

Tableau 7 : Services de soins à domicile gratuits dans les pays étudiés

	Allemagne	Belgique	Danemark	France	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède
Soins médicaux			✓	✓	✓	✓	✓
Soins infirmiers			✓		✓	✓	✓
Aide à la vie quotidienne			✓				
Aide à la vie domestique			✓				

5 Contrairement aux soins de longue durée en institution où le patrimoine de l'utilisateur est considéré.

LES PAYS RECONNAISSENT LE RÔLE DES PROCHES AIDANTS ET METTENT EN PLACE UNE VARIÉTÉ DE MESURES POUR LES SOUTENIR.

Les services offerts par le secteur public ne représentent qu'une partie des moyens mis à la disposition des personnes en perte d'autonomie. Les communautés, des organisations caritatives, des bénévoles mais surtout les proches offrent la majorité de l'aide qui permet à ces personnes de demeurer dans leur domicile.

Les pays recensés reconnaissent l'importance de ces proches pour le maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. Cette reconnaissance se traduit par des services de relève pour les proches aidants, par une grande flexibilité dans la capacité pour les usagers de transférer leur aide financière à leur proche et par une sécurité d'emploi pour ceux qui aident leurs proches en perte d'autonomie. Certains pays, comme le Danemark et la Suède, autorisent même les municipalités à employer directement le proche aidant, ce qui lui confère une reconnaissance et une meilleure protection sociale. Ces soutiens peuvent permettre d'assurer la protection financière et émotionnelle des personnes proches aidantes et prévenir leur épuisement.

Le tableau suivant recense les différents types de programmes de soutien aux proches aidants dans les pays à l'étude.

Tableau 8 : Types de programmes de soutien aux proches aidants par pays

	Allemagne	Belgique	Danemark	France	Pays-Bas	Royaume-Uni	Suède
Allocation pour la personne proche aidante		✓	✓			✓	
Allocation à l'usager transférable à la personne proche aidante	✓			✓	✓		✓
Déduction fiscale pour la personne proche aidante	✓			✓	✓		✓
Congés de l'emploi régulier pour la personne proche aidante	✓	✓	✓	✓	✓		
Service de relève	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Autres services aux personnes proches aidantes	✓				✓	✓	

Allocation pour les personnes proches aidantes

La Belgique, le Danemark et le Royaume-Uni octroient une allocation pour la personne proche aidante. Au Danemark, la personne proche aidante peut être employée par la commune pour une durée maximale de six mois pour s'occuper d'une personne atteinte d'un handicap important et permanent. Au Royaume-Uni, un montant de 67,25 £ par semaine est versé à l'aidant s'il s'occupe de quelqu'un plus de 35 heures par semaine.

Allocation pour l'usager transférable aux personnes proches aidantes

L'Allemagne, la France, les Pays-Bas et la Suède octroient une allocation à l'usager qui est transférable aux proches aidants selon des conditions d'admissibilité et des modalités variant d'un endroit à l'autre. Par exemple, en France, le soutien financier est transférable aux aidants informels membres de la famille de la personne en perte d'autonomie (à l'exception du conjoint, du concubin ou du partenaire de PACS). En Suède, l'allocation peut être accordée si la personne qui prodigue les soins a un surcroît de travail important et si les soins prodigués sont d'une intensité si importante qu'en temps normal, ils doivent être donnés par des professionnels de la santé.

Déduction fiscale pour la personne proche aidante

Quatre pays octroient une réduction fiscale pour la personne proche aidante. La nature de cette déduction varie d'un endroit à l'autre. En Suède et en Allemagne, la personne proche aidante n'a pas à payer d'impôt sur l'allocation de soins à domicile si elle est destinée à un parent avec qui elle vit. En France, si la personne héberge gracieusement à son domicile un de ses parents (père, mère ou beau-parent) qui ne dispose pas de ressources suffisantes, elle peut déduire, au même titre que les pensions alimentaires, une somme correspondant à l'hébergement et à la nourriture. Aux Pays-Bas, si la personne proche aidante engage des frais de santé pour quelqu'un d'autre, elle peut déduire certains frais de l'impôt⁶.

6 Par exemple, les frais de déplacement pour les visites de maladie, les frais de médicaments, les frais de vêtements et de literie supplémentaires, les frais de lavage.

Congés de l'emploi régulier pour permettre aux personnes proches aidantes de prendre soin d'un proche

L'Allemagne, la Belgique, le Danemark, la France et les Pays-Bas accordent des congés de l'emploi régulier pour permettre aux personnes proches aidantes de prendre soin d'un proche.

Soutien financier au répit

L'Allemagne, le Danemark, la France, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède offrent un service de relève pour la personne proche aidante. Dans quatre de ces pays, soit l'Allemagne, le Danemark, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, la personne proche aidante peut recevoir de l'aide financière pour rembourser les frais de répit.

Autres services aux personnes proches aidantes

D'autres services sont offerts en Allemagne, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni. Par exemple, l'Allemagne et les Pays-Bas proposent des services de formation, d'accompagnement et de conseil aux aidants. De plus, aux Pays-Bas, la majorité des communes proposent une assurance responsabilité volontaire gratuite aux aidants informels qui résident sur leur territoire. Ainsi, un aidant informel est assuré si un accident survient pendant qu'il prodigue des soins à son proche.

LES TARIFS DES SERVICES D'AIDE À LA VIE QUOTIDIENNE ET DOMESTIQUE VARIENT. ILS SONT PARFOIS DÉTERMINÉS NATIONALEMENT ET PARFOIS LOCALEMENT.

Les tarifs des services d'activités de la vie quotidienne et d'activités de la vie domestique varient considérablement au sein d'un même pays. Par exemple, un usager dans la région A d'un pays paie un tarif différent de celui d'un usager dans la région B du même pays, et ce, pour un même service.

Le tableau suivant présente, à titre illustratif, les tarifs horaires des services d'activités de la vie quotidienne et d'activités de la vie domestique pour chacun des pays.

Tableau 9 : Tarif des services dans les pays étudiés

	Tarifs horaires pour les activités de la vie quotidienne (mensuel en Suède)	Tarifs horaires pour les activités de la vie domestique (mensuel en Suède)
Allemagne	Minimum de 14,15 € de l'heure pour les aides-soignantes	Entre 12 € et 25 €
Belgique	Selon les revenus de la personne, entre 0,87 € et 7,81 €	Entre 0,82 € et 8,68 € en fonction des revenus du ménage
Danemark Ces tarifs sont payés par la municipalité au prestataire.	En semaine, le tarif varie de 316 DKK à 64 DKK. À d'autres moments, il se situe entre 459 DKK et 855 DKK (municipalité d'Aarhus).	Entre 150 DKK et 450 DKK
France	Tarif plancher de 23 €	Entre 24 € et 36 €
Pays-Bas	Entre 15 € et 60 €	Entre 20 € et 50 €
Royaume-Uni	Entre 15 £ et 30 £	Entre 15 £ et 30 £
Suède	Le tarif pour des soins à domicile de niveau 1 est de 625 SEK par mois et le tarif pour les services de soutien à domicile de niveau 2 (activités de la vie quotidienne) est de 925 SEK par mois (commune Ulricehamn).	Pour nettoyer une chambre et une cuisine, le tarif est de 477 SEK par mois. Pour nettoyer deux chambres et une cuisine, le tarif est de 733 SEK par mois.

Les prix des services d'activités de la vie quotidienne et de la vie domestique dans les sept pays sélectionnés pour l'étude sont présentés à titre illustratif. L'heure est utilisée comme unité de mesure pour les services de soins à domicile dans tous les pays, sauf en Suède où certains des prix sont présentés en utilisant le mois comme unité de mesure. Les prix sont exprimés dans les devises des pays sélectionnés. Le taux de change en dollars canadiens est le suivant : 1 euro égale 1,47 CAD (12 mai 2023). L'objectif de ce tableau n'est pas de comparer rigoureusement des tarifs entre les pays, mais plutôt de montrer la variabilité des coûts et d'illustrer les disparités potentielles au sein d'un même pays.

Encadrement des tarifs des services

Pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) habilités en France, le tarif des prestations est fixé, chaque année, par arrêté du président du conseil départemental. Le tarif plancher pour les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique à domicile était de 23 € en 2023.

Aux Pays-Bas, il existe des tarifs distincts pour les prestataires de soins formels (accrédités) et pour ceux non formels (proches aidants). Le taux maximum pour la prise en charge non formelle est fixé au niveau national. En 2023, le tarif informel était de 26,52 € brut de l'heure.

De plus, les municipalités aux Pays-Bas veillent à ce que le prix qu'elles paient soit suffisamment élevé pour permettre aux prestataires de couvrir leurs coûts.

En Suède, le partage des coûts des services de soins aux personnes âgées entre la municipalité et l'utilisateur est fixé conformément à la loi sur les services sociaux, dans le but de protéger les bénéficiaires contre des frais excessifs.

TOUS LES PAYS ONT DES ENJEUX DE FINANCEMENT, DE RESSOURCES HUMAINES ET D'ACCESSIBILITÉ AUX SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE.

La conception et le développement des écosystèmes du soutien à domicile varient dans les pays européens observés. Ils sont toutefois confrontés à des défis similaires.

Les écosystèmes du soutien à domicile sont complexes. La diversité de la clientèle, la combinaison des services professionnels, de soins personnels et de soutien à la vie domestique, la variété des prestataires et les multiples combinaisons des programmes de soutien financier dans tous les pays l'illustrent bien.

Le vieillissement de la population représente un défi considérable pour la viabilité financière et organisationnelle des soins et services de longue durée. La diminution du bassin de main-d'œuvre et la baisse des contributions des travailleurs au financement des programmes, combinées à l'augmentation des besoins de services ainsi qu'à la hausse de la demande de soutien pour les proches des personnes en perte d'autonomie, ont forcé tous les pays analysés à repenser leur programme de soutien à domicile.

Selon l'OCDE, les principaux avantages du financement fondé sur l'impôt et les taxes pour les systèmes de soins de longue durée sont que les impôts et les taxes peuvent être augmentés et que les citoyens peuvent s'attendre à ce que les dépenses de prestations s'alignent sur les ressources financières publiques. Cependant, le financement peut fluctuer, en particulier en période de récession économique. De plus, le financement des systèmes de soins de longue durée fondé sur l'impôt et les taxes est moins transparent lors de l'allocation des fonds (OCDE, 2022).

La possibilité d'augmenter les cotisations ou les impôts sur les salaires pour financer les soins de longue durée est restreinte dans le contexte d'une population vieillissante. Se fier aux revenus cotisables a aussi ses limites puisque le bassin de travailleurs diminue parallèlement au vieillissement de la population. Autrement dit, il résulte du vieillissement de la population une augmentation des besoins en matière de services de soutien à domicile à financer et une baisse des recettes potentielles provenant des cotisations due à une diminution du nombre de personnes en emploi.

De plus, les cotisations des employés peuvent avoir un impact sur le coût du travail et la compétitivité dans l'économie (OCDE, 2007).

En outre, les pays doivent prévoir le financement des soins de longue durée pour les non-travailleurs et les travailleurs indépendants qui auront des besoins à combler dans le futur, bien que ces derniers, dans certains cas, ne cotisent pas (European Commission and Social Protection Committee, 2021).

Les réponses observées face à ces défis dans les pays à l'étude sont multidimensionnelles, mais elles peuvent être regroupées en trois catégories : réduire les pressions financières, réduire les pressions sur les ressources humaines et améliorer l'accès dans les écosystèmes.

LES PAYS METTENT EN PLACE QUATRE TYPES DE STRATÉGIES POUR ALLÉGER LES PRESSIONS FINANCIÈRES.

Quatre types de stratégies sont observées en vue d'alléger les pressions sur les sources de fonds pour soutenir la perte d'autonomie à domicile, à savoir augmenter les fonds à la source, diminuer la demande, diminuer la couverture et augmenter l'efficacité.

Augmenter les fonds à la source

Les stratégies observées ou envisagées par les pays étudiés pour accroître les fonds à la source sont au nombre de trois.

- **Augmenter les taux de cotisation** : En Allemagne, les taux de cotisation à l'assurance dépendance ont été considérablement augmentés par des législations adoptées entre 2008 et 2018, principalement en raison de l'extension des prestations. Les cotisations en 2023 étaient de 3,4% pour les personnes avec enfants et de 4% pour les personnes sans enfant. Initialement, le taux de contribution se situait à 1,7% en 1995, lors de l'introduction de l'assurance dépendance. L'Allemagne a constitué un fonds de réserve en capital pour les soins de longue durée en 2015 dans le but de stabiliser les taux de cotisation des générations futures.

- **Convertir un fonds destiné au remboursement de la dette en un fonds pour financer la perte d'autonomie** : Le gouvernement français envisage un scénario où la déduction salariale existante, soit la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), qui aura été entièrement remboursée d'ici 2024, serait convertie en financement de la perte d'autonomie.
- **Tenir compte de la valeur du patrimoine dans le calcul des prestations perçues** : En France, le recours au financement privé est présenté comme complémentaire au financement public. Il pourrait être envisagé de prendre en compte une partie du patrimoine immobilier lors du calcul du niveau de prestation perçue, afin de soutenir le financement des soins à domicile et en établissements résidentiels.

Diminuer la demande

- **Investir dans le vieillissement actif** : Le Danemark a mis en place des mesures pour poursuivre les tendances à long terme vers une plus grande autonomie des personnes âgées et une vie indépendante. La politique danoise opte pour l'intégration de la réadaptation dans les soins à domicile en élargissant considérablement le champ de l'investissement social ou du vieillissement actif.

Diminuer la couverture

Le Danemark (où les services à domicile sont gratuits) a aussi réduit la couverture des services municipaux à domicile, notamment les services de nettoyage et le volume d'heures de services passées auprès des usagers. En raison de contraintes économiques plus rigoureuses, les municipalités ont restreint la fourniture de certains avantages liés aux soins de longue durée, même en l'absence de politiques explicites au niveau central ou local. Concrètement, les évaluations des besoins ont été rendues plus strictes et les heures allouées aux soins à domicile ont été réduites. Sur une période de dix ans, la proportion de bénéficiaires de soins à domicile a fortement diminué, passant d'environ 16% de la proportion d'individus de 65 ans et plus en 2010 à 11% en 2019.

L'offre de services de soutien à domicile au Danemark semble s'orienter vers l'intensification des services auprès d'un petit nombre de personnes plutôt que le saupoudrage des services auprès d'un plus grand nombre de personnes. Cette stratégie du gouvernement danois serait justifiée par une amélioration de la santé des populations vieillissantes. Les personnes âgées auraient moins besoin de soins. L'introduction nationale d'un programme de réadaptation axée sur l'entraînement aux activités de la vie quotidienne y aurait contribué. Toutefois, cela a été réfuté par une étude danoise récente. La stratégie aurait plutôt accru la dépendance des personnes à l'égard des membres de leur famille, ce qui a des implications pour l'égalité entre les sexes, car les femmes sont souvent les principales prestataires de soins informels.

Augmenter l'efficacité

La France révisé ses programmes de financement afin de réduire les barrières à l'innovation et d'augmenter la flexibilité de l'offre de services. En 2022, le ministère des Solidarités et de la Santé français a lancé une refonte des services à domicile pour aider, accompagner et soigner les gens, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. Cette réforme vise à simplifier et à améliorer l'accès à ces services pour les usagers et leurs aidants. Cette transformation se fera graduellement jusqu'en 2025, en collaboration avec les autorités locales, les agences de santé régionales et des gestionnaires de services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Les changements pour transformer les SAAD, SSIAD et SPASAD en une nouvelle structure autonome entreront en vigueur une fois que les règles précises seront définies dans un décret, qui était prévu au plus tard le 30 juin 2023. En date du 13 juillet 2023, un décret détaille les nouvelles règles pour ces services à domicile. Il explique comment les nouveaux services intégrés combinant l'accompagnement et les soins seront organisés. La transition des anciens programmes de services à domicile vers cette nouvelle organisation se fera progressivement.

LES INITIATIVES POUR CONTRER LA PÉNURIE DE LA MAIN-D'ŒUVRE SONT NOMBREUSES.

Pour répondre à la hausse des besoins en main-d'œuvre, les juridictions analysées ont mis en place diverses stratégies. Celles-ci sont regroupées en cinq catégories :

- **Augmentation des salaires et amélioration des conditions de travail**

En Allemagne, en France et aux Pays-Bas, les salaires ont été augmentés, les conditions de travail améliorées, et la sécurité d'emploi renforcée pour les travailleurs.

- **Amélioration de l'image et de l'environnement de travail**
Aux Pays-Bas, des campagnes d'information ont été lancées pour améliorer l'image du secteur, accompagnées d'efforts pour améliorer la qualité de l'environnement de travail.
- **Amélioration de la productivité**
Aux Pays-Bas, la coopération entre les différents secteurs a été encouragée, et l'utilisation de technologies innovantes a été promue pour augmenter la productivité.
- **Programmes de formation rémunérés**
En Suède, des programmes de formation rémunérés ont été offerts pendant les heures de travail, assortis de contrats de travail à terme.
- **Protection des aidants informels**
En Belgique, des congés prolongés ont été accordés aux aidants informels pour leur permettre de fournir des soins dans des conditions spécifiques, offrant ainsi une meilleure protection sociale.

POUR AMÉLIORER L'ACCÈS, L'AMÉLIORATION DU SOUTIEN FINANCIER EST IMPORTANTE, MAIS PAS LA SEULE OPTION.

Les stratégies mises en place visent principalement à améliorer l'accès au soutien financier des services à domicile, mais certaines cherchent également à simplifier les systèmes et à améliorer l'accès à l'information.

Améliorer l'accès au soutien financier

- **Élargir l'admissibilité aux prestations** : En Allemagne, l'admissibilité aux prestations de soins de longue durée a été étendue. Le fardeau des proches est réduit en exemptant les enfants des personnes ayant besoin de soins de l'obligation de couvrir les frais non couverts, s'ils gagnent moins d'un certain seuil, soit 100 000 €.
- **Protéger la sécurité financière** : Aux Pays-Bas, un régime anti-cumul a été instauré : lorsqu'un ménage paie déjà la contribution pour les soins de longue durée, il n'est pas tenu de payer pour les prestations personnelles de la loi sur l'aide sociale.

En Grande-Bretagne, des mesures permettent aux bénéficiaires d'aide financière de conserver une plus grande partie de leurs revenus personnels grâce à une garantie de revenu minimal. Les autorités locales évaluent les besoins en matière de soins et décident de l'assistance financière nécessaire en se basant sur une évaluation de l'ensemble des actifs de la personne, incluant la valeur du logement et ses économies. Si les actifs totaux dépassent 100 000 £, la personne doit assumer intégralement les frais de ses soins.

Toujours en Grande-Bretagne, un nouveau plafond fixe le montant maximal qu'une personne doit payer au cours de sa vie pour ses soins personnels.

Simplifier les structures de services

En France, une réforme des services à domicile vise à simplifier et améliorer l'accès pour les usagers et leurs aidants. Une nouvelle structure autonome regroupe les différents types de services à domicile (services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)).

Accroître les solutions de logement pour les personnes en perte d'autonomie

Au Royaume-Uni, le gouvernement investit dans les subventions pour les installations et le logement avec soutien aux personnes handicapées, ainsi que dans l'exploration de solutions innovantes de logement favorisant l'autonomie.

Améliorer l'accès à l'information

Au Royaume-Uni, des améliorations seront apportées à la communication des informations destinées aux utilisateurs de services, pour faciliter leur navigation dans le système de soins et améliorer leur compréhension des options disponibles.

CONCLUSION

Ce rapport dresse un portrait des mécanismes de financement des services de soutien à domicile dans sept pays, à savoir l'Allemagne, la Belgique, le Danemark, la France, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède.

De cet exercice de balisage international ressort un certain nombre de constats.

LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE SONT ESSENTIELS MAIS COMPLEXES.

Les services de soutien à domicile sont cruciaux pour maintenir les personnes en perte d'autonomie à domicile. Ils se situent entre les soins curatifs et les soins de longue durée et sont souvent offerts en marge du système de santé traditionnel. Bien qu'ils n'exigent pas toujours une formation professionnelle poussée en santé, ils sont essentiels au bien-être et à la survie des personnes en perte d'autonomie. La participation de prestataires publics, privés, de travailleurs indépendants et de personnes proches aidantes concourt à la réponse aux besoins des personnes en perte d'autonomie à domicile. Cette position, à la frontière du système de santé et de la sphère domestique, communautaire et familiale, explique l'émergence de mécanismes complexes, élaborés à travers diverses réformes au fil du temps.

LES MÉCANISMES DE FINANCEMENT SONT DIVERS ET COMPLEXES.

Les mécanismes de financement des services de soutien à domicile dans les pays étudiés montrent une grande diversité et certaines convergences. Les systèmes de financement sont complexes et hétérogènes, combinant divers prestataires et programmes. Aucun pays ne semble répondre pleinement aux besoins de sa population vieillissante malgré l'importance des dépenses de soins de longue durée en pourcentage de son PIB.

L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE DEMEURE UN DÉFI UNIVERSEL.

L'accessibilité financière des services de soutien à domicile est un défi majeur dans la plupart des pays étudiés. Les coûts totaux annuels des services peuvent dépasser 20 % du revenu disponible médian des personnes âgées, même pour des besoins légers, en l'absence de protection sociale publique. Les usagers ayant des besoins modérés ou sévères peuvent devoir payer plus de 100 % de leur revenu pour les services de soutien à domicile sans soutien social. Le Commissaire arrive au même constat pour le Québec en reproduisant la méthode de calcul de l'OCDE.

LES COPAIEMENTS SONT LA NORME ET L'ENCADREMENT DES PRIX VARIE CONSIDÉRABLEMENT.

Les usagers doivent déboursier un copaiement pour les services de soutien à domicile dans tous les pays étudiés, sauf au Danemark. Certains pays encadrent les prix des services, ce qui facilite l'accessibilité financière pour les usagers et garantit une rémunération attractive pour les travailleurs. Ces mesures d'encadrement sont essentielles pour maintenir des services abordables tout en assurant des standards de qualité et d'équité.

LES PROGRAMMES DE SOUTIEN FINANCIER SONT ESSENTIELS.

Les pays étudiés disposent de divers programmes de soutien financier pour les usagers, principalement sous forme d'allocations en espèces ou en nature. Ces aides sont cruciales pour rendre les services de soutien accessibles aux personnes en perte d'autonomie, leur offrant les moyens financiers nécessaires pour obtenir les soins dont elles ont besoin.

LES PRESTATAIRES PRIVÉS JOUENT UN RÔLE INDÉNIABLE.

Les prestataires privés, majoritairement à but non lucratif, sont centraux dans la fourniture des services de soutien à domicile dans tous les pays étudiés. Ils offrent principalement des services d'activités de la vie quotidienne et de la vie domestique. Ces prestataires négocient des contrats, respectent des critères de qualité et permettent souvent aux usagers de choisir d'autres options que les prestataires publics. Cette diversité inclut des prestataires publics, privés et des travailleurs indépendants, avec des variations régionales notables.

LES PROCHES AIDANTS SONT INDISPENSABLES ET ONT BESOIN DE SOUTIEN.

Les proches aidants jouent un rôle majeur dans l'offre de services de soutien à domicile. Les pays reconnaissent cette contribution en mettant en place diverses formes de soutien financier, de formation et de répit. Les sept pays à l'étude prévoient des mesures spécifiques pour aider et former les proches aidants ainsi que pour leur offrir du répit. Ces soutiens sont essentiels pour assurer la protection financière et émotionnelle des aidants, prévenir leur épuisement et garantir la continuité des soins.

LES SOURCES DE FINANCEMENT SONT DIVERSIFIÉES.

Les sources de financement des services de soutien à domicile varient considérablement. Au Danemark et en Suède, le financement provient principalement des impôts et des taxes. En Allemagne, en Belgique et aux Pays-Bas, les cotisations des employés et des employeurs sont la principale source de financement. La France et le Royaume-Uni utilisent une combinaison de ces deux sources. De plus, une assurance dépendance obligatoire est en place en Allemagne, aux Pays-Bas et dans la région de Flandre en Belgique. Cette diversité reflète les différentes approches des pays pour assurer la viabilité financière des services.

TOUS LES PAYS SE HEURTENT À DES DÉFIS COMMUNS ET ENTREPRENNENT DES RÉFORMES.

Tous les pays étudiés font face à des défis pour garantir l'efficacité et l'accessibilité des services de soutien à domicile. Les réformes récentes montrent l'importance accordée à ces services et les efforts pour améliorer leur écosystème. Les mesures prises incluent des politiques pour atténuer la pression sur les finances publiques, remédier à la pénurie de main-d'œuvre et améliorer l'accessibilité des services. Ces réformes témoignent de l'engagement des pays à renforcer le soutien à domicile en réponse aux besoins croissants des populations vieillissantes.

Le regard porté sur les expériences étrangères a inspiré les recommandations du Commissaire et vise à alimenter la discussion publique essentielle au Québec. En annexe, ce rapport comprend des fiches détaillées sur les mécanismes de financement, les programmes de soutien et les réformes spécifiques à chaque pays étudié. Ces informations détaillées sont destinées à éclairer les décideurs et à inspirer des solutions innovantes pour répondre aux besoins croissants des populations en perte d'autonomie au Québec.

RÉFÉRENCES

European Commission and Social Protection Committee. (2021). *Long-term care report : trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II, Country profiles* Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/183997>

Gouvernement du Canada. (2023). Régime enregistré d'épargne-études. <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/impot/particuliers/sujets/regime-enregistre-epargne-etudes-reee.html>

OCDE. (2007). Publishing & Organisation for Economic Co-operation and Development Staff. *OECD Employment Outlook 2007*. Organisation for Economic Co-operation and Development.

OCDE. (2022). *Integrating Services for Older People in Lithuania*. OECD Publishing.

OCDE. (2024). *Social protection for older people with long-term care needs*. <https://www.oecd.org/en/topics/sub-issues/ageing-and-long-term-care/social-protection-for-older-people-with-ltc-needs.html>

Revenu Québec. (2024). Crédit d'impôt pour personne aidante. Gouvernement du Québec. <https://www.revenuquebec.ca/fr/citoyens/credits-dimpot/credit-dimpot-pour-personne-aidante/>

ANNEXES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES PRÉSENTS DANS LES ANNEXES

AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
AGB	Algemeen Gegevens Beheer (Gestion générale des données – Pays-Bas)
AAH	Allocation aux adultes handicapés
APA	Allocation d'aide aux personnes âgées (Belgique)
AD	Allocation directe
AJPA	Allocation journalière du proche aidant (France)
APA	Allocation personnalisée d'autonomie (France)
SALAR	Association suédoise des autorités locales et régionales
ASDL	Assurance soins de longue durée
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CAK	Centraal Administratie Kantoor (Pays-Bas)
CCAS	Centre communal d'action sociale
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg (Centre d'évaluation des besoins de soins)
CES	Chèque emploi-service
CESU	Chèque emploi-service universel
CMD	Crédit d'impôt pour le maintien à domicile d'un aîné
CPAS	Centre public d'action sociale
CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
TE	Cote de crédit de Tradings Economics
FCSD	Fédération des centres de services à domicile
FÉDOM	Fédération wallonne de services d'aide à domicile

GRAPA	Garantie de revenus aux personnes âgées
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHS	National Health Service
NBHW	National Board of Health and Welfare
OPTAM	Option pratique tarifaire maîtrisée
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ISO	Organisation internationale de normalisation
ORL	Oto-rhino-laryngologiste
PPA	Parité de pouvoir d'achat
PACS	Partenaire de pacte civil de solidarité
PIP	Personal Independence Payment
PPA	Personne proche aidante
pgb	Persoonsgebonden budget (budget personnel) (Pays-Bas)
PCH	Prestation de compensation du handicap
PIB	Produit intérieur brut
AVA	Programme d'aide à la vie autonome
AD-CES	Programme d'allocation directe – chèque emploi-service
PEFSAD	Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
REEE	Régime enregistré d'épargne-études
SMIC	Salaire minimum de croissance
SAFA	Services d'aide aux familles et aux aînés
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
SPASAD	Services polyvalents d'aide et de soins à domicile
SDL	Soins de longue durée
SAD	Soutien à domicile

STMG	Stichting Thuiszorg Midden-Gelderland (soins et accompagnement à domicile) (Pays-Bas)
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée (TVA)
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning (loi sur le soutien social) (Pays-Bas)
Wlz	Wet langdurige zorg (loi sur les soins de longue durée) (Pays-Bas)
ZIN	Zorg in natura (soins en nature) (Pays-Bas)
Zvw	Zorgverzekeringswet (loi sur l'assurance maladie) (Pays-Bas)

ANNEXE A : FICHES DES DIFFÉRENTS PAYS ÉTUDIÉS

Dans ces fiches synthèses par pays, le CSBE a rassemblé plusieurs informations sous dix-huit rubriques et un schéma « Comment circule l'argent » afin de dresser un portrait des mécanismes de financement des services de soutien à domicile de chacun des sept pays. L'accent étant mis sur les mécanismes de financement, certaines rubriques portant sur des aspects systémiques et contextuels ne peuvent prétendre être complètes et exhaustives. Le lecteur en est ainsi avisé.

1. ALLEMAGNE

Description et historique

- Le système de santé allemand est caractérisé par le partage des pouvoirs de décision entre les régions, le gouvernement fédéral et les organisations professionnelles légales. Tous ces acteurs sont impliqués dans le financement et la prestation des soins de santé couverts par les régimes légaux d'assurance (CLEISS, 2023).
- Les caisses de maladie, leurs associations et les associations de médecins affiliés gèrent le financement et le service des prestations couverts par le système légal d'assurance maladie. Toute la population est soumise à une obligation générale d'affiliation au régime public (GKV) ou à l'assurance maladie privée (PKV) lorsque le revenu annuel est supérieur à un certain seuil. En 2023, le seuil d'accessibilité du revenu pour la PKV était de 66 600 EUR (sbk.org, 2023; BMAS.de, 2022). La PKV assure également les travailleurs indépendants et la plupart des fonctionnaires y sont inscrits. Pour ces derniers, les employeurs couvrent entre 50 % et 80 % du coût de l'assurance maladie privée. De plus, les conjoints et les enfants reçoivent également une subvention de l'État (welcome-center-germany, 2023).
- La loi sur les soins de longue durée de 1994 a établi un régime d'assurance dépendance obligatoire pour tous, avec des règles et des normes d'assurance qualité pour les services de soutien à domicile. L'objectif était de s'éloigner de la dépendance aux services de soins résidentiels pour renforcer et promouvoir à la fois les services de soutien à domicile et les soins basés sur la famille. Une nouvelle loi sur le développement ultérieur des soins de longue durée a été introduite en 2008; celle-ci met l'accent sur l'amélioration de la situation des aidants familiaux (Code Social (SGB XI), 2023).
- Les gouvernements des États, les Länder, jouent un rôle dans la planification des capacités de prestation de services de soutien à domicile, avec l'accent sur une offre adéquate. Néanmoins, cela se fait dans un marché de soins qui est concurrentiel.
- En Allemagne, on trouve le Service médical fédéral, une organisation d'experts médicaux et infirmiers. On compte 15 services médicaux (MD) dans les 16 Länder du pays. Ceux-ci soutiennent l'assurance maladie et l'assurance dépendance (Pflegeversicherung) au niveau fédéral vis-à-vis les politiciens, les associations et le public. Le Service médical fédéral est chargé des évaluations des besoins et de l'assurance qualité des soins de longue durée, y compris les soins à domicile. Le Service médical fédéral est exploité conjointement par les caisses de maladie et l'assurance dépendance (Kiersey et al., 2017; MedizinischerDienst, 2023).

Les données contextuelles, 2022

Proportion de la population âgée de 65 ans et plus (1)	22%
Proportion de la population âgée de 80 ans et plus (2)	7,5%
Espérance de vie à 65 ans (3)	19,2 ans
Espérance de vie à la naissance (4)	80,7 ans
Dépenses de santé par habitant (5)	6 391,9 \$ US PPA
Dépenses de santé en pourcentage du PIB (6)	12,6%
Dépenses de soins de longue durée en pourcentage du PIB (7)	2,4%
Part des dépenses de services de SAD dans les dépenses de soins de longue durée (8)	55,2%
PIB par habitant (9)	69 329 \$ PPA
Ratio de dépendance (10)	2,8

Sources : Données (1,2,10) : United Nations Population Division. World Population Prospects : 2022 Revision, www.worldbank.org. Données (3,4) : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2023). Données de l'OCDE. Site Web. <https://www.oecd.org/fr/data.html>. Données (5,6,7,8,9) : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2023). Data Explorer : Dépenses de santé et financement. www.data-explorer.oecd.org.

Les données sur les services de soutien à domicile

- Les bénéficiaires participent aux frais de soins en utilisant leurs propres ressources financières. Cependant, le montant de cette participation est largement inconnu. Les estimations varient de 143 € à 482 € par mois en fonction du niveau de soins. Il n'existe aucune estimation à la suite de l'élargissement des prestations et de la reclassification des soins (Milstein et al., 2021).
- Le système favorise les soins à domicile au lieu des soins en résidence en donnant le libre choix à l'utilisateur entre des prestations en nature, en espèce ou une combinaison des deux. En 2019, près de quatre bénéficiaires de prestations en espèces ou en nature sur cinq ont reçu des soins à domicile, tandis que les autres étaient en maison de retraite (Milstein et al., 2021).
- Selon l'Office fédéral de la statistique, 1,76 million de personnes étaient prises en charge par un proche en 2017, ce qui correspond à 68% de l'ensemble des allocataires des soins à domicile (INPS, 2023a). Le nombre d'aidants informels est estimé à 3 à 5 millions de personnes. La majorité des aidants informels (68%) sont des femmes, entre 55 et 64 ans (30%) et mariées (73%). Leurs soins s'élevaient en moyenne à 21 heures par semaine et sont le plus souvent offerts en combinaison avec un emploi à temps partiel, sur une durée moyenne de quatre ans (Observatory on Health Systems and Policies, 2023).

Les sources de financement

- En Allemagne, l'ensemble de la population est soumis à une obligation générale d'affiliation au régime légal d'assurance maladie ou à l'assurance maladie privée (CLEISS, 2023a). Le patient choisit librement son praticien parmi les médecins et dentistes conventionnés. Dans ce cas, l'assuré n'a aucune avance de frais à effectuer. Les praticiens sont payés directement par la caisse maladie. L'assurance maladie allemande est financée par les cotisations des employés et des employeurs (CLEISS, 2023a).
- Les résidents peuvent accéder aux soins de longue durée par le biais d'une assurance dépendance (Pflegeversicherung) obligatoire qui couvre les soins à domicile et en établissement.
- Le financement de l'assurance dépendance repose sur des cotisations liées au revenu, dont la moitié est payée par les employeurs. Le système d'assurance dépendance fonctionne selon le principe de solidarité. Les employés contribuent à l'assurance dépendance avec un taux de 3,4% pour les individus avec enfants et 4% pour ceux sans enfants. La contribution est partagée équitablement entre les employeurs et les employés. En outre, tous contribuent à l'assurance dépendance, y compris les chômeurs (dont les cotisations sont couvertes par l'assurance chômage) et les retraités, qui paient la cotisation complète (deutsche-rentenversicherung.de, 2023).
 - Au fil des décennies, le taux de cotisation a triplé; en 1995, il était de 1%. Les cotisations sont calculées sur les revenus d'emploi jusqu'à 56 250 €⁷ par an (Bundersrat.de, 2022), tandis que les autres sources de revenus et les revenus supérieurs à ce plafond ne sont pas pris en compte. L'assurance dépendance couvre presque toute la population, selon le principe suivant : « l'assurance dépendance à long terme suit l'assurance maladie ».
- Les soins de longue durée sont fournis par les assurances sociales, qui couvrent 90% de la population, et par les assurances privées de soins de longue durée, qui couvrent 10% de la population, toutes deux en tant qu'assurances obligatoires. L'assurance dépendance couvre tous ceux qui sont inscrits à l'assurance maladie obligatoire (GKV). Cela s'applique aussi bien aux assurés obligatoires qu'aux assurés volontaires. Cependant, les assurés volontaires ont le droit de choisir un plan d'assurance privée de soins de longue durée (Federal Ministry of Health, Germany. 2017).

⁷ En 2023, le seuil est de 59 850 EUR. Celui-ci s'ajuste régulièrement (Bundersrat.de, 2022).

- Les principes de financement diffèrent dans l'assurance dépendance privée obligatoire. Les primes sont basées sur les risques, en fonction de l'état de santé et de l'âge des assurés, et ne dépassent pas le taux de cotisation maximum de l'assurance dépendance sociale. Les employeurs cofinancent la prime à hauteur de 50 % (Milstein et al., 2021).
- Le gouvernement verse des subventions pour une assurance dépendance privée volontaire supplémentaire. De plus, les municipalités locales paient pour les coûts non couverts, par exemple dans les maisons de soins pour personnes âgées pour les personnes à faible revenu par le biais du système d'aide sociale financé par l'impôt.
- En 2015, l'Allemagne a introduit un fonds de réserve en capital (Pflegevorsorgefonds) pour l'assurance dépendance, visant à stabiliser les taux de cotisation des générations futures. Chaque année, 0,1% du taux de cotisation global est alloué à ce fonds géré par la Bundesbank. Les réserves accumulées commenceront à s'épuiser en 2035, lorsque la génération du baby-boom sera admissible à l'assurance dépendance (Milstein et al., 2021; Commission Services & Economic Policy Committee (Ageing Working Group), 2016).
- En 2022, l'Allemagne a introduit des contributions de 1 milliard d'euros du budget fédéral pour l'assurance dépendance. Cette contribution pourrait toutefois être supprimée à partir de 2024. Des négociations sont en cours (Ministère fédéral de la Santé, 2021a).
- Les fonds de l'assurance dépendance sont des acteurs clés dans la réglementation du marché des soins, y compris l'évaluation des besoins et l'inspection de la qualité des soins. Ils fixent les prix des services de SAD et administrent le paiement des prestations en espèces et en nature.
- Les Länder supervisent la réglementation des soins à domicile et peuvent également financer des investissements dans les agences de SAD (Kiersey et al., 2017).
- L'organisation du système allemand de l'assurance dépendance est responsable de la négociation des prix et des contrats entre l'assurance dépendance et les représentants locaux ou régionaux des prestataires de soins. « Le ministère fédéral allemand de la Santé, le ministère fédéral des Affaires familiales, des Personnes âgées, des Femmes et de la Jeunesse ainsi que le ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales sont chargés de décider d'une tarification uniforme pour les soins à domicile si cela est jugé nécessaire » (§ 90 SGB XI) (Milstein et al., 2021).
 - En raison des différences régionales, les prix peuvent varier.
- Malgré l'universalité et la reconnaissance des droits à l'aide, en nature ou en espèce, en cas de vieillesse inhérents à l'introduction du régime d'assurance dépendance, le système reste fondé sur des droits d'assurance limités et n'est pas conçu pour couvrir tous les besoins en matière de soins des bénéficiaires. Le panier de services de soins est plafonné, les avantages sont évalués et attribués en fonction de niveaux de soins, et les bénéficiaires peuvent choisir quels aspects de leur panier de services de soins ils souhaitent voir pris en charge par les paiements de l'assurance dépendance (Milstein et al., 2021).

Les prestataires de services de soutien à domicile

- **Les structures d'offre de soins**, en Allemagne, sont caractérisées dans une large mesure par des institutions et des prestataires privés. Cela vaut en particulier pour le secteur ambulatoire : sur les 15 376 services recensés en 2021, 67,8 % sont exploités de manière privée et à but lucratif. Il s'agit d'entreprises de tailles différentes, des grandes et des petites. Les prestataires à but non lucratif, y compris les services des organisations d'aide sociale et des églises, couvrent près d'un tiers (30,8 %) de l'offre. La présence des institutions publiques (communes, associations communales) est minime avec seulement 1,3%. (Politique sociale actuelle, 2023).
- **Les services de soins infirmiers à domicile** (Pflegedienste) peuvent être des prestataires privés, publics ou à but non lucratif.
- **Les caisses d'assurance dépendance – en tant qu'entreprises d'assurance de droit public** – offrent leurs services sur une base légale et doivent donc garantir aux assurés des soins de longue durée appropriés sous la forme de prestations légales. Comme ces caisses n'entretiennent pas leurs propres installations et ne fournissent pas elles-mêmes des prestations et des services, elles concluent entre autres des contrats de prestation de soins et de rémunération avec les prestataires indépendants ou avec ceux qui fournissent des services de SAD. Chaque établissement de soins, qui remplit les conditions requises, est légalement habilité à fournir des services de soins. En conséquence, les services municipaux, à but non lucratif ou privés, coopèrent les uns à côté des autres (Ministère fédéral de la Santé, 2023a).
 - Le contrat est conclu entre le prestataire des services à domicile et les associations étatiques des caisses d'assurance dépendance en accord avec les prestataires supralocaux d'aide sociale de l'État, à moins que le prestataire local soit responsable de l'établissement de soins en vertu de la loi de l'État; un contrat de soins uniforme (contrat global de fourniture) peut être conclu (Code social (SGB), 2023a).
 - Les prestataires de soins à domicile négocient deux contrats pour fournir des services de SAD et être remboursés par les caisses sociales d'assurance dépendance. Premièrement, ils contractent la prestation de soins avec les associations étatiques de l'assurance dépendance sociale (§ 72 SGB XI). Deuxièmement, ils ont un accord de remboursement (§ 89 SGB XI) avec ces associations étatiques et organismes de protection sociale. Les normes minimales sont définies dans des cadres réglementaires au niveau de l'État (§ 75 SGB XI) (Code social (SGB), 2023a). Les contrats de prestation de soins établissent des critères de qualité pour les fournisseurs de soins à domicile et définissent les services et leur contenu d'activités de la vie quotidienne. Les bénéficiaires peuvent choisir parmi un ensemble de services.

- Les prix des soins à domicile suivent un système de points et sont négociés individuellement. Les services sont traduits en points en fonction de leur intensité temporelle et/ou de leur complexité. Certains services sont restreints et d'autres peuvent être facturés jusqu'à trois fois par jour, par semaine ou deux fois par an. Le nombre de points par service et le montant financier pour le service diffèrent entre les États et les fournisseurs. La valeur de base est d'environ 5-6 € pour 100 points (Barber et al., 2021).
- Le ministère fédéral allemand de la Santé, le ministère fédéral des Affaires familiales, des Personnes âgées, des Femmes et de la Jeunesse ainsi que le ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales sont mandatés pour décider d'un barème d'honoraires uniforme pour les soins à domicile s'il est jugé nécessaire (§ 90 SGB XI) (Barber et al., 2021; Code social (SGB), 2023b).

LES PRESTATAIRES PRIVÉS

- **Les activités liées à la vie quotidienne et aux tâches domestiques** peuvent être exercées sous divers statuts professionnels, notamment celui d'aide-ménagère, avec des options allant des soins en continu 24 heures sur 24, un emploi avec une implication mutuelle des employés et des employeurs (emploi permanent), à des formules plus flexibles telles que le statut de « mini-jobber » ou celui d'aide-ménagère indépendante qui produit des factures. L'aide-ménagère permanente est également un choix possible, conformément au Code social (SGB) de l'année 2023. Tous les prestataires privés sont financés par vente de gré à gré.

AIDE-MÉNAGÈRE POUR DES SOINS 24 HEURES SUR 24

- Le service d'aide-ménagère disponible 24 heures sur 24 peut entraîner des coûts légèrement supérieurs. En revanche, en plus des tâches ménagères, l'infirmière salariée assume également des prestations de soins ou des activités infirmières telles que les soins de base (PFLEGE, 2023b).
- Cependant, les personnes intéressées doivent tenir compte du fait qu'un soignant habite habituellement dans leur maison. Elles doivent donc leur fournir au moins une chambre. De plus, les infirmières doivent être payées. Cette forme d'emploi convient particulièrement aux personnes qui ont besoin d'aide à la maison plus de trois heures par jour.
- Les personnes âgées assument la majeure partie des coûts de cette forme de soins. Les assurés dont le niveau de soins est supérieur ou égal à 2 peuvent utiliser l'allocation de soins pour financer les soins 24 heures sur 24.

L'AIDE-MÉNAGÈRE EN TANT QU'EMPLOI SOUMIS AUX COTISATIONS D'EMPLOYÉS/EMPLOYEURS (EMPLOI PERMANENT)

- Dans cette forme d'emploi, en tant qu'employeur privé, la personne âgée doit inscrire l'aide-ménagère auprès de la caisse d'assurance maladie compétente. Elle doit également payer des cotisations de sécurité sociale pour l'aide-ménagère. Les cotisations sont partagées moitié-moitié par l'employeur et le salarié. Il est nécessaire aussi de considérer les coûts supplémentaires des cotisations de sécurité sociale, des vacances et des congés de maladie (Code social (SGB), 2023b).

AIDE-MÉNAGÈRE EN TANT QUE « MINI-JOBBER »

- Si une aide-ménagère ne gagne pas plus de 520 € par mois, il s'agit d'un emploi secondaire. En tant qu'employeur privé, la personne âgée doit enregistrer l'aide-ménagère auprès de la Minijob-Zentrale. La personne âgée doit également autoriser le siège social à percevoir des charges forfaitaires réduites, par exemple pour l'assurance maladie (Code social (SGB), 2023a).
- Afin de réglementer l'économie informelle des soins à domicile et de garantir des soins adéquats, des mini-emplois non qualifiés et des emplois à temps partiel ont été mis en place. Ces emplois sont souvent occupés par des femmes et des travailleurs migrants et ils sont généralement rémunérés à des niveaux plus bas. Pour remédier à cela, des « mini-jobs » non qualifiés (jusqu'à 450 € par mois) et des « midi-jobs » (jusqu'à 800 € par mois) ont été introduits pour cibler une prestation adéquate de soins à domicile. Ces types d'emplois constituent désormais une grande partie du marché des aides à domicile.

AIDE-MÉNAGÈRE INDÉPENDANTE QUI PRODUIT DES FACTURES

- L'avantage pour la personne âgée, en tant qu'employeur, est que c'est l'agence qui se charge de payer les cotisations de sécurité sociale. L'aide-ménagère doit produire une facture pour ses services et ajouter généralement 19% de TVA au service fourni. Les factures servent de justificatif pour le fisc et, en tant que services liés au ménage, les sommes payées peuvent être déduites à hauteur de 20% de l'impôt annuel à payer (Code social (SGB), 2023a).

AIDE-MÉNAGÈRE INDÉPENDANTE

- Une autre option consiste à embaucher une aide-ménagère qui travaille de manière indépendante avec une licence commerciale. Avec cette variante, l'aide-ménagère indépendante est responsable de l'assurance et des autres frais. La facturation s'effectue via une facture. Dans certaines circonstances, si l'aide-ménagère n'est pas propriétaire d'une petite entreprise, une taxe de vente de 19% sera ajoutée au salaire horaire. Les aides-ménagères indépendantes sont très rares et il est donc difficile de faire appel à ce service (Code social (SGB), 2023a).

LES ORGANISATIONS À BUT NON LUCRATIF

- **L'Association Caritas** allemande est l'organisation faîtière de l'association organisée Caritas et d'aide sociale de l'Église catholique romaine en Allemagne. Elle regroupe plus de 900 unités organisationnelles individuelles – la plupart d'entre elles en tant qu'associations enregistrées de manière indépendante (Caritas Allemagne, 2023a).
- **Les soignants** prennent en charge les besoins sociaux des personnes défavorisées socialement et matériellement et ils viennent en aide aux personnes atteintes de maladies mentales, de handicaps mentaux ou aux personnes atteintes de démence, par exemple. Les spécialistes soutiennent ceux qui ont besoin d'aide pour l'hygiène personnelle quotidienne, l'alimentation, les mesures de réadaptation thérapeutique ou font avec eux des exercices de mouvement. En outre, ils pratiquent également des activités de loisir telles que la peinture et l'artisanat, ou jouent aux cartes ou à des jeux de société. Les tâches ménagères, telles que la préparation et le service de la nourriture, ainsi que les activités d'organisation sur l'ordinateur en font également partie (Caritas Allemagne, 2023b).
- **Les services de Caritas** sont financés par diverses sources :
 - Assurance sociale (prestations des prestataires de services). L'hôpital, le centre social, les soins aux personnes âgées et d'autres services perçoivent des honoraires légalement réglementés pour leurs services par les caisses de soins infirmiers, de santé, d'accident et de pension.
 - Cotisations propres des bénéficiaires. Les parents, les patients ou les personnes âgées paient une partie des prestations de la crèche, du centre social, de la maison de retraite à même leurs propres deniers.
 - Subventions publiques. Les garderies, les dortoirs pour personnes handicapées ou les centres de conseil pour les personnes ayant des problèmes de dépendance reçoivent des subventions des gouvernements fédéral, étatiques et locaux. Le montant est en partie négocié entre les pouvoirs publics et les prestataires et varie donc d'une région à l'autre.
 - Fonds propres de Caritas. Les fonds propres comprennent la collecte de l'impôt de l'église, les subventions des loteries sociales et le soutien des fondations, ainsi que les revenus du patrimoine. Ces revenus comprennent également les revenus locatifs.
 - Dons et fondations. Les donateurs et les fondateurs utilisent leur argent pour soutenir le travail de Caritas à des fins qu'ils ont définies (Caritas Allemagne, 2023).

Le panier de services à domicile

- **Les services de soins médicaux à domicile**
- **Les services de soins infirmiers :**
 - Soins de traitement médical : administration de médicaments, changement de pansements, injections;
 - Soins de base : aide à l'hygiène personnelle, à la nutrition, à la mobilité, au positionnement, à la promotion des ressources et à la formation professionnelle;
 - Ménage : courses, cuisine, nettoyage de l'appartement;
 - Aide aux personnes âgées : emploi, balades, accompagnement à des événements culturels;
 - Conseils aux personnes ayant besoin de soins et à leurs proches : cours de soins pour les proches aidants, conseils sur la classification des soins, présence à la visite de l'expert du Service médical (MD) ou MEDICPROOF (PFLEGE, 2023a);
 - Visites régulières de conseil ou d'assurance qualité conformément au § 37.3 SGB XI pour les proches aidants qui s'occupent seuls de la personne ayant besoin de soins (bénéficiaires de l'allocation de soins) (Code social (§ 37.3 SGB XI), 2023);
 - Soins de relève (PFLEGE, 2023a).
- **Les services d'activités de la vie quotidienne avec une aide-ménagère :**
 - Aide aux lever et coucher, toilette, repas, soins d'hygiène, assistance administrative, etc.
- **Les services d'activités de la vie domestique avec une aide-ménagère :**
 - Aide aux courses, préparation des repas, entretien du logement, lavage et repassage du linge, etc.
- L'utilisateur a aussi accès aux **services de livraison, de compagnon quotidien, d'assistant de soins et de services de déménagement.**
- En matière de **soutien technique**, l'assurance dépendance peut prendre en charge les dépenses de matériel spécialisé (fauteuil roulant, lit de soins, etc.) et assumer, dans la limite de 4 000 € par mesure effectuée, les frais de transformation du logement, nécessaires au maintien à domicile du malade. Toutes les personnes jugées dépendantes y ont droit, indépendamment du degré de dépendance reconnu (CLEISS, 2023).

Les critères d'admissibilité

- L'accès aux services de soins de longue durée se fait uniquement sur demande par l'entremise d'une évaluation des besoins avec une prescription médicale (CLEISS, 2023).
- La personne est considérée comme dépendante si elle souffre de maux physiques, mentaux, psychiques ou d'un handicap, et si son état nécessite une aide au quotidien pour une période présumée d'au moins six mois (CLEISS, 2023). La personne est tenue de se soumettre à une évaluation pour la détermination de ce statut.
- Pour être admissible, des critères de besoins de soins et le degré de dépendance sont considérés. Les prestations de l'assurance dépendance ne sont pas soumises à des conditions de ressources (CLEISS, 2023a). Toute personne affiliée à une assurance maladie privée est tenue de souscrire une assurance dépendance privée (Pflegeversicherung) (CLEISS, 2023a).

L'évaluation des besoins et la détermination des services de soutien à domicile

- L'admissibilité aux prestations de soins à domicile dépend d'une incapacité récurrente à accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ) de base pendant au moins six mois. Les personnes ayant besoin de soins doivent avoir cotisé pendant au moins six mois à l'assurance dépendance avant de pouvoir bénéficier des prestations.
 - Toute personne peut demander une évaluation de ses besoins de soins ou être orientée pour une telle évaluation. Pour l'assurance dépendance légale, cette évaluation est gérée par le Medical Review Board (Medizinischer Dienst der Krankenkassen), un organisme indépendant contracté par les fonds d'assurance dépendance sociale. Le conseil engage un expert médical indépendant pour évaluer l'admissibilité et les besoins. Les évaluateurs sont généralement des médecins, mais ils peuvent également être des infirmières (Milstein et al. 2021).
- Sur mandat des caisses d'assurance maladie et des caisses d'assurance dépendance, le Service médical (MD) examine les besoins de soins des assurés légaux sur la base de critères d'évaluation uniformes; pour les assurés privés, c'est le service médical privé MEDICPROOF qui est compétent (PFLEGE, 2023a).

- En 2016, de nouvelles réformes de l'assurance dépendance ont redéfini les critères d'évaluation pour déterminer qui a besoin de soins en mesurant les perturbations de l'indépendance ou de l'incapacité sur six domaines. Ces domaines permettent, par un système de points, de classer l'assuré selon cinq degrés de dépendance auxquels correspondent cinq niveaux de soins et prestations.
 - La mobilité; les capacités cognitives et communicatives; la disposition psychologique et comportementale; la capacité à prendre soin de soi sans l'aide d'autrui; la capacité à gérer les contraintes de sa maladie de façon autonome et la gestion de la vie quotidienne et des contacts sociaux (Kiersey et al., 2017; CLEISS. 2023).

Comment fonctionne le paiement des services à domicile

- En Allemagne, en principe, les usagers effectuent des versements supplémentaires de dix pour cent du prix de vente, mais ils doivent payer au moins 5 € et au maximum 10 € pour les aides médicales et les médicaments (Verbraucher Zentrale, 2023).
- Cependant, pas plus que les coûts respectifs du recours ne doivent être payés. Dans le cas des remèdes et des soins infirmiers à domicile, le copaiement s'élève à dix pour cent des frais et à 10 € par ordonnance (Ministère fédéral de la Santé, 2023b). Les règles de copaiement suivantes s'appliquent à presque tous les services de l'assurance maladie obligatoire (GKV), en plus de la fourniture de médicaments, de remèdes et d'aides. Cela comprend les séjours hospitaliers, les mesures de prévention et de réadaptation, les soins infirmiers à domicile, l'aide-ménagère et les frais de déplacement.
- Les services de soins infirmiers à domicile ne sont pas gratuits pour l'utilisateur. Si le patient peut présenter une ordonnance médicale pour des soins à domicile, sa caisse d'assurance maladie légale prend en charge les frais pendant une période allant jusqu'à 28 jours civils. Pour chaque ordonnance, l'assuré doit généralement payer un minimum de cinq euros et un maximum de dix euros et 10% des frais de soins à domicile. (Ministère fédéral de la Santé, 2023b). Les personnes couvertes par l'assurance maladie légale peuvent être exemptées de l'obligation de payer si la limite de charge personnelle a été atteinte. La limite de charge est de 2% du revenu brut pour les moyens de subsistance de toutes les personnes vivant dans le ménage par année civile. Pour les patients atteints de maladies chroniques, la limite est de 1% (Verbraucher Zentrale, 2023). Pour les personnes ayant besoin de soins avec au moins le niveau de soins 2, l'assurance dépendance couvre les frais d'utilisation d'un service pour les mesures de soins corporels, les mesures de soins infirmiers et l'aide à la gestion du ménage sous forme de prestations en nature pour les soins ambulatoires, jusqu'à concurrence d'un montant maximum prévu par la loi (Ministère fédéral de la Santé, 2023d).

- Les services d'activités de la vie quotidienne (AVQ) à domicile ne sont pas gratuits pour l'utilisateur. Les AVQ à domicile peuvent être assurés par le personnel infirmier professionnel d'un service de soins à domicile ainsi que par des proches aidants. Pour les soins infirmiers à domicile, l'utilisateur paie 10 € par ordonnance et 10 % des frais. Le paiement complémentaire est limité à un maximum de 28 jours calendaires par an et est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. De plus, à partir du 2^e degré de dépendance, les services d'aide à la vie quotidienne sont pris en charge par l'assurance dépendance.
- Les services d'activités de la vie domestique (AVD) à domicile ne sont pas gratuits pour l'utilisateur. Sous condition que l'utilisateur soit malade au point de ne plus pouvoir faire lui-même les courses, le ménage, la lessive et toute autre tâche ménagère, la caisse d'assurance maladie prend en charge l'aide domestique (AVD) pendant une durée maximale de quatre semaines (Commission européenne, 2023). Dans le cas où la caisse d'assurance maladie prend en charge l'aide à domicile (AVD), la personne âgée doit payer dix pour cent des frais quotidiens d'activités de la vie domestique. Cela correspond à un minimum de cinq euros par jour et un maximum de dix euros par jour (condition liée à l'assurance maladie) (Verbraucher Zentrale, 2023). Si la personne âgée emploie une aide-ménagère en tant qu'employeur privé, elle peut mentionner cette activité dans sa déclaration d'impôts et bénéficier d'avantages fiscaux. Les personnes ayant besoin de soins avec un degré de soins reconnu ont droit à des prestations de soins et de secours conformément à l'article 45b SGB XI de 125 € par mois, également appelé montant de secours. La personne âgée peut demander le montant de l'allègement à partir du niveau de soins 1 et l'utiliser pour l'aide-ménagère (condition liée à l'assurance dépendance) (PFLEGE, 2023c).
 - Les tarifs habituels pour une aide-ménagère privée se situent entre 12 et 15 € de l'heure. De plus, il y a des coûts salariaux annexes dans le cadre de l'enregistrement de l'aide domestique en tant que «jobber» de 450 € s'élevant à 14,74% des revenus mensuels.
 - Le 5 février 2022, la Commission des soins infirmiers a convenu à l'unanimité d'une augmentation du salaire minimum pour le personnel soignant : à partir du 1^{er} septembre 2022, le salaire minimum du personnel soignant en Allemagne devait augmenter en trois étapes. La commission infirmière recommande une augmentation à 14,15 € de l'heure pour les aides-soignantes, une augmentation à 15,25 € de l'heure pour les aides-soignantes diplômées et une augmentation à 18,25 € de l'heure pour le personnel soignant (Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales, 2023)

- Une autre option consiste à embaucher un travailleur qui travaille de manière indépendante avec une licence commerciale. Avec cette variante, l'aide-ménagère est responsable de l'assurance et des autres frais. Dans cette option, il faut payer une aide-ménagère avec des frais compris entre 15 et 17 € de l'heure.
- La troisième option consiste à engager une entreprise de nettoyage. Avec cette variante pratique, mais onéreuse, le salaire horaire d'une aide-ménagère se situe entre 19 € et 25 €. Il n'y a pas de frais de nettoyage supplémentaires pour ce service. Le nettoyeur est payé directement par l'entreprise, qui assume également les charges salariales annexes, les assurances, etc. (JobRuf, 2023).
- L'assurance maladie obligatoire offre un panier de soins de base (*basisverzekering*) comprenant certaines prestations que doivent fournir les assureurs à l'ensemble des assurés. Pour l'assurance dépendance publique obligatoire, l'assuré a le choix entre la prestation en nature (soins dispensés par une institution liée à sa caisse d'assurance) et les prestations en espèces pour lesquelles il s'assure lui-même de recevoir les soins et services appropriés. Il est également possible de combiner les prestations en espèces et en nature.
- L'assurance dépendance privée obligatoire garantit des prestations équivalentes à celles de l'assurance dépendance publique (CLEISS, 2023).
 - Les avantages sont les mêmes dans les deux régimes : ils couvrent la prestation de base et ne couvrent généralement pas toutes les exigences, ce qui implique un élément de copaiement pour les bénéficiaires de soins.
 - Les coûts des services de soins infirmiers à domicile et des prestations individuelles varient selon le catalogue de services précis de chaque État fédéral et de chaque prestataire, ainsi que selon le taux de remboursement fixé par chaque compagnie d'assurance dépendance.
 - Lorsque l'utilisateur est au niveau de soins 2, il peut demander à la caisse d'assurance maladie responsable de prendre en charge les frais des prestations SAD. L'assurance dépendance couvre les frais jusqu'à un certain montant maximal. Si les soins sont prodigués par un service de soins à domicile, l'utilisateur peut demander des prestations de soins en nature. Si les soins sont prodigués par un proche aidant ou de l'aide informelle, l'utilisateur peut demander une allocation de soins (PFLEGE, 2023c).

Les programmes d'aide à l'usager

- Étant donné que le système repose sur **les copaiements** pour garantir une fourniture adéquate de soins, comme expliqué précédemment dans la section sur le paiement des services de soutien à domicile, les utilisateurs ont la possibilité de recevoir des prestations en espèces ou en nature. Les prestations en espèces (réduction fiscale, allocation de soins de longue durée et assistance pour frais d'entretien) peuvent être utilisées pour payer des soins informels et de l'aide ménagère, généralement prodigués par des membres de la famille, ou pour choisir des soins formels à domicile en utilisant directement ces prestations en espèces pour acheter des services auprès des prestataires (CLEISS, 2023).
- **L'allocation de soins** est versée à la personne ayant besoin de soins par la caisse de dépendance légale ou privée. Cette dernière peut disposer librement de l'allocation de soins et généralement verse cette allocation aux personnes qui s'occupent d'elle en guise de reconnaissance. Si l'allocation de soins de longue durée n'est pas versée aux proches aidants, elle est généralement utilisée pour financer des mesures de soins corporels, des mesures de soins infirmiers et une aide aux tâches ménagères. Comme la prestation en nature, l'allocation de soins est graduée en fonction du degré de besoin de soins (PFLEGE, 2023a) :
 - Pour *les services d'activités de la vie quotidienne*, à partir du 2^e degré de dépendance, l'assuré a le droit à la prise en charge des prestations en nature (soins et accompagnement).
 - ◆ Les prestations s'élèvent à 724 € (2^e degré), 1 363 € (3^e degré), 1 693 € (4^e degré) et 2 095 € (5^e degré) par mois (montants maximums) (CLEISS, 2023).
 - ◆ Il est à noter que l'Allemagne a déjà adopté une loi qui entraînera une augmentation de plusieurs de ces prestations dans un futur proche (Ministère fédéral de la Santé, 2023e).
 - Pour *les services d'activités de la vie domestique*, à partir du 2^e degré, l'assistance allouée aux frais d'entretien s'élève à 689 € (2^e degré), 1 298 € (3^e degré), 1 612 € (4^e degré) et 1 995 € (5^e degré) par mois (montants maximums) (CLEISS, 2023).
 - ◆ Les assurés classés dans le 1^{er} degré de dépendance peuvent quant à eux utiliser leur allocation de soutien, de 125 € par mois, pour couvrir leurs frais d'entretien à domicile. Cette allocation de soutien est attribuée à toute personne qui reçoit des soins chez elle⁸ (CLEISS, 2023).

8 Si le montant n'est pas utilisé dans le mois, il peut être reporté sur les mois suivants (tout montant non utilisé sur une année civile peut être utilisé au cours des 6 premiers mois de l'année suivante).

- Si les soins sont prodigués par des aidants informels, une allocation de soins de longue durée peut être accordée à partir du 2^e degré de dépendance.
 - ◆ Le montant mensuel s'élève à 316 € (2^e degré), 545 € (3^e degré), 728 € (4^e degré) ou 901 € (5^e degré). (CLEISS, 2023).
- **Les réductions fiscales pour l'utilisateur** pour diverses dépenses liées aux soins sont déductibles des impôts. De cette façon, l'État crée une aide indirecte pour les personnes ayant besoin de soins et leurs proches s'ils participent aux soins. L'utilisateur peut indiquer d'autres coûts qui sont plus indirectement liés aux soins comme les services liés aux ménages. L'utilisateur peut demander une déduction pour un coût total maximum de 20 000 € par an et en déduire un cinquième dans sa déclaration de revenus, pour un maximum de 4 000 € (PFLEGE, 2023c).
- **Les subventions d'adaptation au logement** sont offertes par le fonds d'assurance dépendance. Le fond peut verser jusqu'à 4 000 € à titre de subvention pour des mesures d'adaptation pour les personnes dépendantes, qui permettent ou facilitent les soins à domicile dans leur appartement ou visent à leur redonner un mode de vie qui est le plus autonome possible. Si plusieurs allocataires cohabitent, la subvention peut aller jusqu'à quatre fois 4 000 €, soit jusqu'à 16 000 €. S'il y a plus de quatre personnes y ayant droit, le montant total est réparti proportionnellement entre les résidents ayant besoin de soins (Ministère fédéral de la Santé, 2023a).

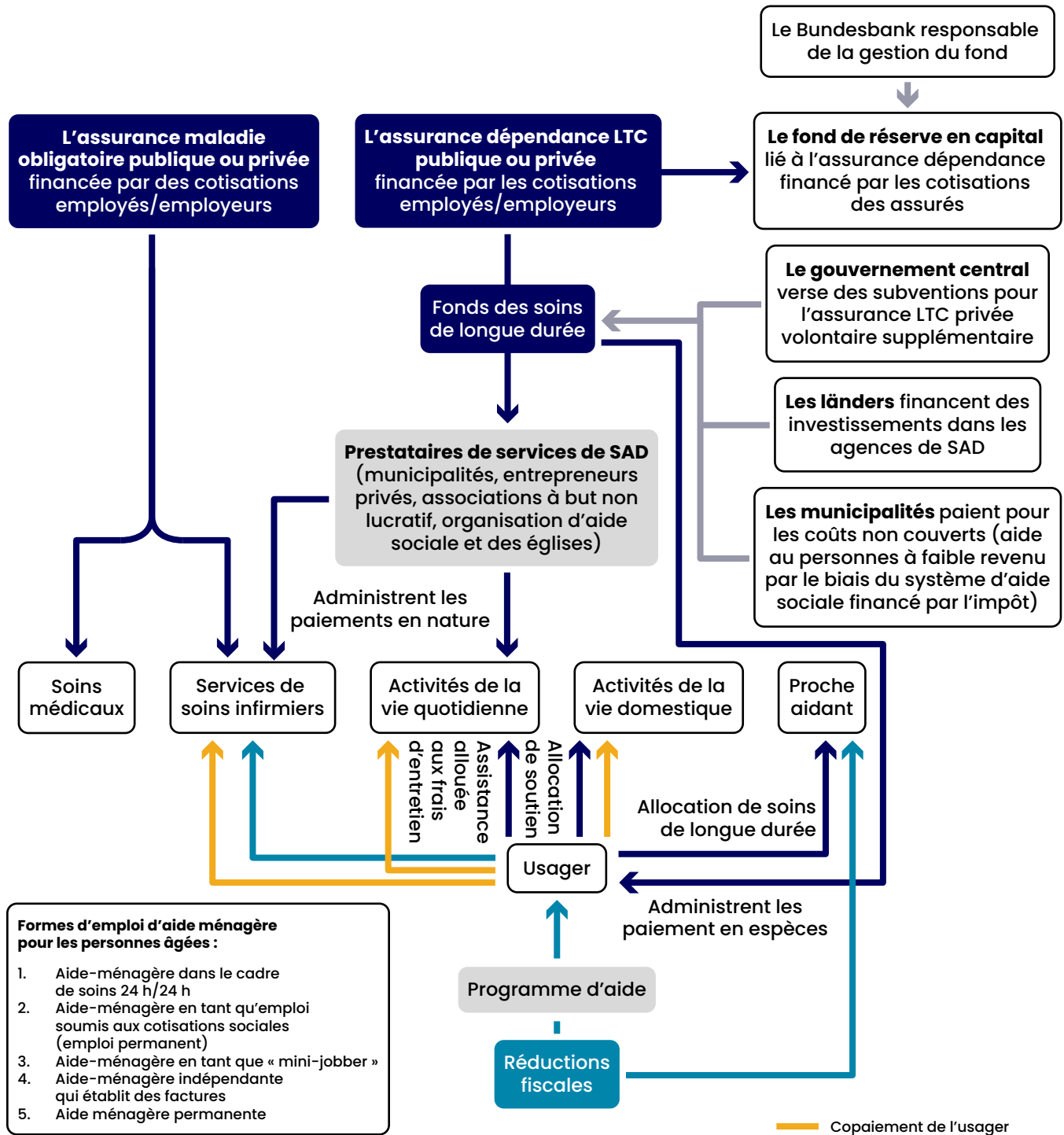
Les services et les programmes d'aide aux personnes proches aidantes (PPA)

- Des soins informels selon la définition légale (§44 SGB XI) sont fournis par une personne qui s'occupe d'une ou de plusieurs personnes ayant besoin de soins de longue durée à leur domicile régulièrement pendant au moins 10 heures par semaine et au moins 2 jours par semaine (par exemple des parents, des voisins, des bénévoles). Les aidants informels ont droit aux prestations de sécurité sociale (assurance retraite, accident et chômage) du fonds de l'assurance dépendance dans les communautés résidentielles sur demande (INPS, 2023b).
- L'assurance dépendance prend en charge les cotisations d'assurance pension et de chômage des proches aidants qui fournissent au moins 10 heures de soins à domicile par semaine sur au moins 2 jours pour des personnes aux degrés de dépendance 2 à 5, et couvre également les accidents survenus lors des activités de soins ainsi que les trajets entre les domiciles de l'aidant et de l'aidé (CLEISS, 2023).
- Les prestations combinées sont possibles si des soignants professionnels et des proches aidants se partagent les soins à domicile de l'utilisateur.

- L'allocation de soins de longue durée est disponible pour les aidants informels prenant soin d'une personne à un 2^e degré de dépendance. En janvier 2020, son montant mensuel s'élevait à 316 € (2^e degré), 545 € (3^e degré), 728 € (4^e degré) ou 901 € (5^e degré). En cas de congé ou d'empêchement de la personne qui prodigue habituellement les soins, l'assurance dépendance contribue, jusqu'à 6 semaines par an, aux frais entraînés par l'engagement d'un remplaçant (au maximum 1 612 € par an). L'allocation de soins de longue durée est alors versée à demi-taux le temps du remplacement (PFLEGE, 2023e). Même si un proche prend en charge les soins, l'allocation de soins n'est pas versée à l'aidant, mais à la personne ayant besoin de soins. Seul l'assuré a droit au bénéfice de la Caisse d'assurance dépendance (PFLEGE, 2023e). En tant que bénéficiaire de l'allocation de soins de longue durée, l'utilisateur doit bénéficier d'une visite de conseil gratuite au moins deux fois par an conformément à l'article 37.3 SGB XI. Si l'utilisateur ne le fait pas, l'allocation de soins peut être réduite de moitié et, dans les cas extrêmes, complètement. L'objectif des visites de conseil est d'assurer la qualité des soins à domicile et de fournir des conseils théoriques et pratiques aux proches aidants. Ces visites garantissent également que les soins à domicile sont dans le meilleur intérêt de la personne qui a besoin de soins (PFLEGE, 2023d).
- Des réductions fiscales pour proche aidant sont aussi possibles. Si le proche aidant s'occupe personnellement d'un proche ayant besoin de soins dans son ménage ou dans le ménage de la personne nécessitant des soins, il peut demander une allocation de soins forfaitaire de l'impôt sur le revenu. L'allocation de soins réduit son revenu imposable. Le montant du forfait dépend du niveau de soins. Lorsque le proche aidant s'occupe de personnes de niveau 2 ou 3, il peut demander une allocation de soins forfaitaire de 600 € ou 1 100 €. Lors de la prise en charge de personnes ayant des grades de soins 4, 5 ou la note «H», le forfait précédent passe de 924 € à 1 800 €. La condition préalable est que le proche aidant ne perçoive aucun revenu pour les services de soins et qu'il fournisse le numéro d'identification fiscale de la personne ayant besoin de soins. Si le proche aidant peut prouver des coûts plus élevés, il devrait envisager d'inclure ces coûts dans le cadre des dépenses extraordinaires (Ministère fédéral de la Famille, 2023).
- Le congé de soins de l'emploi normal est accordé aux salariés qui fournissent des soins informels aux membres de la famille de moins de 18 ans ou les soins de fin de vie pour les proches. Bien que cette libération totale ou partielle du travail jusqu'à six mois soit non rémunérée, les cotisations d'assurance sont couvertes par le fonds d'assurance dépendance sur demande. Les aidants ont également légalement droit à un congé partiel d'une durée maximale de 24 mois avec un temps de travail minimum de 15 heures par semaine (Office fédéral des affaires familiales et de la société civile, 2023). Lors de situations temporaires où des membres de la famille ont un besoin urgent de soins, les employés sont autorisés à s'absenter du travail jusqu'à dix jours si cela est nécessaire pour organiser des soins fondés sur les besoins ou assurer des soins infirmiers. En compensation de leur manque à gagner durant ces dix jours, les salariés peuvent avoir droit à une allocation de soins, qui représente 90 à 100 % du revenu net perdu (Ministère fédéral de la Santé, 2023g).

- Les services de relève sont disponibles pour les aidants principaux. Ils peuvent être offerts sur une base horaire, quotidienne ou hebdomadaire par ce que l'on appelle des soins de remplacement (PFLEGE, 2023f). Si l'aidant s'occupe d'un proche à domicile, mais qu'il est temporairement dans l'impossibilité de le faire, son proche qui a besoin de soins peut avoir droit à des soins dits préventifs. Le service de relève est un remplacement temporaire de l'aidant principal. En soins infirmiers, il est donc également courant sous les termes de soins de substitution ou de soins de vacances ou de remplacement de maladie (Ministère fédéral de la Santé, 2023c).
 - Aucun soin de relève ne peut avoir lieu sans un aidant enregistré. Cela est généralement précisé dans le cadre de l'évaluation initiale. Une modification ou un ajout peut être apporté ultérieurement. Les aidants principaux peuvent être remplacés jusqu'à 6 semaines ou un total de 42 jours par année civile. Si l'assurance dépendance prend en charge les cotisations de retraite des proches aidants, elle verse également le montant des cotisations de retraite lors des soins préventifs. Un soutien supplémentaire est assuré par des soins de relève/préventifs (horaires) par un soignant remplaçant jusqu'à 6 semaines et jusqu'à 1 612 € par an pendant la maladie et les vacances des aidants informels, lorsque l'utilisateur a au moins le degré de soins 2 (Ministère fédéral de la Santé, 2023d).
- Les services de réadaptation sont offerts dans les cas où les aidants informels ont eux-mêmes besoin de tels services. Ils peuvent recevoir ces services en milieu hospitalier. Pendant la mesure de réadaptation, le membre de la famille qui a besoin de soins peut être pris en charge dans le même établissement au même moment (Ministère fédéral de la Santé, 2023c).
- Les cours de formation et les conseils gratuits peuvent être offerts aux aidants informels (les frais sont pris en charge par le fonds d'assurance dépendance). De plus, à long terme, les usagers des soins qui perçoivent une allocation de soins sont tenus d'assister à des conseils à domicile avec leurs soignants informels tous les trois mois pour les grades de soins 2 et 3 et tous les six mois pour les grades de soins 4 et 5. Le but de ces conseils est d'assurer la qualité de la prestation de soins et de fournir une assistance et un soutien pratique aux aidants informels sur une base régulière (PFLEGE, 2023b).

Comment circule l'argent pour rendre les services de SAD en Allemagne



La coordination et la communication entre programmes

- Les centres de soins communautaires sont responsables d'établir des réseaux et des relations avec les prestataires de soins régionaux et communautaires afin d'améliorer la fourniture de soins locaux pour ceux qui ont besoin de soins à domicile dans la communauté (Kiersey et al., 2017).

Les agences de contrôle

- Les centres de soins communautaires, appelés *Pflegestützpunkte*, ont été créés dans au moins 14 Länder en 2008, grâce à des fonds alloués dans le cadre des réformes des soins de longue durée. Ils fournissent des informations, effectuent des évaluations des besoins des clients, assurent la gestion des soins et les services de conseil, et fournissent des informations sur les services disponibles dans le quartier (Kiersey et al., 2017).
- Les bénéficiaires qui choisissent les prestations en espèces plutôt que les prestations en nature sont évalués par les prestataires de soins locaux tous les six mois (pour les degrés de soins 2 et 3) ou tous les trimestres (pour les degrés de soins 4 et 5). Cette mesure vise à offrir un soutien et une formation aux aidants et à s'assurer que les bénéficiaires en espèces ne sont pas maltraités, négligés ou exploités financièrement (Milstein et al., 2021).

Le contrôle de qualité

- Les standards nationaux pour les services de SAD sont régulés par la loi de soins de longue durée et comprennent des critères de structure, de processus et de résultats (Milstein et al., 2021).
- Pour être autorisés à opérer, les prestataires de services doivent répondre à des normes structurelles, telles que la compétence du personnel, la rapidité et la continuité des soins (Milstein et al., 2021).
- Les contrats-cadres conclus entre les acheteurs – les organismes de financement tels que les fédérations régionales de fonds de l'assurance dépendance, les gouvernements régionaux, etc. – et les prestataires de soins à domicile régulent les normes de qualité, le type de soins, le contenu et l'étendue des tâches qu'un établissement de soins ou une agence de soins à domicile doit fournir, ainsi que la gestion financière, les exigences en personnel et les régimes d'inspection (Milstein et al., 2021).

- Les normes de qualité vont des problèmes de structure à la satisfaction des clients et à la responsabilité. Ces normes se développent en fonction des meilleures pratiques, des données empiriques et des commentaires de toutes les parties prenantes concernées (telles que les prestataires de services, les clients de soins à domicile, les professionnels de la santé, les groupes de défense des droits et les gouvernements fédéraux et des États (Länder)) (Kiersey et al., 2018).
- Le Service médical (MD) supervise la procédure d'assurance qualité. Il joue un rôle d'inspection en étant responsable des inspections annuelles et en donnant suite aux plaintes relatives à la qualité des services de soutien à domicile (Kiersey et al., 2017; Bundesgesundheitsministerium, 2023).
- Les fournisseurs de soins à domicile sont tenus d'assurer leur propre assurance qualité interne dans leurs agences; le Service médical (MD) vérifie si les exigences ont été remplies (Kiersey et al., 2018).
- Les inspections de qualité des installations non résidentielles, y compris les services de SAD, sont basées sur l'évaluation de 49 critères qui couvrent 4 domaines de qualité : les services de soins infirmiers (17 critères), les services de soins infirmiers prescrits médicalement (10 critères), la prestation et l'organisation des services (10 critères) et les entretiens avec les clients (12 critères) (Kiersey et al., 2017).
 - Trente-sept de ces éléments sont utilisés comme critères de transparence pour informer le public sur les scores disponibles pour les services.
- L'accréditation des prestataires de soins à domicile est liée aux normes de qualité structurelles, qui sont inspectées par les fonds de l'assurance dépendance régionaux. Les systèmes de gestion de la qualité (SGQ) font référence aux modèles de certification génériques établis par l'ISO⁹, et la norme ISO 9001 est la plus couramment utilisée. Les prestataires de services qui adhèrent à la norme ISO 9001 sont soumis à un audit annuel effectué par un auditeur externe (Kiersey et al., 2017; Code social (SGB XI), 2023).

9 L'ISO (Organisation internationale de normalisation) est une organisation internationale non gouvernementale et indépendante, dont les 169 membres sont les organismes nationaux de normalisation.

Les incitatifs à la performance et les mécanismes visant à limiter le contournement ou les comportements déviants

- Les principaux mécanismes fournissant des incitatifs à la performance reposent sur les principes de concurrence pour les prestataires de services de SAD.
 - Le secteur des soins répond aux principes du marché et promeut la concurrence et l'amélioration de la qualité des services de soins pour les utilisateurs. La loi a ouvert le marché à la fois aux prestataires à but lucratif et à ceux à but non lucratif en soins à domicile.
- Les agences de contrôle de la qualité permettent de limiter les comportements déviants. Les rapports de qualité sont également disponibles publiquement et accessibles pour les usagers (Code social (§ 115 SGB XI), 2023). Tous les rapports de qualité sont publics et les usagers y ont libre accès.

Les enjeux, les avantages, la performance axée sur la valeur pour l'utilisateur

- Le libre choix des services de SAD pour l'utilisateur lui permet potentiellement de mieux répondre à ses besoins individuels.
- Les copaiements des usagers peuvent être un enjeu financier, spécialement pour ceux à faible revenu. Toutefois, les copaiements sont moins élevés pour les services de SAD que les soins en établissement, ce qui peut augmenter l'incitatif des individus à favoriser les services de soutien à domicile (Milstein et al., 2021).
- La viabilité financière du système allemand d'assurance dépendance est liée à la distinction entre l'assurance dépendance légale et l'assurance dépendance privée. Ce système à double assurance permet aux personnes à revenu plus élevé et à risque de santé plus faible de ne pas contribuer au financement collectif de l'assurance dépendance légale. Une assurance dépendance unique pour tous réduirait les taux de cotisation pour les employeurs et les employés, surtout si elle était accompagnée d'une augmentation ou d'une suppression du seuil de revenu soumis à la cotisation pour l'assurance dépendance (European Commission and Social Protection Committee, 2021).

Les enjeux de financement

- La charge financière des usagers pour leurs services de SAD peut être élevée, spécialement pour les usagers avec un niveau de dépendance sévère.
- Garantir un financement suffisant pour répondre aux besoins croissants de la population vieillissante est un enjeu important auquel l'Allemagne doit faire face. Bien que le pays ait connu une augmentation des prestataires de soins à domicile et en établissement au cours des trois dernières décennies, le nombre de bénéficiaires a augmenté de manière encore plus importante, entraînant un ratio bénéficiaires/prestataires plus élevé.
- Les secteurs des soins à domicile et en établissement ont connu un changement de la structure du marché, passant de prestataires privés à but non lucratif à des prestataires privés à but lucratif, principalement dans les soins à domicile.
 - Les prestataires de services de SAD n'ont pas réussi à suivre l'augmentation du nombre de bénéficiaires, ce qui a conduit à une pénurie croissante. En 2019, le secteur a enregistré 23 500 postes vacants dans ce domaine, et ces postes sont restés non pourvus pendant près de 200 jours (Bundesagentur für Arbeit, 2020).

Les réformes récentes des mécanismes de financement

- Les taux de cotisation à l'assurance dépendance ont été considérablement augmentés par des législations adoptées entre 2008 et 2018, atteignant 3,05 % et 3,30 % pour les personnes sans enfant en 2020, principalement en raison de l'extension des prestations. Initialement, le taux de contribution se situait à 1,7 % en 1995, lors de l'introduction de l'assurance dépendance. De nombreuses réformes, adoptées entre 2008 et 2019, ont étendu les prestations afin de faciliter et de fournir des incitations aux soins informels dans le but de contenir les coûts à long et à moyen terme des soins de longue durée (European Commission and Social Protection Committee, 2021). En 2023, les taux de cotisation ont été à nouveau augmentés, soit à 3,4 % pour les personnes avec enfants et à 4 % pour les personnes sans enfants (Deutsche Rentenversicherung, 2023). Pour les années 2020 et 2021, la loi « Sozialgarantie 2021 » a empêché l'augmentation de toutes les cotisations d'employés/employeurs au-delà de 40 % du salaire d'un employé (European Commission and Social Protection Committee, 2021). Le reste est pris en charge par le budget fédéral (Ministère fédéral de l'Économie et de l'Énergie, 2020).

- Il existe un mécanisme de financement répondant à l'enjeu des sources de financement pour les services de SAD. Le fonds de réserve en capital « Pflegevorsorgefonds » pour l'assurance dépendance en Allemagne est un fonds de soins de longue durée créé à la Bundesbank pour pallier la hausse des besoins de soins de longue durée et la diminution du nombre d'employés cotisant à l'assurance dépendance. Une part de 0,1 point de pourcentage des cotisations à l'assurance dépendance par an est investie dans ce fonds. En 2023, les cotisations annuelles représentaient approximativement 1,2 milliard d'euros. Ce mécanisme vise une période d'accumulation d'environ 20 ans pour amortir les hausses éventuelles des cotisations et répondre aux besoins des cohortes de naissance de 1959 à 1976 (dites baby-boomers) comptant jusqu'à 1,36 million de personnes. Ces cohortes sont nettement plus nombreuses que celles des générations précédentes et suivantes (Ministère fédéral de la Santé, 2021a).
- Plusieurs mesures ont été mises en place dans le but d'augmenter les salaires dans les soins de longue durée. Par exemple, un plus grand nombre de prestataires de services de soins à domicile seront soumis à des conventions collectives, comme le prévoit la loi sur le renforcement du personnel soignant (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz) adoptée en 2018. De plus, le gouvernement fédéral a introduit une base juridique pour améliorer les conditions salariales des travailleurs de la santé (Pflegelöhneverbesserungsgesetz) et a intensifié ses efforts pour recruter des professionnels des soins de longue durée à l'étranger, notamment en concluant des accords sur le recrutement de tels professionnels avec le Mexique, les Philippines et le Kosovo en 2019 (European Commission and Social Protection Committee, 2021). Finalement, dans le cadre de la « Journée des infirmières » en 2023, le gouvernement fédéral a publié un projet de « Soins d'action concertée » (Konzertierten Aktion Pflege(KAP)) dont l'objectif est de fournir des salaires plus élevés (convenus collectivement) ainsi que de meilleures conditions de travail et de formation dans le secteur des soins (Ministère fédéral de la Santé, 2023).
- À partir de 2017, le droit aux prestations de soins de longue durée et les catégories de personnes bénéficiaires de ces prestations ont été considérablement étendus, et l'évaluation des besoins a connu des changements importants. Cette réforme, la deuxième loi sur le renforcement des soins (Zweites Pflegestärkungsgesetz) adoptée en 2015, a amélioré l'accès aux soins, en particulier pour les personnes atteintes de démence. Ensuite, à partir de 2020, la loi sur la réduction du fardeau des proches (Angehörigenentlastungsgesetz), adoptée en 2019, exempte les enfants des personnes ayant besoin de soins de l'obligation de couvrir les frais restants, à condition qu'ils gagnent moins de 100 000 € (European Commission and Social Protection Committee, 2021).
- En 2019, une loi sur la réduction de la charge des proches a été adoptée, stipulant que seuls les enfants ou les parents de personnes ayant besoin de soins dont le revenu brut dépasse 100 000 € seront tenus de couvrir les coûts restants des soins de longue durée (European Commission and Social Protection Committee, 2021).
- En 2023, l'Allemagne a introduit un cadre de qualité révisé pour les soins de longue durée et un système de suivi de la qualité, y compris pour les soins à domicile (gkv-spitzenverband.de, 2023).

RÉFÉRENCES

- Barber S. L, van Gool Kees, Wise Sarah, et al. (2021). Pricing long-term care for older persons. *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344505>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS.de). (2022). *Le Conseil fédéral adopte les paramètres de calcul de la sécurité sociale pour 2023*. <https://www.bmas.de/DE/Service/Presse/Pressemitteilungen/2022/bundeskabinett-beschliesst-sozialversicherungs-rechengroessen-2023.html>
- Bundesrat. (2022). *Verordnung der Bundesregierung*. https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2022/0501-0600/509-22.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- Caritas Allemagne. (2023a). *Informations sur les soins*. <https://www.caritas.de/hilfeundberatung/ratgeber/alter/pflege/pflege>
- Caritas Allemagne. (2023b). *Voici comment Caritas se finance*. <https://www.caritas.de/diecaritas/wir-ueber-uns/transparenz/finanzierung/ueberblick>
- CLEISS. (2023a). *Le système de santé allemand*. <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/allemande.html>
- Code social (SGB). (2023a). § 72 SGB XI *Admission aux soins par contrat de fourniture*. <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/72.html>
- Code social (SGB). (2023b). § 90 SGB XI *Barème des honoraires pour les prestations de soins ambulatoires*. <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/90.html>
- Code de la sécurité sociale (SGB XI) Onzième livre.
- Assurance de protection sociale. (2023c). § 115 SGB XI *Résultats des contrôles de qualité, présentation de la qualité, réduction de la rémunération*. <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/115.html>
- Country Documents. Directorate-General for Economic and Financial Affairs. (Commission Services & Economic Policy Committee (Ageing Working Group)). (2016). *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability*.
- Deutsche-rentenversicherung.de. (2023). *Nouvelles contributions à l'assurance dépendance. (Nouvelles | PUEG : Nouvelle contribution à l'assurance dépendance | Assurance pension allemande)*. <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Ueber-uns-und-Presse/Presse/Meldungen/2023/230630-pflegeversicherung-beitragsanhebung.html>

- European Commission and Social Protection Committee. (2021). *Long-Term Care Report. Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society*.
- Federal Ministry of Health. (2017). *Peer Review on "Germany's latest reforms of the long-term care system"*. DG Employment, Social Affairs and Inclusion.
- gkv-spitzenverband.de. (2023). *Contrôles de qualité dans les soins ambulatoires – Association fédérale des caisses d'assurance maladie*. https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/qualitaetspruefungen/ambulante_pflege/ambulante_pflege.jsp
- INPS. (2023a). *Statistisches Jahrbuch–Deutschland und Internationales*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Jahrbuch/statistisches-jahrbuch-2019-dl.pdf?__blob=publicationFile
- INPS. (2023b). *SLD – Soins de longue durée dans les communautés résidentielles*. <https://www.inps.it/gss/default.aspx?sPathID=%3B0%3B54403%3B54404%3B54406%3B&astMenu=54406&iMenu=102&iNodo=54406&p4=2>
- JobRuf. (2023). *Les frais d'une femme de ménage*. https://www.jobruf.de/putztipps/putzfrau_kosten.html#:~:text=2.,diese%20die%20Putzkraft%20selbstst%C3%A4ndig%20%C3%BCbernimmt
- Kiersey, R. A., et Coleman, A. (2018). *Approaches to the regulation and financing home care services in four European countries : An evidence review*. Dublin : Health Research Board.
- Milstein, R., Mueller, M., et Lorenzoni, L. (2021). *Germany Case Study–Pricing long-term care for older persons World Health Organisation (WHO)*. (WKC Policy Series on Long-Term Care No. 3 : Germany). https://extranet.who.int/kobe_centre/sites/default/files/OECD_2021_Germany.pdf
- Ministère fédéral de la Famille. (2023). *La garde des proches est-elle prise en compte dans la taxe?* <https://familienportal.de/familienportal/familienleistungen/steuerentlastungen/wird-die-pflege-von-angehoerigen-bei-der-steuer-beruecksichtigt--12521812>
- Ministère fédéral de la Santé. (2021a). *Nouvelles réglementations dans le domaine de la santé et des soins*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/neuregelungen-gesundheit-und-pflege-2022.html?limit=all&cHash=064f29b63d9e6db-0133d90c288767e47>
- Ministère fédéral de la Santé. (2023a). *Des mesures pour améliorer le cadre de vie*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/leistungen-der-pflege/wohnumfeldverbessernde-massnahmen.html>
- Ministère fédéral de la Santé. (2023b). *L'assurance dépendance en Allemagne*.
- Ministère fédéral de la Santé. (2023c). *Paiement supplémentaire*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/zuzahlung-krankenversicherung.html>

- Ministère fédéral de la Santé. (2023d). *Soins à domicile : soutien financier et prestations pour les soins à domicile*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege-zu-hause.html>
- Ministère fédéral de la Santé. (2023e). *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_pv_bf.pdf
- Ministère fédéral de la Santé. (2023f). *Qualité et transparence des soins*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/qualitaet-und-transparenz-in-der-pflege.html>
- Ministère fédéral de la Santé. (2023g). *Soins à domicile : Concilier soins et travail*. www.bundesgesundheitsministerium.de
- Ministère fédéral de l'Économie et de l'Énergie. (2020). *Corona-Folgen bekämpfen, Wohlstand sichern, Zukunftsfähigkeit stärken : Ergebnis Koalitionsausschuss*. [Document PDF]. https://www.bmwk.de/Redaktion/DE/Downloads/E/eckpunktepapier-corona-folgen-bekaempfen.pdf?__blob=publicationFile&v=6
- Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales. (2023). *Des salaires minima nettement plus élevés dans les soins gériatriques*. <https://www.bmas.de/DE/Service/Presse/Pressemitteilungen/2022/deutlich-hoehere-mindestloehne-in-der-altenpflege.html>
- Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Germany : health system review 2020*. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-system-review-2020>
- Office fédéral des affaires familiales et de la société civile. (2023). *Congé familial pour les aidants naturels*. <https://www.bafza.de/programme-und-foerderungen/familienpflegezeit>
- PFLEGE. (2023a). *Soins ambulatoires : Vivre bien soigné à domicile*. <https://www.pflege.de/altenpflege/ambulante-pflege/>
- PFLEGE. (2023b). *Conseils de soins*. <https://www.pflege.de/pflegende-angehoerige/pflegewissen/pflegeberatung/>
- PFLEGE. (2023c). *Allocation de soins : Montant et droit*. <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegefinanzierung/pflegeleistungen/pflegegeld/>
- PFLEGE. (2023d). *Mission de conseil selon le paragraphe 37.3*. <https://www.pflege.de/pflegende-angehoerige/pflegewissen/pflegeberatung/beratungseinsatz-37-3/>
- PFLEGE. (2023e). *Remboursement des frais de déplacement lors de la prise en charge d'un proche*. <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegefinanzierung/fahrtkostenerstattung/>
- PFLEGE. (2023f). *Services de soins*. <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegefinanzierung/pflegeleistungen/>

Politique sociale actuelle. (2023). *Services de soins ambulatoires et hospitaliers par fournisseur 2021*. https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI56_57.pdf

World Health Organization. Centre for Health Development. (Milstein, R., Mueller M. et Lorenzoni, L). (2021). *Germany's difficult balancing act: universality, consumer choice and quality long-term care for older persons*.

Verbraucher Zentrale. (2023). *Participation aux frais : les règles d'exonération de la caisse d'assurance maladie*. <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/krankenversicherung/zuzahlungen-die-regeln-fuer-eine-befreiung-bei-der-krankenkasse-11108>

Welcome-center-germany. (2023). *Assurance maladie en Allemagne – Options d'assurance privées et publiques en 2023*. <https://www.welcome-center-germany.com/post/health-insurance-in-germany-private-and-public-options#private-health-insurance-in-germany-pkv>

2. BELGIQUE

Description et historique

- La Belgique dispose d'un système de sécurité sociale universel et obligatoire.
- La politique de santé est répartie entre le niveau fédéral et les entités fédérées (régions et communautés).
 - Au niveau fédéral, les responsabilités englobent la réglementation et le financement de l'assurance maladie obligatoire, ainsi que le fonctionnement et le financement des services hospitaliers.
 - Quant aux entités fédérées, elles ont la responsabilité de promouvoir la santé et la prévention, ainsi que de coordonner et de favoriser la collaboration entre les différents systèmes de santé, tels que les soins primaires ou secondaires, les soins palliatifs, les soins de réadaptation et les soins de longue durée (CLEISS, 2023).
- Les gouvernements régionaux sont responsables de la promotion et de la prévention en matière de santé, notamment des différents aspects des soins aux personnes âgées, des soins à domicile, des soins palliatifs, de la mise en œuvre des normes d'agrément, de la détermination des critères d'agrément additionnels et du financement des investissements hospitaliers (CLEISS, 2023).
- De manière générale, la politique belge vise à soutenir les personnes âgées dépendantes dans leur environnement domestique le plus longtemps possible.
- Il n'existe pas de législation fédérale spécifique concernant les soins de longue durée. Les règles appliquées sont les mêmes que celles du système de soins de santé. Au niveau communautaire, des réglementations abordent divers aspects de la prestation de services de soins de longue durée, tels que la reconnaissance des fournisseurs, l'intégration des services et le contrôle de la qualité.

Les données contextuelles, 2022

Proportion de la population âgée de 65 ans et plus (1)	20 %
Proportion de la population âgée de 80 ans et plus (2)	5,5 %
Espérance de vie à 65 ans (3)	20,2 ans
Espérance de vie à la naissance (4)	81,8 ans
Dépenses de santé par habitant (5)	5 140,8 \$ US PPA
Dépenses de santé en pourcentage du PIB (6)	10,8 %
Dépenses de soins de longue durée en pourcentage du PIB (7)	2,4 %
Part des dépenses de services de SAD dans les dépenses de soins de longue durée (8)	38,4 %
PIB par habitant (9)	70 830 \$ PPA
Ratio de dépendance (10)	3,2

Sources : Données (1,2,10) : United Nations Population Division. World Population Prospects : 2022 Revision, www.worldbank.org. Données (3,4) : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2023). Données de l'OCDE. Site Web. <https://www.oecd.org/fr/data.html>. Données (5,6,7,8,9) : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2023). Data Explorer : Dépenses de santé et financement. www.data-explorer.oecd.org.

Les données sur les services de soutien à domicile

- En 2019, parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, environ 47 % de celles ayant des besoins en soins de longue durée faibles recevaient une forme d'aide informelle à domicile. Ce chiffre augmente à 76 % et 71 % pour des besoins modérés et graves, respectivement (Devos et al., 2019)

Les sources de financement

- En Belgique, les soins à domicile sont financés par différentes entités en fonction des services fournis. Les soins médicaux à domicile sont remboursés au niveau fédéral par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), qui relève du régime de sécurité sociale. Les financements proviennent des cotisations de sécurité sociale, de l'État, des primes de soins annuelles, ainsi que des dotations communales pour le financement des centres publics d'action sociale (CPAS) (Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), 2023a).

- Chaque commune ou ville a son propre CPAS offrant un large éventail de services. Le financement du CPAS est déterminé chaque année par le Conseil de l'Action sociale. Le budget des dépenses et des recettes du CPAS est arrêté, comprenant les dépenses obligatoires et les différentes sources de recettes telles que les dotations communales et les subventions provenant de la Communauté française, de la Région wallonne et du gouvernement fédéral. De plus, l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) agréée et finance des services d'aide aux familles et aux aînés (SAFA) (AVIQ, 2023a).
- L'assurance maladie prend en charge les actes médicaux tels que les soins infirmiers et la physiothérapie, en fonction du degré de dépendance de l'utilisateur et de ses ressources financières. Les services non médicaux, tels que l'aide aux familles et la livraison de repas, sont financés par les communautés et les régions. Les services d'activités de la vie quotidienne (AVQ) et les services d'activités de la vie à domicile (AVD) sont organisés et financés au niveau régional.
- Les structures au niveau régional ont été renforcées et de nouvelles structures ont été créées afin d'assurer les nouvelles responsabilités. Parmi ces structures, on trouve l'Agence flamande pour la Protection sociale en Flandre, l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) en Wallonie, et l'IRISCARE à Bruxelles (l'administration)(European Commission and Social Protection Committee, 2021).
- Dans chacune des régions ou communautés, les services d'aide et d'accompagnement à domicile sont financés par leur propre structure. Par exemple, en Région de Bruxelles-Capitale, les AVQ et AVD sont financés à la fois par la Commission communautaire commune (COCOM) et l'organisme IRISCARE (Commission communautaire commune, 2023a).
 - La COCOM, grâce à des dotations de l'Autorité fédérale et de la Région bruxelloise, assure le financement des centres de soins de jour et d'autres établissements et services bicommunautaires actifs dans les domaines des soins de santé et de l'aide sociale.
 - IRISCARE, en tant qu'organisme bicommunautaire, joue un rôle clé dans le financement des initiatives d'aide à la personne en Région de Bruxelles-Capitale, couvrant notamment les soins à domicile, les allocations familiales et les institutions pour personnes âgées et handicapées (IRISCARE, 2023a).
- En Flandre, il existe une assurance dépendance obligatoire à partir de 26 ans. En 2023, une contribution de 58 € (ou 29 € pour les personnes à faible revenu) était demandée à chaque assuré. Cette prime santé est versée à la caisse maladie de la personne chaque année (Protection sociale flamande, 2023).
- En Wallonie, cette assurance n'est pas encore mise en place. Les résidents de Bruxelles ont la possibilité de s'y affilier volontairement (Commission européenne, 2023).

Les prestataires de services de soutien à domicile

- Les prestataires de services de SAD peuvent être des acteurs publics qui sous-traitent les soins à des prestataires privés ou associatifs.

LES PRESTATAIRES PUBLICS

- **Le Centre public d'action sociale (CPAS)** assure la prestation d'un certain nombre de services sociaux et veille au bien-être de chaque citoyen. Chaque commune ou ville a son propre CPAS offrant un large éventail de services. Chaque personne résidant légalement en Belgique a droit à une assistance sociale. Cette assistance sociale a pour but de garantir un revenu minimum à l'ensemble de la population. Pour pouvoir bénéficier de l'aide sociale, certaines conditions doivent être remplies. Avant de l'octroyer, le CPAS effectue, dans chaque cas, une enquête sur les moyens de subsistance de la personne concernée. Le CPAS détermine quelle aide est la plus adaptée en fonction de la situation personnelle ou familiale de la personne concernée et lui offre les moyens adéquats de subvenir à ses besoins (Informations et services officiels – belgium.be, 2023)
 - Le CPAS doit assurer aux personnes et aux familles, dans les conditions déterminées par la loi, l'aide sociale due par la collectivité. Le CPAS organise différents services axés sur un maintien à domicile de qualité garantissant le libre choix des personnes aidées et en respectant les principes essentiels de la dignité humaine. Les services d'activités de la vie quotidienne (AVQ) et d'activités de la vie domestique (AVD) sont accessibles à tous les habitants de la commune, quel que soit leur niveau de revenus. Le but de l'aide sociale est de permettre à chacun de vivre dans la dignité humaine (Le CPAS de Charleroi, 2023).
 - Dans des situations plus complexes, l'usager reçoit la visite d'un coordinateur et, si nécessaire, d'un ergothérapeute qui pourront lui donner des conseils judicieux pour restaurer ou maintenir un maximum d'autonomie. Le rôle du coordinateur est de gérer et de coordonner l'action des différents prestataires qui interviennent au domicile de l'usager afin de lui garantir une prise en charge globale et adaptée (Le CPAS de Charleroi, 2023).
 - Le Conseil de l'Action sociale arrête chaque année le budget des dépenses et des recettes du CPAS. Une note de politique générale y est annexée. Il doit comprendre toutes les dépenses obligatoires que des dispositions législatives ou réglementaires mettent à la charge du CPAS ainsi que toutes ses recettes, celles qu'une disposition législative ou réglementaire attribue et les excédents des exercices antérieurs. Le budget est commenté par le président devant le Conseil communal afin d'être approuvé.

- La dotation communale sert à couvrir la différence entre le total des dépenses et celui des recettes du budget de l'exercice du CPAS. Elle peut, le cas échéant, être adaptée lors de l'intégration du résultat budgétaire de l'exercice précédent (SPAS de Lasne, 2023).
- Les services des CPAS sont financés par diverses sources :
 - ◆ Provenance des subventions : de la Communauté française (services d'accueil à la petite enfance, ONE), de la région wallonne (aide à la promotion de l'emploi (APE), prime aux garanties locatives), du gouvernement fédéral (revenu d'intégration, réfugiés politiques, fonds mazout, fonds social et culturel), de la Commission de Régulation de l'Électricité et du Gaz (CREG), du Fonds Spécial de l'Aide Sociale (FSAS) et de la dotation communale.
 - ◆ Participations des bénéficiaires de services à la population : par exemple, des repas à domicile, des services de garde d'enfants, de remboursement des particuliers de l'aide octroyée, des loyers des habitations, des prestations (service de coiffure, petites courses, déplacements, etc.), etc.
- **Les services d'aide aux familles et aux aînés (SAFA)** ont comme mission d'apporter aide, soutien et encadrement à des familles en difficulté, à des personnes âgées et à des personnes handicapées dans leur vie quotidienne, ainsi qu'à leurs PPA. Cette mission est réalisée par le biais de nombreux professionnels de l'aide à domicile, par exemple des aides familiales, des gardes à domicile, des aides-ménagères sociales, etc. L'activité de ces professionnels est encadrée par les travailleurs sociaux, mais aussi par le travail accompli au sein d'une équipe administrative et par les directions (AVIQ, 2023a).
 - Un assistant social (ou travailleur social) se rend au domicile de l'usager pour évaluer avec lui ses besoins (et/ou avec son entourage si nécessaire) et déterminer la mise en place des services adaptés à sa situation. Un document appelé « dossier social » sera rédigé à cette occasion. Les services de SAD collaborent, entre autres, avec le médecin traitant et l'entourage du patient. Ils organisent une coordination interdisciplinaire, qui rassemble tous les professionnels de la santé intervenant à domicile (AVIQ, 2023b).
 - L'AVIQ – Agence pour une Vie de Qualité – (nom usuel de l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles) agréée et finance des services d'aide aux familles et aux aînés (SAFA) (AVIQ, 2023a).

- **Le service intégré de soins à domicile (SISD) en Wallonie** organise et encadre les prestations de soins à domicile qui demandent l'intervention de praticiens professionnels appartenant à différentes disciplines (médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, etc.).
 - Les SISD ne sont pas des dispensateurs de soins, mais ils doivent veiller à ce que les soins et services de première ligne soient accessibles, organisés et bien dispensés. Ils sont aussi promoteurs d'initiatives. Les SISD sont établis en fonction des territoires de soins fixés par la Wallonie (13 au total). L'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) prend en charge la gestion administrative et l'évaluation des services intégrés de soins à domicile (Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), 2023c).
 - L'AVIQ a repris en 2019 le financement des services intégrés de soins à domicile et de la concertation autour du patient psychiatrique, mais aussi des maisons de soins psychiatriques, des initiatives d'habitations protégées, des maisons de repos pour personnes âgées, des maisons de repos et de soins, des centres de soins de jour, de certains centres de rééducation fonctionnelle, des équipes multidisciplinaires palliatives et « aides à la mobilité », du sevrage tabagique et des aides à la mobilité. Les prestations réalisées dans ce cadre relèvent de la « protection sociale wallonne » (AVIQ, 2023b).

ORGANISATIONS À BUT NON LUCRATIF

- **Le secteur associatif** joue également un rôle important avec les centrales de soins et services à domicile (CSD) et les centres d'aide et de soins à domicile (ASD) qui proposent une approche intégrée incluant à la fois de l'aide et des soins à domicile en Belgique. On compte trois fédérations qui proposent une approche intégrée incluant à la fois l'aide et les soins à domicile (Union des Villes et Communes de Wallonie – Fédération des CPAS, 2023). Ainsi, la quasi-totalité des services de SAD sont représentés au sein de la Fédération Aide et Soins à Domicile (FASD) et de la Fédération des Centres de Services à Domicile (FCSD). La FCSD regroupe huit centrales de services à domicile (CSD) et sept services associés (Fédération Aide et Soins à Domicile, 2023a).
- **La centrale de soins et services à domicile (CSD) de Bruxelles** fait partie de la Fédération des Centres de Services à Domicile (FCSD) et permet de rester chez soi, dans son environnement familial, tout en recevant les soins et services dont on a besoin. Cette prise en charge s'adresse à toute personne, quels que soient son âge, sa maladie ou son handicap, permanent ou temporaire, et permet d'éviter un placement en institution ou de raccourcir un séjour hospitalier.
 - Les services comprennent des soins d'hygiène, de prévention et de surveillance accomplis par les aides-soignants à domicile. Leurs tâches principales sont la toilette, la prise de médicaments (préparée par le personnel infirmier sur une base hebdomadaire), la mise au lit ou encore la préparation du petit déjeuner. De plus, le personnel aide l'usager pour l'entretien de sa maison ou de son appartement, le repassage, les lessives, les courses, la préparation des repas et les petites démarches administratives (Centrale de soins et de services à Domicile (CSD) de Bruxelles, 2023).

- En 2022, la centrale de soins et de services à domicile (CSD) de Bruxelles était financée par des subventions (78 %) d'IRISCARE (organisme d'intérêt public (OIP) bicommunautaire)(IRISCARE, 2023b) et de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale (Cocom)(Commission communautaire commune, 2023b), par des participations des bénéficiaires de services à la population (20 %) et par d'autres produits d'exploitation (2 %) (Centrale de Soins et de Services à Domicile (CSD) de Bruxelles, 2023).
- **Le centre d'aide et de soins à domicile (ASD) de Bruxelles** fait partie de la Fédération des Centres de Services à Domicile et propose de l'aide et des soins à domicile aux personnes malades, handicapées, âgées ou aux personnes proches aidantes, et ce, quelle que soit la mutuelle de la personne. Après avoir identifié les besoins de l'utilisateur, le centre de coordination de l'ASD conseille et coordonne la mise en place de plusieurs services d'aide et de soins visant un accompagnement à domicile adapté à la situation de l'utilisateur. Par exemple, le personnel infirmier et les aides-soignants effectuent à domicile les mêmes tâches qu'ils réalisent en milieu hospitalier : toilettes, prises de sang et prélèvements, injections (insuline, anti-inflammatoires, vitamines, etc.), soins de plaies et postopératoires, trachéotomie, stomie, alimentation par sonde gastrique, etc. De plus, les aides-ménagères sociales entretiennent le domicile des bénéficiaires. Par leur présence, elles apportent aussi écoute et soutien (Fédération des Centres de Services à Domicile, 2023).
 - Le centre d'aide et de soins à domicile (ASD) de Bruxelles est financé pour certains services par des subventions de la Commission communautaire française et par la vente des services AVQ et AVD. Le prix des services peut varier en fonction de chaque centre ASD (Fédération Aide et Soins à Domicile, 2023a).

PRESTATAIRES PRIVÉS

- **Infirmier indépendant de Belgique :**
 - Obtenir un numéro d'agrément et ainsi être reconnu indépendant par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) est essentiel pour tout d'abord pouvoir attester les prestations conformément à la nomenclature infirmière pour l'assurance soins de santé, et pour que l'assurance puisse ensuite rembourser les patients. C'est également auprès de l'INAMI que se réalisent les démarches concernant le système de tiers payant. Le personnel infirmier indépendant doit s'enregistrer à la Banque Carrefour des Entreprises (BCE) afin d'obtenir le statut de travailleur indépendant. Dans une logique de suivi des soins thérapeutiques, l'infirmier est dans l'obligation de tenir un dossier patient (L'agence pour le non-marchand, 2023a).
 - Le personnel infirmier indépendant en Belgique est rémunéré pour ses services par les patients. C'est l'INAMI qui réalise les démarches concernant le système de tiers payant (L'agence pour le non-marchand, 2023a). En 2023, le personnel infirmier breveté, dans un service de soins infirmiers à domicile, percevaient une rémunération brute mensuelle de 2 234,79 € à partir de 18 ans ou lorsqu'ils ne disposaient d'aucune ancienneté. Elle allait jusqu'à 3 511,20 € lorsque le travailleur avait 31 ans d'ancienneté (L'agence pour le non-marchand, 2023b).

Le panier de services à domicile

- **Les services de soins médicaux à domicile.**
- **Les services de soins infirmiers à domicile**, par exemple :
 - Toilette;
 - Injections;
 - Changement des pansements;
 - Sondages;
 - Perfusions;
 - Alimentation parentérale;
 - Administration des médicaments;
 - Éducation sanitaire et préventive;
 - Accompagnement et soutien à l'utilisateur.
- **Les soins psychiatriques à domicile (SPAD)** en Wallonie (AVIQ, 2023c).
- **Les services d'aide et d'accompagnement à domicile :**
 - Ils relèvent soit des pouvoirs publics, soit du secteur associatif.
 - L'aide pour les soins personnels (AVQ), qui inclut l'hygiène personnelle, la mobilité, l'aide pour les repas, l'habillement et, le cas échéant, des alarmes de sécurité subventionnées.
 - L'aide pour les tâches ménagères (AVD) inclut le nettoyage de la maison, la lessive, la vaisselle.
- **Des services intégrés de soins à domicile (SISD) :**
 - Ils regroupent différents prestataires de soutien à domicile et sont également disponibles pour l'utilisateur (INAMI, 2023c).
- **Les mesures de prévention et de réadaptation** font partie du panier de services offerts. Elles sont mises en œuvre au niveau régional. En Flandre, des initiatives visent à promouvoir une alimentation saine, l'activité physique, la prévention des chutes, l'augmentation de la vaccination et la réduction des infections nosocomiales. En Communauté française, la prévention des chutes et la lutte contre la malnutrition dans les maisons de repos sont des objectifs clés.
- En matière de **soutien technique**, les usagers peuvent installer un système de biotélévigilance, permettant un appel à distance en cas de problème entrant automatiquement en contact avec une centrale d'appel. Habituellement, le service est aux frais de l'utilisateur.

Les critères d'admissibilité

- L'assurance maladie finance les procédures médicales, comme les soins infirmiers et la physiothérapie, en fonction d'un certain nombre de critères, y compris le niveau de dépendance et de ressources de l'utilisateur (Informations et services officiels – belgium.be, 2023).
 - L'accès aux soins médicaux à domicile est conditionné à une prescription médicale. Il est destiné aux individus en phase de rétablissement posthospitalisation ainsi qu'à ceux souffrant de maladies chroniques ou de handicaps nécessitant des soins à domicile (INAMI, 2023a).
- L'assurance obligatoire soins de santé et indemnités couvre aussi bien les travailleurs salariés et indépendants que les chômeurs, les pensionnés, les bénéficiaires du revenu d'intégration, les étudiants, les mineurs isolés. À quelques exceptions près, toute la population belge a accès aux soins de santé (CLEISS, 2023).
 - Pour pouvoir bénéficier des prestations de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, le bénéficiaire doit être affilié à un organisme assureur (une mutualité, la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité ou la Caisse de Soins de Santé de la SNCB Holding) en tant que titulaire ou personne à charge (Informations et services officiels – belgium.be, 2023).
- L'admission à l'assurance dépendance (Flandre) est obligatoire pour chaque habitant à partir de l'année où il atteint l'âge de 26 ans.
- Pour bénéficier de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA), l'utilisateur doit (1) être âgé de 65 ans ou plus; (2) avoir des revenus (y compris ceux du ou de la partenaire) qui ne dépassent pas certaines limites; (3) présenter une perte d'autonomie dans les actes de la vie journalière reconnus par le médecin de sa mutuelle (AVIQ, 2023d).
- Pour accéder aux titres-services (Wallonie), les conditions de personnalité juridique (personne physique), d'âge (avoir au minimum 18 ans) et de résidence (avoir sa résidence principale en Belgique) doivent être remplies (Titres-services Wallonie, 2023).
- Les critères d'admissibilité pour les activités de la vie quotidienne et de la vie domestique varient légèrement d'une région à l'autre. En principe, toute personne ayant besoin de soins peut en bénéficier. Le type et le montant des soins, ainsi que le copaiement à verser, dépendent de la gravité du problème et de la situation sociale du demandeur (composition de la famille, revenus, type de résidence, etc.) (AVIQ, 2023d).

L'évaluation des besoins et la détermination des services de soutien à domicile

- L'évaluation des besoins et la détermination des services à domicile reposent sur un système complexe qui implique des politiques et des structures tant au niveau fédéral que régional. La dépendance aux soins infirmiers à domicile est déterminée à l'aide de l'échelle de Katz (se laver, s'habiller, effectuer des transferts et des déplacements, aller à la toilette, aider pour la continence, manger). Alors que l'évaluation pour les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique diffère d'une communauté à l'autre, le degré d'autonomie est généralement établi lors de l'expertise médicale. L'évaluation est basée sur le degré de besoins déterminé à partir du nombre total de points attribués dans le cadre de l'évaluation du degré d'autonomie (Commission européenne, 2023). Pour la détermination des services de soutien à domicile, il existe des différences régionales en Belgique. En Wallonie et à Bruxelles, des centres de coordination sont disponibles, avec des coordinateurs de soins qui aident les personnes ayant des besoins complexes à trouver des soins de santé et des services sociaux appropriés. Ces centres de coordination sont gratuits et jouent un rôle clé dans l'orientation des bénéficiaires vers les services adéquats. En Flandre, ce sont les travailleurs sociaux des organismes de sécurité sociale, des centres de services locaux et régionaux qui sont impliqués dans l'accès aux services sociaux et de soins à domicile (European Commission and Social Protection Committee, 2021). Toujours en Flandre, le degré d'autonomie pour recevoir les bénéfices de l'assurance dépendance est déterminé à l'aide des six catégories suivantes : être en mesure de se déplacer, de se préparer quelque chose à manger et à boire, de se laver et de s'habiller, de maintenir l'habitation et de faire le ménage, de vivre sans supervision, d'être conscient du danger et de pouvoir l'éviter et, finalement, avoir la possibilité de communiquer et d'avoir du contact social.

Comment fonctionne le paiement des services à domicile

- Les patients qui ont recours aux soins de santé paient eux-mêmes une partie des frais. En règle générale, les frais sont répartis entre l'assurance maladie et le patient. Il existe deux formes directes de contributions personnelles. Une première option est un copaiement sous la forme d'un montant fixe : le patient paie un montant fixe pour une prestation et l'assurance maladie paie le montant restant. Une deuxième possibilité est un copaiement sous forme de pourcentage du prix total : le patient paie un pourcentage déterminé du prix d'une prestation et l'assurance maladie paie la partie restante. Ainsi, le copaiement pour les médecins généralistes est de 6 €. Par exemple, le montant du copaiement pour les médecins spécialistes est identique et fixe, quelle que soit la spécialité du médecin : 12 € dans la mutualité chrétienne. Le montant du copaiement dépend de la mutualité (Mutualité chrétienne, 2023).

- L'assurance maladie finance les actes médicaux, tels que les soins infirmiers et la physiothérapie, selon plusieurs critères, dont le niveau de dépendance du patient ainsi que ses ressources. Pour les soins infirmiers, le remboursement par les mutualités dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé est le suivant : si le personnel infirmier est conventionné, il applique les tarifs conventionnels pour les soins qu'il dispense et il est directement payé par son patient. Les soins infirmiers sont remboursés sur la base suivante : 94% du tarif, les 6% restants étant à la charge de l'assuré. Si l'infirmier libéral n'est pas conventionné, les soins infirmiers sont remboursés sur la base suivante : 75% du tarif, les 25% restants étant à la charge de l'assuré (Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI), 2023d).
- L'aide familiale du Centre public d'action sociale (CPAS) est offerte par une professionnelle qui se déplace chez l'utilisateur et lui apporte un soutien concret dans les actes de la vie quotidienne. Une contribution financière est demandée à l'utilisateur, suivant des tarifs clairement établis par la grille de calcul de tarif proposé par la Région wallonne. Ainsi, la contribution financière par heure de service qui est demandée à l'utilisateur est entre 0,87 € et 7,81 € et varie selon les revenus de son ménage, le nombre de personnes à charge, certains frais déductibles et le pourcentage d'un handicap éventuel. Il faut ajouter à cela 10% pour les frais de déplacement des aides familiales. Les proches de l'utilisateur ne sont pas sollicités financièrement (ISBW, 2023).
- Les aides-ménagers sociaux sont formés et engagés par le CPAS de la commune ou de la ville de l'utilisateur. Ils sont encadrés par un assistant social et intégrés au sein d'une équipe d'aidants familiaux avec qui ils travaillent en complémentarité. Ils se chargent des tâches ménagères (entretien de la maison, lavage des fenêtres, etc.) si la personne âgée dispose du matériel adéquat. Le prix horaire des prestations est fixé sur la base des revenus de la personne âgée avec un maximum de 8,10 €/h. Par exemple, à Bruxelles, le tarif pour une aide-ménagère est entre 0,82 €/h et 8,68 €/h en fonction des revenus du ménage. Ce service est subventionné par la Commission communautaire française. L'aide-ménagère sociale prend en charge l'entretien courant des pièces d'habitation. Elle favorise aussi le bien-être à domicile et peut également être d'un véritable soutien moral permettant de lutter contre l'isolement social (Fédération Aide et Soins à Domicile, 2023b).
- Les titres-services sont un autre mode de paiement qui permet à la personne, en tant que particulier, de faire effectuer certains types de travaux ménagers à un tarif avantageux, à domicile ou à l'extérieur. Les travaux sont effectués par des travailleurs d'une des entreprises agréées. Si la personne désire utiliser des titres-services, elle doit d'abord s'inscrire. Elle peut ensuite acheter des titres-service. Le système des titres-services dépend des régions (Titres-services Wallonie, 2023). Ce service s'adresse aux personnes âgées, handicapées, malades ou isolées et aux familles en difficulté. Les prestations doivent s'effectuer en présence de l'utilisateur (Le CPAS de Charleroi, 2023).

- De nombreuses personnes qui ont recours aux services de soutien à domicile au privé paient en utilisant des titres-services. Les titres-services ont été introduits en 2003 en tant que système de subventions aux consommateurs pour les services domestiques. Ce système visait à accroître l'emploi de la main-d'œuvre peu qualifiée et à faire passer certaines activités de l'économie souterraine au circuit légal. Il fonctionne en offrant aux particuliers la possibilité d'acheter des bons qui peuvent être utilisés pour payer ceux qui fournissent des services domestiques tels que le nettoyage, le repassage et la garde occasionnelle d'enfants. Du côté des fournisseurs, les agences locales de travail coordonnent les prestataires de services. Un coupon peut être utilisé pour payer une heure de travail à un taux réduit et offre une réduction fiscale supplémentaire.
 - Bien que les titres-services n'aient pas été initialement mis en place pour la fourniture de soins, la réalité est différente : le système est particulièrement populaire dans la fourniture de soins à domicile (Commission européenne, 2016).

Les programmes d'aide à l'utilisateur

- Depuis le 1^{er} octobre 2001, **une assurance dépendance** est obligatoire en Flandre pour les personnes de 26 ans et plus (Protection sociale flamande, 2023). Les habitants de Bruxelles peuvent s'affilier librement à partir de l'année où ils ont 26 ans également. Les habitants de Wallonie peuvent aussi s'affilier librement à l'assurance dépendance flamande dans certains cas. L'assurance dépendance prévoit un dédommagement pour les personnes âgées qui dépend de leur degré d'autonomie (AMMA, 2023). La couverture de l'assurance dépendance est seulement attribuée à des personnes avec peu de ressources. Mais cette couverture d'assurance, même cumulée avec les autres interventions légales, reste nettement insuffisante pour couvrir tous les frais en cas de dépendance. Le montant maximum de l'allocation à partir du 1^{er} septembre 2015 s'élève à 981,68 € (catégorie 1), 3 747,30 € (catégorie 2), 4 556,11 € (catégorie 3), 5 364,69 € (catégorie 4) et 6 589,77 € (catégorie 5) par année (montants maximums). La personne âgée peut aussi bénéficier d'une aide-ménagère sociale d'un Centre public d'action sociale (CPAS). Les aides-ménagères sociales se chargent des tâches ménagères si la personne âgée dispose du matériel adéquat. De plus, en Wallonie, on trouve des titres-services qui permettent de financer des activités de la vie domestique à un tarif avantageux. (Titres-services Wallonie, 2023).
 - L'assurance dépendance offre à l'assuré une aide pour les frais non médicaux liés à une maladie ou à un accident. La plupart du temps, il s'agit d'un montant mensuel qui est versé à l'assuré lorsque ce dernier devient dépendant de tiers parce qu'il n'est plus en mesure de prendre soin de lui-même. Certains contrats proposent des soins en nature en guise de couverture.

- **L'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA)** est une aide destinée aux personnes âgées de 65 ans ou plus qui doivent faire face à des frais supplémentaires en raison d'une diminution de leur autonomie. Ces personnes éprouvent des difficultés à exercer des activités quotidiennes, telles que cuisiner, manger, se laver, faire le ménage, et à participer à des activités sociales. Elles disposent par ailleurs d'un faible revenu. L'APA est disponible en Wallonie, à Bruxelles et en communauté germanophone pour les usagers dont le handicap est reconnu par un médecin de l'administration. Le montant de l'allocation dépend du revenu du ménage et du degré d'autonomie de l'utilisateur (AVIQ, 2023d). Pour bénéficier de l'APA, l'utilisateur doit (1) être âgé de 65 ans ou plus; (2) avoir des revenus (y compris ceux du ou de la partenaire) qui ne dépassent pas certaines limites; (3) présenter une perte d'autonomie dans les actes de la vie journalière reconnus par le médecin de sa mutuelle. En mars 2022, son montant mensuel s'élevait à 93,97 € (catégorie médicale 1), 358,69 € (catégorie médicale 2), 436,11 € (catégorie médicale 3), 513,50 € (catégorie médicale 4) et 630,77 € (catégorie médicale 5) (AVIQ, 2023d).
- L'utilisateur peut utiliser **des titres-services** pour rémunérer ses activités à domicile ou en dehors, qui répondent à ses besoins privés liés à la gestion de son ménage. Les différentes activités possibles sont l'aide-ménagère à domicile, le repassage en dehors du domicile, les courses ménagères et le transport de personnes à mobilité réduite. Les travaux sont effectués par des travailleurs d'une des entreprises agréées. Si la personne désire utiliser des titres-services, elle doit d'abord s'inscrire. Elle peut ensuite acheter des titres-services. Le système des titres-services dépend des régions (Titres-services Wallonie, 2023). Ceux-ci existent sous deux formes : en version papier ou en version électronique. Par exemple, en Région wallonne, l'utilisateur bénéficie d'une réduction d'impôt de 0,9 € par titre-service sur les 150 premiers titres-services achetés par personne par année. En Région bruxelloise, l'utilisateur bénéficie d'une réduction de 1,5 € par titre-service sur les 163 premiers titres-services par an et en Région flamande, l'utilisateur reçoit une réduction d'impôt de 1,8 € par titre-service sur les 174 premiers titres-services achetés par année (Wikifin, 2023).
- La **Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA)** est une allocation pour les personnes de plus de 65 ans qui ne disposent pas de ressources suffisantes. Une personne âgée a droit à une GRAPA si elle remplit les conditions de ressources (1 460,03 € par mois pour les personnes vivant seules et 973,36 € par mois pour les cohabitants), d'âge (65+), de nationalité (la personne est belge) et de résidence (sa résidence principale se trouve en Belgique). Le montant que la personne peut recevoir dépend de ses ressources et de sa situation familiale. Si la personne est considérée comme cohabitante et que ses ressources sont inférieures à 973,36 € par mois, elle recevra alors une GRAPA qui lui permettra d'atteindre les 973,36 € bruts par mois. Si la personne est considérée comme personne vivant seule et que ses ressources sont inférieures à 1 460,03 € par mois, elle recevra alors une GRAPA lui permettant d'atteindre les 1 460,03 € bruts par mois (Service fédéral des Pensions, 2023).

- En région flamande, les résidents de la communauté doivent s'affilier obligatoirement à **la protection sociale flamande** pour les soins de longue durée. Plusieurs conditions s'appliquent pour pouvoir bénéficier d'un budget de soins (Commission européenne, 2023)¹⁰.
 - Le budget de soins pour les personnes fortement dépendantes s'élève à 130 € par mois.
 - Le budget de soins pour les personnes âgées (+ de 65 ans) ayant besoin de soins peut s'élever jusqu'à un maximum 618 € par mois en fonction de leurs revenus et de l'intensité des soins.
 - Le budget de soins pour les personnes handicapées, aussi appelé budget d'assistance de base (BOB), est une allocation flamande octroyée aux personnes qui ont un handicap reconnu et un besoin d'assistance limité. Il s'agit d'un montant fixe de 300 € par mois qui peut être utilisé librement pour les besoins d'assistance, notamment pour les soins à domicile.
- **L'allocation d'intégration (AI)** est une aide sociale fédérale pour les personnes handicapées. Pour y avoir droit, une personne doit avoir un handicap reconnu par un médecin de l'administration. Cette aide est versée selon les besoins, des critères d'âge (pour les personnes entre 21 et 65 ans), et les ressources financières personnelles et du partenaire ne doivent pas excéder certaines limites.
- Les personnes dépendantes souffrant d'incontinence peuvent bénéficier d'une **intervention forfaitaire de l'assurance soins de santé** allant jusqu'à 575 € par an (INAMI, 2023b)¹¹.

10 Pour pouvoir bénéficier d'un budget de soins pour les personnes fortement dépendantes ou d'un budget de soins pour les personnes âgées nécessitant des soins, l'assuré doit avoir résidé 10 ans (dont 5 ans de manière ininterrompue) en région flamande ou en région de Bruxelles-Capitale et être membre d'une caisse d'assurance reconnue. Pour pouvoir bénéficier d'un budget de soins pour les personnes fortement dépendantes, les intégrants au statut obligatoire doivent disposer d'une attestation d'intégration (de 18 à 65 ans). Le bénéficiaire doit également, en fonction de l'intervention, soit avoir une capacité réduite d'autonomie dans un cadre résidentiel, semi-résidentiel ou ambulatoire, soit souffrir d'un handicap reconnu, soit être âgé d'au moins 65 ans et avoir un handicap ou une réduction d'autonomie (à partir de 7 points sur l'échelle d'autonomie). Les examens médicaux concernant le budget de soins pour les personnes âgées nécessitant des soins sont conduits au niveau fédéral ([Belgique – Emploi, affaires sociales et inclusion – Commission européenne \(europa.eu\)](#)).

11 L'usager « a droit au forfait « incontinence pour personnes dépendantes » si, durant au moins 4 mois (calculés dans la période de 12 mois qui précède la décision d'octroyer le forfait), il a obtenu un accord du médecin-conseil pour un traitement de soins infirmiers pouvant donner lieu au paiement des honoraires forfaitaires dits forfaits B ou C, à condition que sa grille de dépendance mentionne un score 3 ou 4 pour le critère « incontinence » et si celui-ci séjourne à la maison » (INAMI, 2023).

Les services et les programmes d'aide aux personnes proches aidantes (PPA)

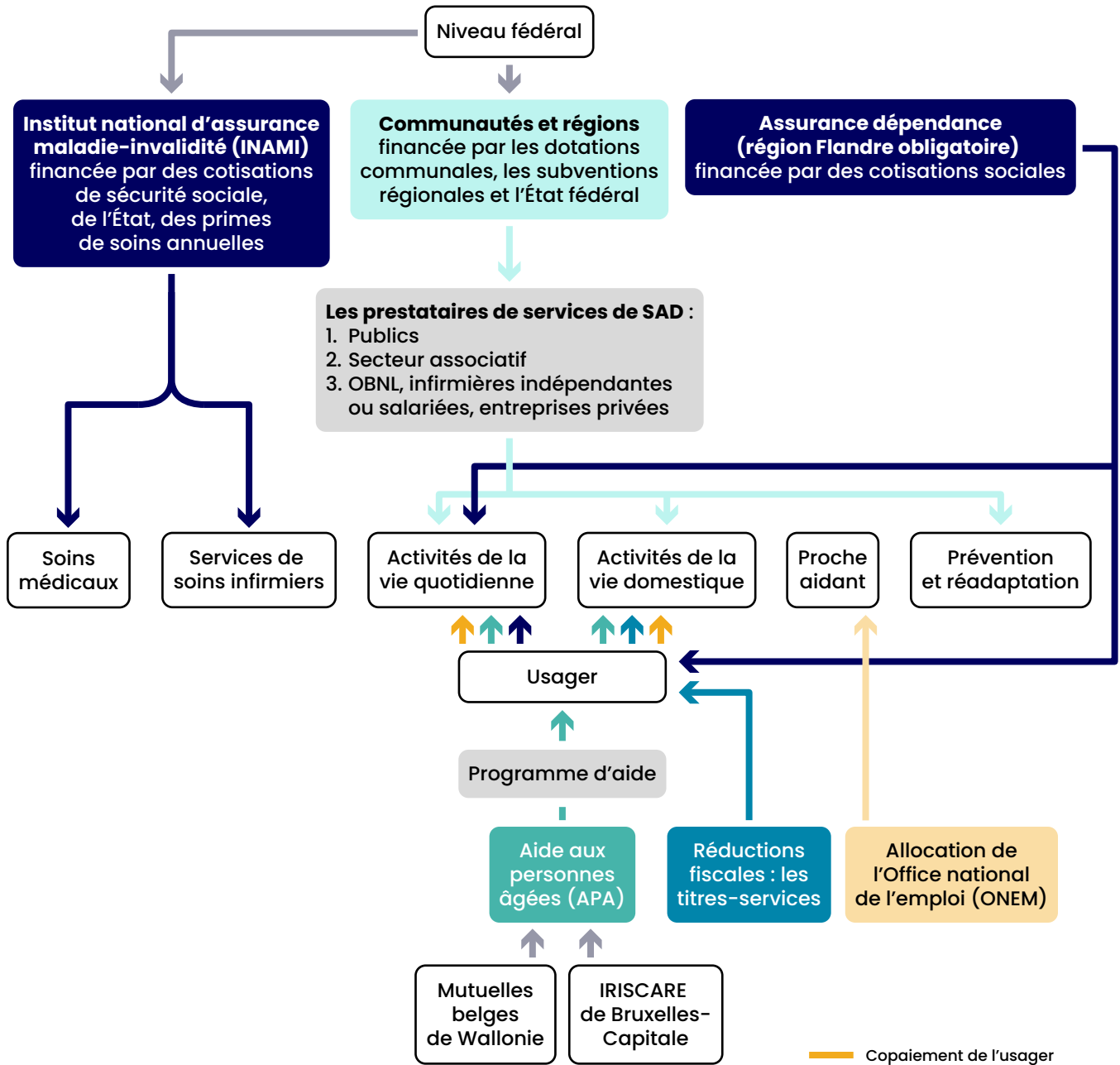
- La personne proche aidante apporte régulièrement un soutien concret à un de ses proches en perte d'autonomie. Ce proche est un membre de sa famille, un ami ou simplement une connaissance qui a besoin de soutien et de soins lourds en raison d'une maladie, de l'âge ou d'un handicap (CAAMI, 2023). La personne proche aidante n'est pas rémunérée pour le soutien à ses proches.
- Une allocation pour proche aidant est accessible pour ceux qui ne sont pas liés à un contrat de travail; ils sont donc des « chômeurs complets ». Les soins prodigués doivent être destinés à un membre de la famille ou du ménage jusqu'au deuxième degré, qui est gravement malade, ou à un enfant handicapé de moins de 21 ans. La PPA recevra 14,14 € par jour pendant les 24 premiers mois de la prestation de soins. À partir du 25^e mois, elle recevra 11,48 € par jour. Ces montants sont applicables depuis le 1^{er} juillet 2023 et sont indexés (Office national de l'emploi, 2023a)
- L'avantage fiscal pour les proches aidants s'adresse aux personnes qui ont un (grand-) parent, un frère ou une sœur résidant avec elles, âgé d'au moins 65 ans et ayant besoin de soins. Il correspond à un supplément de la partie des revenus qui a été exonérée d'impôt de 5 060 € par personne, soit un avantage fiscal supplémentaire d'au moins 1 540 € (hors centimes additionnels communaux). Dans les années à venir, les conditions d'âge requis seront relevées. Elles seront portées à 66 ans à partir de 2025 et à 67 ans à partir de 2030 (L'Écho, 2023).
- Les proches aidants peuvent recevoir une allocation octroyée par l'Office national de l'emploi (ONEM). Toutefois, plusieurs conditions doivent être remplies pour y avoir droit : la personne proche aidante doit s'engager minimalement pour 50 h/mois ou 600 h/année, elle doit résider officiellement en Belgique, l'usager doit avoir besoin de soins intensifs et être suivi par au moins un professionnel de la santé, etc. (CAAMI, 2023).
 - Le congé pour PPA s'applique aux travailleurs du secteur privé, aux membres du personnel contractuel du secteur public, aux membres du personnel statutaire des autorités des régions et des communautés, aux membres du personnel statutaire de l'État et à ceux des entreprises publiques autonomes.
 - Le nombre de mois de congé octroyé dépend des conditions de travail de l'employé¹².
 - Ce congé sera couvert par une allocation octroyée par l'ONEM et il s'ajoute au congé parental, au congé pour soins palliatifs et au congé pour l'assistance médicale (ONEM, 2023b).

12 Pour lire les conditions d'admissibilité au congé du PPA, consultez : [Congé pour aidants proches \(onem.be\)](https://onem.be/fr/conge-pour-aidants-proches)

- L'allocation d'interruption est forfaitaire. Son montant n'est pas calculé en fonction de la rémunération du proche aidant (Office national de l'emploi, 2023b). Même si le travailleur est reconnu comme proche aidant de plusieurs personnes, le droit à l'interruption complète est d'au maximum 6 mois sur l'ensemble de la carrière professionnelle ou d'au maximum 12 mois dans le cadre d'une interruption à mi-temps ou d'une interruption d'une journée par semaine. Les montants des allocations d'interruption dépendent de l'ancienneté des proches aidants. Par exemple, pour un travailleur à temps plein ayant moins de 5 ans d'ancienneté chez l'employeur, le montant brut est de 598,08 €. Pour un travailleur à temps plein ayant 5 ans d'ancienneté ou plus chez l'employeur, le montant brut est de 697,76 € (Office national de l'emploi, 2023a). En outre, il existe le crédit-temps avec motif, qui est une forme de congé allant jusqu'à 51 mois. Plusieurs conditions s'appliquent pour avoir droit à cette prestation (Office national de l'emploi, 2023b).
- Le travailleur a droit à un congé d'aidant, dans le cadre du crédit de congé pour raisons impérieuses, de s'absenter du travail pendant au maximum cinq jours, consécutifs ou non, par année civile, afin de fournir des soins personnels ou une aide personnelle à un membre du ménage ou de la famille qui, pour une raison médicale grave, a besoin de soins ou d'une aide considérable. Ce congé peut être complété jusqu'à 5 jours par une suspension du contrat de travail – congé pour raisons impérieuses (Office national de l'emploi (ONEM), 2023a).
- Des services dans des centres de soins de jour (Région de Bruxelles-Capitale) et des services Court-séjour (Wallonie)¹³ sont disponibles pour les usagers afin d'offrir aux PPA une période de répit ou du temps pour reprendre leurs activités professionnelles ou autres (ONEM, 2023a).

13 Des conditions associées à l'âge et aux besoins s'appliquent pour accéder aux services Court-séjour.

Comment circule l'argent pour les services de SAD en Belgique



La coordination et la communication entre programmes

- En Wallonie et à Bruxelles, les centres de coordination de soins et d'aide à domicile (CASD) jouent un rôle essentiel dans l'organisation et la mise en place de services d'aide à domicile pour les personnes ayant une autonomie réduite. Ils analysent les besoins et la situation des bénéficiaires pour proposer un plan d'intervention adapté. En tant qu'intervenants de deuxième ligne, ils assurent la coordination avec les professionnels de première ligne, tels que les médecins généralistes, et veillent à la bonne organisation des services. Les CASD peuvent également agir en tant que médiateurs en cas de difficultés avec les services ou prestataires, et préparer la transition vers une institution si nécessaire. Leur objectif principal est de préserver la qualité de vie et l'autonomie des bénéficiaires. La gestion administrative, budgétaire, le contrôle et l'évaluation des CASD sont pris en charge par l'AVIQ (AVIQ, 2023; European Commission and Social Protection Committee, 2021).
- Les services offerts par l'assurance maladie et ceux prévus par les communautés se recoupent partiellement. Depuis 2002, des entités de prestation de services ont été créées en Flandre et en Communauté française afin de veiller à ce que toutes les disciplines impliquées dans les soins aux patients d'une zone géographique précise soient fournies de manière coordonnée (European Commission and Social Protection Committee, 2021).

Le contrôle de qualité

- En Wallonie, l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) prend en charge la gestion administrative et l'évaluation des services intégrés de soins à domicile. Les services d'aide à domicile doivent obtenir un agrément auprès de la Région wallonne pour exercer leur activité (AVIQ, 2023b).

Les enjeux, les avantages, la performance axée sur la valeur pour l'utilisateur

- Les copaiements pour les services de soutien à domicile pourraient constituer une charge financière importante pour l'utilisateur et engendrer des enjeux d'accessibilité au soutien à domicile.
- Les SISD assurent une coordination efficace entre les différents prestataires de soins et services impliqués dans le maintien à domicile de l'utilisateur. Ils veillent à ce que les soins médicaux, les services sociaux, les aides à domicile et autres professionnels de la santé travaillent en collaboration pour répondre aux besoins spécifiques de chaque utilisateur.

Les enjeux de financement

- L'augmentation prévue des dépenses de soins de longue durée devrait accroître la pression budgétaire. Des risques pour la viabilité apparaissent à long terme en raison de l'augmentation prévue des dépenses publiques liées à l'âge, notamment en ce qui concerne les soins de longue durée et les pensions.
- L'évolution du remboursement des prestations ne suit pas l'indexation des salaires, ce qui met en péril la viabilité financière des services de soutien à domicile. Cela peut entraîner une concentration du personnel infirmier sur les soins les plus rentables, au détriment des personnes ayant besoin de soins plus coûteux mais moins lucratifs. (Boulet, 2012)
- Les difficultés financières peuvent nuire à l'accessibilité des soins pour tous. Certaines personnes ayant des besoins spécifiques pourraient être exclues du système, car les infirmiers se concentrent sur les soins les mieux rémunérés. (Boulet, 2012)
- Le secteur des soins à domicile fait face à une pénurie de personnel infirmier, en partie due à des problèmes tels que des charges de travail élevées, des horaires peu attrayants et une valorisation insuffisante de la profession. (Boulet, 2012)
- La proportion croissante des personnes âgées, causant une hausse dans la demande de services de SAD, et le manque de politiques de soutien financier qui leur sont destinées peuvent constituer un enjeu majeur pour la viabilité du système.

Les réformes récentes des mécanismes de financement

- En Belgique, un nouveau statut pour les aidants informels a été approuvé par le parlement fédéral en 2019. Il accorde un congé prolongé aux travailleurs pour fournir des soins informels dans des conditions précises (notamment fournir au moins 50 heures par mois ou 600 heures par an)(Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI), s.d.; Office national de l'emploi (ONEM), 2023a).
- Depuis le 1^{er} janvier 2019, à la suite de la sixième réforme de l'État, les compétences liées aux services intégrés de soins à domicile (SISD) et l'APA relèvent entièrement des entités fédérées (communautés, régions ou commissions communautaires) (INAMI, 2023a; Belgium.be, 2023).

- Dans le cadre de la feuille de route pour la santé en ligne 2016-2018, une initiative a été lancée pour mettre en œuvre l'instrument BelRAI. L'objectif de cet outil est de favoriser la collaboration entre les prestataires de soins à domicile, les maisons de repos et les différentes organisations concernées. L'ambition est d'étendre son utilisation à tous les secteurs de la protection sociale en Flandre, afin d'évaluer l'état des personnes à domicile. De plus, en Wallonie, il est prévu que les coordinateurs des centres de coordination utilisent également cet outil pour évaluer l'état des personnes vivant à domicile (European Commission and Social Protection Committee, 2021).
- La réforme « Soins intégrés pour une meilleure santé » a été mise en place pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Depuis 2018, douze projets ont été lancés dans le cadre d'une structure de gouvernance locale afin de tester différentes actions visant à améliorer l'intégration des soins. Parmi ces projets, la gestion de cas à domicile suscite un intérêt particulier pour améliorer l'accessibilité aux soins des personnes en perte d'autonomie. Cette approche a déjà fait l'objet d'une évaluation dans le cadre d'un programme précédent (European Commission and Social Protection Committee, 2021).

RÉFÉRENCES

- Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ). (2023a). *Aide aux familles et aux aînés (SAFA)*. <https://www.aviq.be/fr/vie-quotidienne/aides-la-vie-quotidienne/aide-aux-familles-et-aux-aines-safa>
- Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ). (2023b). *Coordination soins et aide à domicile*. <https://www.aviq.be/fr/soins-de-sante/soins-et-aides-domicile>
- Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ). (2023c). *Soins psychiatriques à domicile*. <https://www.aviq.be/fr/soins-de-sante/soins-et-aides-domicile/soins-psychiatriques-domicile>
- Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ). (2023d). *APA – Aide aux Personnes Âgées*. <https://www.aviq.be/fr/apa>
- AMMA. (2023). *Assurance dépendance SeniorPlan*.
- Banque de données sur les services. (2023). *Allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA)*. http://www.accesservice.be/actualite.php?id_actualite=178
- Belgium.be. (2023). *La sixième réforme de l'État*. https://www.belgium.be/fr/la_belgique/connaitre_le_pays/histoire/la_belgique_a_partir_de_1830/constitution_de_l_etat_federal/sixieme_reforme_etat
- Boulet, J.-F. (2012). *Les services de soins et d'aide à domicile face au défi démographique*. Centre Permanent pour la Citoyenneté et la Participation, collection « Au Quotidien ».
- CAAMI. (2023). *Statut Aidant proche*. <https://www.caami-hziv.fgov.be/fr/statut-aidant-proche>
- Centrale de Soins et de Services à Domicile (CSD) de Bruxelles. (2022). *Rapport annuel 2022*. https://cdn.qr-code-generator.com/account21261994/38278688_1.pdf?Expires=1691847977&Signature=Skv6EivFLN9lgZklYdMRqqc9-96tSBDH6aESLxDdlvpEDpANo6YxYgK6IQebS SN~1O7CZ53foPXB6Gn6XFxzPNBEzpq2wgpFBn3pEHXuc50CH31TcsSEv0mPYnGkFA2z1wjph o7EKET0qcIFLewUm4p5ulkfgcNUTtlwymCNYBLr81lGhI4yvLxbY71~bf4np8lltmuxqQXSVMZ8t WhVa9MT1spA5tEIRm67WjreZXTdjozkkk~0csPyDog-IMyOlwl2bb5QsCAAdRXZJ8Xosd8358I wn0fDmgdvz15Bs2p8IMftbQW7ARZyE3XsGT4WaDsvCfYDW-BujmFR5UH7qw__&Key-Pair-Id=KKMPOJU8AYATR
- CLEISS. (2023). *Le système de santé belge*. <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/belgique.html>
- Commission communautaire commune. (2023a). *Services de soins à domicile*. <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/politique-de-la-sante/services-de-soins-a-domicile>

- Commission communautaire commune. (2023b). *La Cocom*. <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/qui-sommes-nous/la-cocom>
- Commission européenne. (2023). *Belgique – soins de longue durée*. <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/belgique.html>
- Devos C. et al. (2019). *Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse*. https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_313B_Rapport_Performance_2019_Rapport%20FR.pdf
- European Commission and Social Protection Committee. (2021). *Long-Term Care Report. Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society*.
- Fédération Aide et Soins à Domicile. (2023a). *Services* <https://federation.aideetsoinsadomicile.be/fr/services>
- Fédération Aide et Soins à Domicile. (2023b). *Aide ménagère sociale*. <https://bruxelles.aideetsoinsadomicile.be/fr/services/aide-menagere-sociale-asd-bxl#:~:text=Tarifs,heure%20en%20fonction%20des%20revenus>
- Fédération des Infirmières Indépendantes de Belgique. (2023). *La FNIB, la fédération nationale des infirmières de Belgique*. <https://fnib.be/presentation/federation-nationale/>
- Fédération wallonne de services d'aide à domicile. (2023). *LA FEDOM*. <https://www.fedom.be/la-fedom/>
- Informations et services officiels – belgium.be. (2023a). *Assurance obligatoire soins de santé et indemnités*. https://www.belgium.be/fr/sante/cout_des_soins/assurance_obligatoire
- Informations et services officiels – belgium.be. (2023b). *Aide et soins à domicile*. https://www.belgium.be/fr/famille/aide_sociale/seniors/aide_et_soins_a_domicile
- Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). (2023a). *Nomenclature – Textes*. https://www.inami.fgov.be/fr/nomenclature/nomenclature/Pages/default.aspx#Chapitre_III_-_Soins_Courants
- Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). (2023b). *Intervention forfaitaire pour les personnes dépendantes incontinentes*. <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/maladies/chroniques/Pages/forfait-incontinence-personne-dependante.aspx>
- Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). (2023c). *Services intégrés de soins à domicile (SISD)*. <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/services-soins-domicile/Pages/default.aspx>
- Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). (2023d). *Tarifs Soins infirmiers : 01-01-2023*. https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/tarif_infirmiers_20230101.pdf

- IRISCARE. (2023a). *Qui est IRISCARE?* <https://www.iriscare.brussels/fr/iriscare-fr/qui-sommes-nous/qui-est-iriscare/>
- IRISCARE. (2023b). *Subventions.* <https://www.iriscare.brussels/fr/professionnels/infos-pour-utilisateur-professionnel/subventions/>
- ISBW. (2023). *Une aide-familiale ou un brico-dépanneur?* <https://isbw.be/jai-besoin-daide-a-domicile/#:~:text=Le%20tarif%20horaire%20varie%20selon,pourcentage%20d'un%20handicap%20%C3%A9ventuel>
- L'agence pour le non-marchand. (2023a). *Devenir infirmier indépendant en Belgique : les étapes clés.* <https://pro.guidesocial.be/articles/fiche-metier/article/devenir-infirmier-independant-en-belgique-les-etapes-cles>
- L'agence pour le non-marchand. (2023b). *Quel est le salaire d'un infirmier en Belgique?* <https://pro.guidesocial.be/articles/fiche-metier/article/quel-est-le-salaire-d-un-infirmier-en-belgique>
- Le CPAS de Charleroi. (2023). *Aide-ménagère sociale.* <http://www.cpascharleroi.be/fr/aide-et-soins-domicile/aide-menagere-sociale>
- L'Écho. (2023). *Quel avantage fiscal les personnes à charge procurent-elles?* <https://www.lecho.be/monargent/impots/declaration-fiscale/quel-avantage-fiscal-les-personnes-a-charge-procurent-elles/10306672.html>
- mc.be. (2023). *Tickets modérateurs.* <https://www.mc.be/fr/professionnels/tiers-payant-medecins>
- Mutualité chrétienne. (2023). *Tickets modérateurs.* <https://www.mc.be/b2b/prestataires/medecins/tiers-payant/tarifs>
- Office national de l'emploi (ONEM). (2023a). *Congé pour aidants proches.* <https://www.onem.be/citoyens/interruption-de-carriere-credit-temps-et-conges-thematiques/conges-thematiques-tous-secteurs/conge-pour-aidants-proches>
- Office national de l'emploi (ONEM). (2023b). *Break@work – Dossier interruption de carrière et crédit temps (citoyens).* <https://www.onem.be/breakatwork>
- Office national de l'emploi (ONEM). (2023). *Congé pour aidant proche.* <https://www.onem.be/citoyens/interruption-de-carriere-credit-temps-et-conges-thematiques/faq-interruption-de-carriere-credit-temps-et-conges-thematiques/conge-pour-aidants-proches>
- Protection sociale flamande. (2023). *À propos de la protection sociale flamande.* <https://www.vlaanderen.be/vlaamse-sociale-bescherming>
- Sermeus, W., Pirson, M., Paquay, L., Pacolet, J., Falez, F., Stordeur, S. et Leys, M. (2010). *Le financement des soins infirmiers à domicile en Belgique.*

Service fédéral des Pensions. (2023). *La garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA)*.
<https://www.sfpd.fgov.be/fr/droit-a-la-pension/grapa>

SPAS de Lasne. (2023). *Le financement du CPAS*. <https://www.lasne.be/cpas/cpas/transparence/budget>

Titres-services Wallonie. (2023). *Le titre-service en bref*. <https://titres-services.wallonie.be/citoyen/information/tout-savoir>

Union des Villes et Communes de Wallonie – Fédération des CPAS. (2023). *Fédération des CPAS*.
<https://www.uvcw.be/cpas>

Wikifin. (2023). *Les titres-service et chèques ALE*. <https://www.wikifin.be/fr/impots-emploi-et-revenus/declaration-dimpots/reductions-fiscales/les-titres-services-et-cheques-ale>

Wikiwiph. *Garantie de revenu aux personnes âgées*. <https://aviq.be/wikiwiph/Info/Index/2/1027>

3. DANEMARK

Description et historique

- Le système de santé danois est universel et basé sur le principe d'accès gratuit et égal aux soins de santé pour tous les citoyens.
- Le système de santé est organisé selon trois niveaux politiques et administratifs, à savoir l'État, les régions et les municipalités. L'État détient les fonctions générales de réglementation et de supervision dans le domaine de la santé et des soins aux personnes âgées. Le ministère de la Santé est responsable de l'établissement du cadre général pour la fourniture de soins de santé et de soins aux personnes âgées. Les 5 régions sont régies par des conseils régionaux de 41 membres chacun et sont principalement responsables des hôpitaux, des médecins généralistes (MG) et des soins psychiatriques. Au niveau local, les 98 municipalités sont responsables d'un certain nombre de services de soins de santé primaires ainsi que de soins aux personnes âgées (Minister for the Interior and Health of Denmark, 2023).
- Ce sont donc les municipalités qui sont entièrement responsables de la gouvernance publique, de la prestation, de la livraison et du financement des soins et des services sociaux aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux personnes atteintes de maladies chroniques, y compris de troubles mentaux.
- De manière générale, la politique danoise pour les personnes âgées vise à promouvoir et à étendre l'indépendance de ces personnes en assurant leur autosuffisance et leur bien-être continu. Les autorités locales mettent en place des programmes de prévention et de réadaptation, et fournissent des services de soins gratuits à domicile pour tous les citoyens qui en ont besoin.
- La détermination des objectifs à long terme des politiques de soins pour les personnes âgées est basée sur les déclarations des souhaits et des besoins de ces dernières. Les *conseils des citoyens âgés* sont établis pour promouvoir l'influence des usagers. À partir de l'âge de 60 ans, tous les citoyens peuvent voter et se présenter aux élections des conseils et, ensuite, les municipalités doivent les consulter sur toute question relative à la population âgée (Ministry of Health, 2017).

Les données contextuelles, 2022

Proportion de la population âgée de 65 ans et plus (1)	20%
Proportion de la population âgée de 80 ans et plus (2)	5%
Espérance de vie à 65 ans (3)	19,5 ans
Espérance de vie à la naissance (4)	81,3 ans
Dépenses de santé par habitant (5)	5 070,4\$ US PPA
Dépenses de santé en pourcentage du PIB (6)	9,5%
Dépenses de soins de longue durée en pourcentage du PIB (7)	1,9%
Part des dépenses de services de SAD dans les dépenses de soins de longue durée (8)	45%
PIB par habitant (9)	77 223\$ PPA
Ratio de dépendance (10)	3,1

Sources : Données (1,2,10) : United Nations Population Division. World Population Prospects : 2022 Revision, www.worldbank.org. Données (3,4) : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2023). Données de l'OCDE. Site Web. <https://www.oecd.org/fr/data.html>. Données (5,6,7,8,9) : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2023). Data Explorer : Dépenses de santé et financement. www.data-explorer.oecd.org.

Les données sur les services de soutien à domicile

- En 2015, 11,7% des personnes âgées de 65 ans et plus ont bénéficié de soins à domicile (Ministry of health, 2017).

Les sources de financement

- Les services de soins de santé sont en majorité financés par les impôts généraux et les taxes et sont soutenus par des systèmes de subventions gouvernementales centrales, de remboursements et de mécanismes d'égalisation. Les usagers sont couverts par l'assurance maladie, qui leur permet de recevoir plusieurs services gratuits de la part des médecins. Toute personne titulaire de la carte d'assurance maladie peut choisir entre deux catégories de couverture (Sundhed.dk, 2023).
- Le financement du système de santé est basé sur des accords financiers annuels entre l'État, les régions et les municipalités. C'est l'État et les municipalités qui s'occupent de la gestion du financement du système de santé.

- Les municipalités reçoivent une subvention globale de l'État et perçoivent des taxes communales pour la prise en charge des soins pour les personnes âgées.
- En plus du financement général, les soins de santé aux personnes âgées sont financés par un régime de financement spécial, Satspuljeaftalen, ayant des objectifs spécifiques, par exemple les visites à domicile de suivi pour les personnes âgées vulnérables (Ministry of Health, 2017).
- L'aide à domicile permanente est gratuite, mais l'aide temporaire doit être financée par les usagers¹⁴. Les soins de longue durée faisant partie de l'aide sociale sont financés par les impôts locaux et les subventions en bloc de l'État.

Les prestataires de services de soutien à domicile

LES PRESTATAIRES PUBLICS

- **Les municipalités** offrent plusieurs services de soutien à domicile, y compris des services de soins infirmiers, de l'aide pratique, des soins personnels, des services alimentaires et des programmes de réadaptation et de rétablissement.
 - Les municipalités permettent à l'utilisateur de choisir ses prestataires de services de SAD au public ou au privé pour l'aide pratique et les soins personnels, qui peuvent être également combinés. Les municipalités sont dans l'obligation d'offrir au moins un choix de prestataire au public à l'utilisateur (CLEISS, 2023).
 - Les services municipaux sont financés par l'impôt et gérés principalement par des professionnels salariés employés par les autorités sanitaires municipales.
- Cependant, les municipalités concluent aussi des marchés avec des **organismes privés sans but lucratif** dans le but d'offrir des services plus onéreux comprenant des soins de longue durée dans les maisons de retraite, des soins dans des centres d'accueil de jour, des services sociaux pour les malades chroniques et les personnes âgées à domicile.
- Certains services supplémentaires, tels que la restauration et le ménage, ont été confiés à des **entreprises commerciales privées**. Le développement du secteur privé est encouragé par l'État pour augmenter la qualité des services grâce à la compétition entre prestataires (CLEISS, 2023).

14 Seulement les personnes à faible revenus sont exemptées.

LES PRESTATAIRES PRIVÉS

- Le secteur privé offre des services de SAD pour les activités de la vie quotidienne et pour les activités de la vie à domicile par l'entremise **d'agences privées à but non lucratif ou à profit**. En comparaison avec les autres pays nordiques, le Danemark a la plus forte proportion d'entrepreneurs privés dans les soins à domicile (Agence suédoise pour les soins et l'analyse des soins, 2021).
- Si la commune propose une **attestation de libre choix**, l'utilisateur peut trouver lui-même un prestataire privé et conclure un accord pour obtenir l'aide pour laquelle le prestataire privé a été sollicité.
 - L'utilisateur doit choisir une entreprise privée assujettie à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et inscrite au registre central des entreprises. La commune doit fournir des indications sur le régime, notamment en indiquant au bénéficiaire qu'il doit lui-même informer l'entreprise du montant de l'aide que la commune a déterminé et du prix auquel l'aide est fixée selon le certificat de libre choix. La municipalité règle la facture avec le fournisseur.
 - Les usagers ayant reçu une attestation de libre choix de leur commune peuvent choisir leur prestataire de services de SAD. Les usagers ont le droit de changer de fournisseur et, en principe, il n'y a pas de restriction quant à la fréquence des changements de prestataires de services de SAD. Cependant, la municipalité peut fixer une date limite pour le changement. Dans des cas particuliers, la commune peut décider de ne pas proposer un certificat de libre choix s'il est estimé que l'utilisateur n'est pas en mesure de le gérer, par exemple à la suite d'une démence ou d'une autre déficience. La municipalité doit alors proposer des soins à domicile municipaux à la place et donner une décision écrite motivée à cet effet (Ældre Sagen, 2023).
- Les municipalités concluent aussi des marchés avec des fondations, des associations et des organismes privés sans but lucratif. Pour cela est signé un accord d'exploitation entre la municipalité et l'organisme privé sans but lucratif (Horten, 2018).

Libre choix de prestataires

- À titre d'exemple, au Danemark, la commune doit veiller à ce que le bénéficiaire d'aide domestique puisse choisir entre deux ou plusieurs fournisseurs, dont l'un peut être la municipalité, ainsi que la possibilité de recevoir un certificat de libre choix si la commune choisit de le proposer. L'utilisateur a le droit de changer de fournisseur et il ne doit y avoir aucune restriction quant à la fréquence à laquelle il peut le changer. Si la commune lui propose un certificat de libre choix, l'utilisateur peut trouver lui-même un fournisseur privé et conclure avec lui un accord pour obtenir l'aide qu'il a recherchée. Le fournisseur choisi doit être une entreprise privée assujettie à la TVA et inscrite au registre central des entreprises (Ældre Sagen, 2023).

Le panier de services à domicile

- **Le traitement hospitalier à domicile pour les patients âgés** implique une prise en charge hospitalière à domicile assurée par les services d'urgence et l'équipe municipale d'urgence et de soins infirmiers à domicile. Le patient doit avoir 65 ans et plus, habiter dans une municipalité admissible, avoir été vu par un médecin durant l'épisode de la maladie et être capable de comprendre et de parler couramment le danois (Borger.dk, 2023a).
- **Les services de soins infirmiers à domicile** sont fournis par les municipalités gratuitement avec une prescription médicale ou sur la base d'une évaluation des besoins individuels. Les soins sont destinés aux personnes malades pour une période temporaire, récurrente, ou en fin de vie (Borger.dk, 2023b).
- **Les services d'aide et d'accompagnement à domicile** incluent les éléments suivants :
 - *Les soins et services à domicile pour les personnes en perte d'autonomie* publics ou privés sont fournis par les municipalités gratuitement, ce qui inclut l'aide domestique (ménage à domicile, lessive, courses, etc.) et les soins personnels (prendre un bain, se raser, s'habiller, manger, etc.). Les usagers peuvent choisir parmi les prestataires agréés au public ou au privé (Borger.dk, 2023a).
 - *Les services alimentaires* sont offerts aux personnes âgées qui n'ont plus la capacité de cuisiner. Elles paient un maximum de copaiement fixé au niveau national de 59 DKK pour un plat principal. Le coût ne peut pas dépasser le coût moyen de production (Borger.dk, 2023c).
 - *Les programmes de réadaptation et de rétablissement* sont également proposés par les municipalités. Les usagers reçoivent des plans de réadaptation à domicile pour les aider à rester autonomes. Les soins infirmiers à domicile, l'aide de professionnels et les appareils nécessaires sont gratuits pour l'utilisateur (Borger.dk, 2023d).
 - *Les offres de formation* de la part des municipalités sont disponibles pour la personne âgée ayant un besoin particulier pour maintenir ses compétences physiques ou mentales. Une formation est offerte après une évaluation précise et individuelle et doit contribuer à remédier aux conséquences importantes d'un fonctionnement physique ou mental réduit (Borger.dk, 2023d).
 - *L'aide socio-éducative* est un soutien pour des tâches que la personne âgée ne peut pas effectuer elle-même en raison d'une diminution importante du fonctionnement physique ou mental ou de problèmes sociaux particuliers. L'assistance socio-pédagogique consiste en un large éventail de mesures de soutien. Cela peut inclure des formations sur les compétences quotidiennes telles que la formation à l'habillement ou à l'alimentation, des soins et de l'aide pour des questions personnelles telles que la résolution de conflits, de l'aide à entretenir les réseaux sociaux, du soutien au développement de ses propres ressources, y compris des occasions de communiquer et de se joindre aux autres, des orientations, des conseils et de l'aide à l'auto-assistance, etc. (Borger.dk, 2023d).

- **Le Danemark a mis en place des services complémentaires** aux services d'aide à domicile pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, tels que les visites préventives à domicile et la rééducation.
 - Le Danemark propose des exemples concrets de services complémentaires au SAD. Tout d'abord, les visites préventives sont mises en place pour les personnes âgées de 75 ans et plus. Elles ont droit à deux visites préventives annuelles effectuées par un gestionnaire de cas qui évalue leurs besoins et les aide à planifier une vie indépendante. De plus, les personnes vulnérables âgées entre 65 et 81 ans bénéficient d'une visite annuelle de la part des municipalités, tandis que les personnes âgées vivant seules reçoivent des visites fixes à des âges spécifiques (70, 75 et 80 ans). À partir de 81 ans, les visites deviennent une obligation annuelle (Borger.dk, 2023e; European Commission and Social Protection Committee, 2021).
 - Les communes danoises offrent aussi des services de rééducation pour les personnes âgées qui ont été affaiblies après une longue maladie. Cette offre de rééducation est évaluée individuellement en fonction des besoins concrets de la personne. Elle est coordonnée avec les autres offres d'aide personnelle et pratique à domicile de la commune dans le but de rétablir ou d'approcher le niveau fonctionnel antérieur à la maladie (Borger.dk, 2023d).

Les critères d'admissibilité

- Toute personne résidant légalement au Danemark, indépendamment de l'âge, du revenu ou de la richesse, a droit à une assistance en vertu de la loi de consolidation sur les services sociaux, sur prescription médicale. Une aide personnelle et pratique sera fournie à la suite d'une évaluation individuelle, même si le temps requis pour l'aide est inférieur à deux heures par semaine (Schulz, 2010).

L'évaluation des besoins et la détermination des services de soutien à domicile

- L'évaluation des besoins et la détermination des services à domicile sont gérées par les conseils locaux, qui sont responsables de l'évaluation individuelle des capacités fonctionnelles, des besoins, du bien-être, des conditions de vie à domicile et de l'autodétermination de l'utilisateur (European Commission and Social Protection Committee, 2021). Les fonctionnalités de l'évaluation peuvent varier d'une municipalité à l'autre. Pour ce qui est des usagers ayant des besoins de soins formels, ils sont évalués par un responsable de soins à domicile qualifié, et le plan de soins résultant devient une spécification contractuelle pour les services nécessaires (European Commission and Social Protection Committee, 2021).

- Dans le cadre de l'évaluation des besoins, le Danemark possède également une stratégie préventive. Selon l'âge et la situation de vie, les personnes en perte d'autonomie se voient proposer une visite préventive qui évalue leurs ressources et leurs défis fonctionnels, psychologiques, médicaux et sociaux. En outre, lorsqu'une personne demande des soins à domicile, la municipalité propose d'abord un programme de réadaptation avant d'évaluer le besoin de soins à domicile. Les objectifs de ce programme sont définis conjointement par la municipalité et la personne âgée. Le programme de réadaptation doit être global et interdisciplinaire, signifiant que l'ensemble des dimensions pouvant affecter l'usager doit être pris en compte (dimensions physique, mentale, émotionnelle, sociale, familiale, etc.) (European Commission and Social Protection Committee, 2021). La décision initiale quant au niveau de soins à domicile est prise par un agent municipal après une visite à domicile, et elle est ensuite influencée par les résultats du programme de réadaptation. Les municipalités différencient souvent cinq niveaux de fonctionnalité, ce qui détermine les droits à des quantités et types de soins à domicile variables. Par exemple, les personnes qui ne peuvent pas cuisiner se voient proposer des repas moyennant une participation financière maximale de 7,5 € par repas pour les personnes en dehors des structures d'accueil (European Commission and Social Protection Committee, 2021).

Comment fonctionne le paiement des services à domicile

- Les personnes inscrites au registre national au Danemark sont couvertes par l'assurance maladie leur offrant une couverture universelle de soins de santé, incluant les services de soutien à domicile.
- Ainsi, pour tous les assurés ayant une prescription médicale, les soins médicaux, les soins infirmiers à domicile et les services d'aide et d'accompagnement à domicile (AVQ et AVD) peuvent être entièrement couverts par le service de santé public. Toutefois, les consultations de certains praticiens sont en partie subventionnées (physiothérapeute, psychologue, podologue, etc.).
- Les fournisseurs privés à but lucratif et à but non lucratif de services d'activités de la vie quotidienne et domestique sont financés par l'impôt et gérés principalement par des salariés employés des autorités municipales (CLEISS, 2023). En outre, les municipalités concluent des marchés avec des fondations, des associations et des organismes privés sans but lucratif (Horten, 2018).
- C'est la municipalité qui paie les fournisseurs privés pour les services fournis. La rémunération des prestataires privés s'effectue sur la base du tarif librement choisi par la commune, ainsi que du tarif des prestations de soins déléguées.

- Au Danemark (Municipalité d'Aarhus), dans la Ville de Beder Malling, le prix des soins personnels à domicile en semaine varie de 316 DKK/h à 644 DKK/h¹⁵. À d'autres moments – c'est-à-dire à tout moment sauf en semaine de 7 h à 17 h – le prix des soins à domicile varie entre 459 DKK/h et 855 DKK/h (Servicehelper.dk, 2023). Au Danemark, une entreprise d'entretien ménager qui paie la taxe et la TVA a un salaire horaire moyen entre 150 DKK/h et 450 DKK/h. Le salaire horaire moyen d'une aide-ménagère au Danemark se situe entre 119 DKK/h et 153 DKK/h.
- Une subvention pour les médicaments est également disponible pour les personnes mourantes. Il est possible d'obtenir de l'aide de la municipalité lorsqu'un proche aidant s'occupe d'une personne mourante. Par exemple, la personne mourante a la possibilité de recevoir une aide à domicile, des soins infirmiers à domicile, des aides et des soins de relève pour la PPA. La municipalité peut accorder des subventions pour des articles de soins infirmiers et similaires (par exemple, alimentation par sonde et préparation nutritionnelle en rapport avec les soins). La personne mourante peut également bénéficier d'une prise en charge complète des médicaments par l'intermédiaire de son médecin (Borger.dk, 2023f).

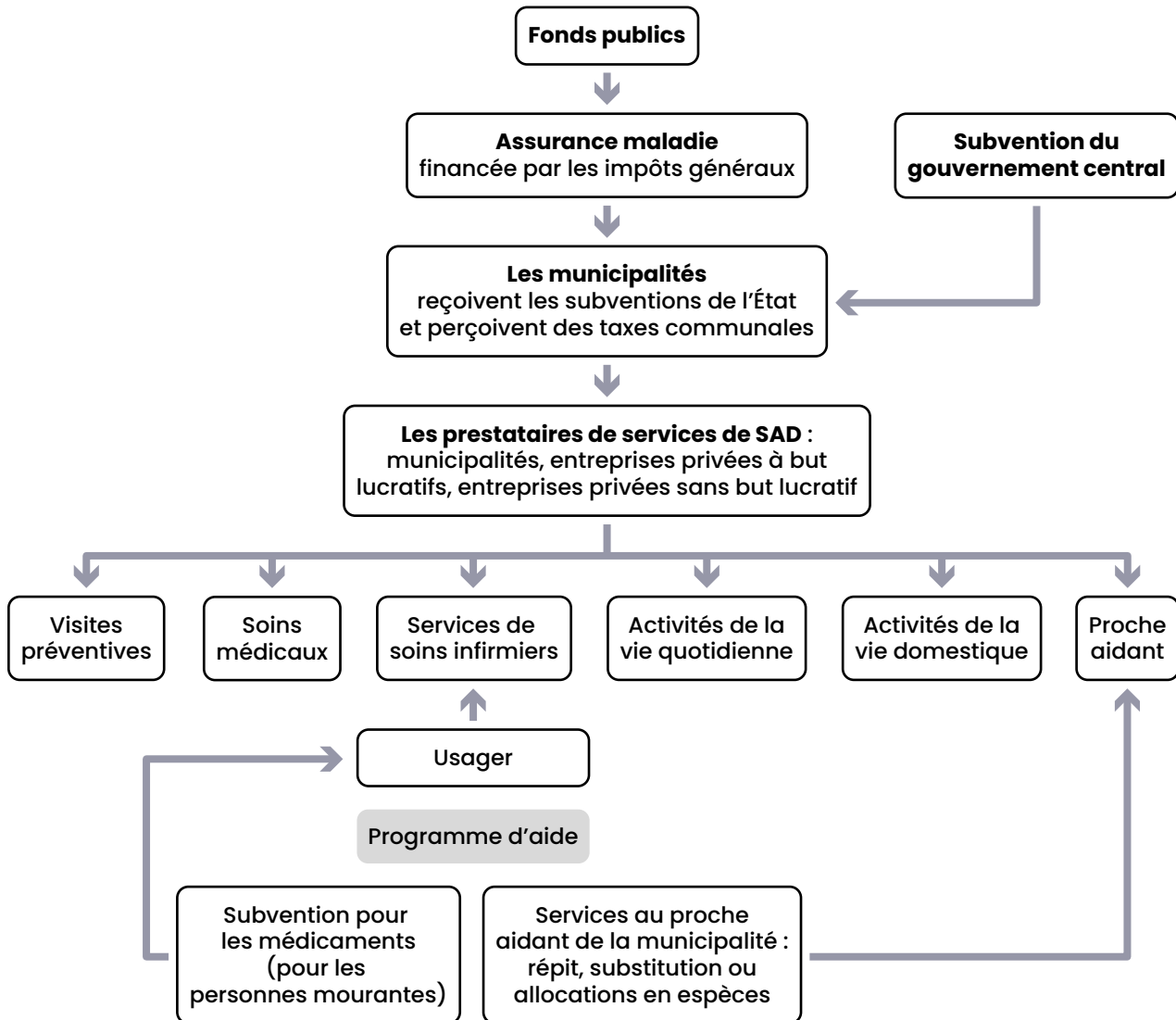
Les services et les programmes d'aide aux personnes proches aidantes (ppa)

- **Allocation pour les soins à une personne mourante :** En tant que proche aidante, une personne peut demander une allocation de soins pour s'occuper d'un proche ou d'un ami qui souhaite mourir à domicile. Le proche aidant a droit à un congé lorsqu'il perçoit l'allocation de soins. Les conditions pour bénéficier de l'allocation de soins sont les suivantes : (1) un médecin a évalué que la personne mourante est à une proximité imminente de la mort et que la poursuite du traitement n'a qu'un but palliatif, (2) la personne mourante a besoin de soins, (3) la personne mourante et la PPA sont d'accord sur l'arrangement de soins, (4) les soins doivent pouvoir être prodigués au domicile du proche aidant ou à celui de la personne mourante. L'allocation de soins ne peut pas dépasser les revenus actuels du proche aidant. Le montant correspond à 1,5 fois le montant de l'indemnité de maladie à laquelle le proche aidant aurait droit en cas de maladie. Le proche aidant recevra un montant de base s'il n'a pas droit à l'indemnité de maladie (Borger.dk, 2023f).

¹⁵ 1 couronne danoise équivaut à 0,20 CAD (en date du 12 mai 2023).

- Allocation d'aidant pour s'occuper d'un proche atteint d'une maladie grave ou d'un handicap** : Si le proche aidant a un proche gravement malade ou atteint d'un handicap important et permanent, il peut être employé par la commune jusqu'à six mois pour s'occuper de la personne malade. Les conditions sont les suivantes : (1) la maladie ou l'invalidité est chronique ou de longue durée, (2) la solution de rechange aux soins à domicile est un séjour à temps plein à l'extérieur du domicile, (3) le besoin de soins correspond à un emploi à temps plein, (4) la personne malade ou handicapée a son propre logement et ne vit pas, par exemple, dans un logement ou dans une maison de retraite, (5) les deux parties – la personne malade et le proche aidant – s'accordent sur la relation de soins, (6) la municipalité évalue que le proche aidant est capable d'accomplir la tâche, (7) le proche aidant fait partie de la population active (Borger.dk, 2023f).
- Congé d'aidant** : Les proches aidants salariés ont droit à un congé d'aidant de cinq jours ouvrables par année civile pour s'occuper d'un proche (Borger.dk, 2023g). De plus, le proche aidant peut demander une allocation de soins pour s'occuper d'un parent proche ou d'un ami qui souhaite mourir à la maison. Il a droit à un arrêt de travail lorsqu'il perçoit une allocation de soins. L'allocation de soins ne peut pas dépasser son revenu actuel. Le montant de l'allocation correspond à 1,5 fois le montant de l'indemnité de maladie à laquelle le proche aidant aurait droit en cas de maladie (Borger.dk, 2023h).
- Soulagement de la prise en charge de parents malades** : Si un aidant informel, en tant que conjoint ou autre parent proche, s'occupe d'un membre de la famille qui a besoin de soins, il peut demander à la municipalité une aide ou un remplacement. Le besoin de soins peut être dû à une déficience tant physique que psychologique. Ce type d'aide peut être déterminant pour le maintien à domicile de la personne ayant besoin de soins. C'est la commune qui, après une évaluation précise et individuelle du besoin, décide du soulagement ou du remplacement. En cas de remplacement, il peut s'agir d'une aide à domicile, le proche aidant étant alors remplacé par quelqu'un d'autre (Borger.dk, 2023h).
- De même, au Danemark, sous certaines conditions, les proches aidants peuvent être employés par la municipalité pendant une période allant jusqu'à six mois et recevoir un salaire pouvant aller jusqu'à 25 138 DKK par mois (Borger.dk, 2023f).

Comment circule l'argent pour les services de SAD au Danemark



La coordination et la communication entre programmes

- Le secteur de la santé est entièrement intégré aux technologies de l'information et de la communication (TIC) et aux flux de travail numériques. La prévalence des normes informatiques communes facilite la communication électronique entre les prestataires de soins de santé, les services de soutien à domicile, les hôpitaux, les médecins, etc. (Tikkanen et al., 2020).

- Lors des évaluations des besoins par des responsables de soins à domicile qualifiés ou encore pendant les visites préventives, les gestionnaires de cas sont responsables d'aider les personnes âgées à planifier leur vie indépendante et d'organiser les services de soutien à domicile nécessaires à la personne.

Les agences de contrôle

- **Le Consolidation Act on Social Services (CASS)** établit la réglementation relative aux soins de longue durée (Schulz, 2010).
- **L'Autorité danoise de sécurité des patients** est le point d'entrée pour les plaintes des patients. Celle-ci garantit que les connaissances acquises à partir de ces plaintes sont utilisées de manière préventive et peut soumettre des cas graves au procureur public.
- **Le Conseil disciplinaire du système de santé danois** est l'autorité publique impartiale pouvant traiter et critiquer les plaintes des patients et émettre des sanctions aux professionnels de la santé ne respectant pas les normes professionnelles établies (STPK, 2024).
- **L'Association danoise d'indemnisation des patients** est responsable des demandes d'indemnisation liées aux blessures causées par les traitements dans le système de santé, y compris les produits pharmaceutiques.
- Depuis 2016, le **programme d'assurance qualité des soins de santé** a été lancé pour améliorer la qualité des soins individuels. L'accent est mis sur l'expertise et les compétences des professionnels de la santé au lieu des exigences d'enregistrement liées aux processus (réduction de la bureaucratie) (Ministry of Health, 2017).
- **Patient Empowerment Involvement (PRO)** est un sondage national réalisé entre autres auprès des personnes âgées de 67 ans et plus tous les deux ans qui reçoivent des soins à domicile ou qui sont en maison de retraite. Le sondage comprend des questions sur la satisfaction à l'égard de la qualité des services et du nombre de travailleurs de la santé, de même que sur la stabilité de l'aide et le sentiment d'autonomie après avoir reçu de l'aide. Les participants sont également interrogés sur leur connaissance de leur droit de choisir entre différents fournisseurs de services. Le but est de proposer des solutions pour soutenir une approche centrée sur le patient dans les soins de santé et la gestion de la qualité. Des initiatives nationales sont en place pour soutenir l'utilisation des résultats PRO (Ministry of Health, 2017).

Les incitatifs à la performance et les mécanismes visant à limiter le contournement ou les comportements déviants

- Les agences de contrôle, de surveillance et le système des plaintes mis en place par l'État et les municipalités pourraient permettre d'assurer une offre de service de qualité pour les usagers en plus de limiter et de condamner les comportements déviants de la part des prestataires de services.

Les enjeux, les avantages, la performance axée sur la valeur pour l'utilisateur

- Parmi les avantages, l'utilisateur possède des moyens de recours légaux en cas de problèmes avec les services et les soins à domicile reçus, un accès gratuit aux services de SAD et un libre choix pour ses prestataires de services.
- En matière d'enjeux, en raison de contraintes économiques plus rigoureuses, les municipalités ont restreint la fourniture de certains avantages liés aux soins de longue durée, même en l'absence de politiques explicites au niveau central ou local. Concrètement, les évaluations des besoins ont été rendues plus strictes et les heures allouées aux soins à domicile ont été réduites. Cette situation est particulièrement observée dans le domaine des soins à domicile, où le nombre d'heures de soins hebdomadaires a diminué. Ainsi, les ajustements budgétaires ont entraîné une réduction de la couverture des services et une restriction des ressources allouées aux soins à domicile (European Commission and Social Protection Committee (2021)).
- D'ailleurs, selon l'étude de Rostgaard et al. (2022), au Danemark, les services de nettoyage ont été sévèrement réduits, rendant l'aide aux tâches ménagères plus symbolique que réelle, et le nombre moyen d'heures de soins pour les 80 ans et plus est passé de 3,9 heures en 2008 à 3,3 heures en 2019. L'offre de services de SAD semble s'orienter vers l'atteinte du plus petit nombre de personnes avec des heures intensives au lieu de toucher le plus grand nombre de personnes avec quelques heures de services. Une explication courante du déclin des services de SAD est que les populations vieillissantes sont en meilleure santé et ont moins besoin de soins, en partie grâce à l'introduction de la réadaptation axée sur l'entraînement des activités quotidiennes.
- Cependant, une étude danoise récente a examiné cette thèse en comparant l'évolution des besoins et celle de la couverture des soins à domicile depuis l'introduction nationale de la réadaptation. L'étude conclut que la réduction de la couverture des soins à domicile n'est pas le résultat d'un vieillissement plus sain, mais qu'elle a plutôt entraîné une augmentation des besoins non satisfaits autodéclarés, avec des implications pour la qualité de vie. Cela a pour résultante une augmentation de l'aide informelle fournie par les membres de la famille en réponse à la réduction des services municipaux à domicile, ce qui a des implications pour l'égalité entre les sexes, car les femmes sont souvent les principales prestataires de soins informels (Rostgaard et al., 2022).

- Le Danemark a développé des méthodes innovantes de collecte et de stockage de données concernant la qualité des soins, les coûts et les activités liées au système de santé. Cette avancée représente un potentiel considérable en matière de transparence et de performance du système, en permettant notamment une amélioration continue de la qualité des soins, la mise en place de mesures de prévention ciblées, et bien d'autres améliorations encore. Les données collectées constituent également un outil précieux pour les chercheurs en santé, leur permettant de soutenir la mise en place d'un système de santé plus efficace et performant.

Les enjeux de financement

- Bien que les soins à domicile au Danemark soient en grande partie financés par les impôts et les taxes et qu'une part importante du budget public y soit consacrée, l'augmentation continue de la proportion de la population vieillissante dans le pays exerce une pression sur le financement de ces services. Pour garantir la viabilité de son système de santé, il est essentiel que le Danemark assure la qualité, l'efficacité et la performance de ses soins à domicile à long terme.
- La gratuité des services de SAD au Danemark apporte une charge importante au système de financement public. Cela s'est traduit par une réduction de la couverture de certains avantages des soins de longue durée et une diminution du volume d'heures de services de SAD passées auprès de l'utilisateur. En outre, sur une période de dix ans, la proportion de bénéficiaires de soins à domicile a fortement diminué, passant d'environ 16 % des personnes de 65 ans et plus en 2010 à 11 % en 2019 (Agence suédoise pour les soins et l'analyse des soins, 2021).

Les réformes récentes des mécanismes de financement

- Le système de financement n'a pas connu de réformes récentes majeures, mais plutôt des ajustements des mécanismes existants. Cela inclut des réallocations budgétaires visant à favoriser les soins à domicile plutôt que la création de nouvelles maisons de soins infirmiers. En effet, l'État a pris des mesures pour ralentir la croissance des établissements de soins infirmiers et a dirigé des investissements importants vers les services de soutien à domicile (Tikkanen et al., 2020).

- Un nouveau plan d'action national pour les patients médicaux âgés a été priorisé par le gouvernement avec une allocation annuelle de 40,2 millions d'euros dans la loi sur les finances de 2016, l'objectif étant d'améliorer la coordination entre les secteurs avant et après l'hospitalisation des usagers, par exemple pour être en mesure de détecter la perte de capacité pour prévenir les hospitalisations inutiles. Le but est aussi de fournir un plan de méthodes et d'outils pour mieux utiliser les ressources financières entre départements (Ministry of Health, 2017).
- On observe une tendance à l'audit externe de plus en plus fréquent. Afin d'assurer la qualité des soins de longue durée et de prévenir les abus, les municipalités et l'Autorité danoise de la sécurité des patients sont tenues de réaliser des audits. L'audit a été introduit en 2018 à la suite de débats selon lesquels l'audit interne réalisé par les municipalités risquait d'être biaisé. Ainsi, l'audit de l'Autorité danoise de la sécurité des patients est une nouvelle initiative qui s'est déroulée de juillet 2018 au 31 décembre 2021 en tant que projet pilote et a fait l'objet d'une évaluation continue (European Commission and Social Protection Committee, 2021).

RÉFÉRENCES

- Ældre Sagen. (2023). *Libre choix du fournisseur*. <https://www.aeldresagen.dk/viden-og-raadgivning/vaerd-at-vide/h/hjemmehjaelp/frit-valg-af-leverandoer>
- Agence suédoise pour les soins et l'analyse des soins. (2021). *Les soins nordiques pour les personnes âgées : Une étude comparative de la structure de l'organisation et du contenu*. www.vardanalys.se
- Attendo. (2023). *Soin et dignité*. <https://www.attendo.dk/>
- Borger.dk. (2023a). *Aide à domicile*. <https://www.borger.dk/aeldre/Hjemmehjaelp-og-aeldrepleje/Hjemmehjaelp>
- Borger.dk. (2023b). *Soins infirmiers à domicile et aide à domicile après un séjour hospitalier*. <https://www.borger.dk/sundhed-og-sygdom/stoette-og-hjaelp-i-dit-sygdomsforloeb/hjaelp-i-hjemmet/kommunal-sygepleje-og-hjemmehjaelp-efter-sygehusophold>
- Borger.dk. (2023c). *Service alimentaire*. <https://www.borger.dk/aeldre/Hjemmehjaelp-og-aeldrepleje/Madservice>
- Borger.dk. (2023d). *Formation et aide socio-éducative*. <https://www.borger.dk/aeldre/Hjemmehjaelp-og-aeldrepleje/Traening-og-socialpaedagogisk-bistand>
- Borger.dk. (2023e). *Visites préventives à domicile*. <https://www.borger.dk/aeldre/Hjemmehjaelp-og-aeldrepleje/Forebyggende-hjemmebesoeg>
- Borger.dk. (2023f). *Congé pour s'occuper de parents malades et mourants*. <https://www.borger.dk/aeldre/Hjemmehjaelp-og-aeldrepleje/Orlov-til-pasning-af-syge-og-doeende-paaroerende>
- Borger.dk. (2023g). *Congé pour soins*. <https://www.borger.dk/aeldre/Hjemmehjaelp-og-aeldrepleje/omsorgslov>
- Borger.dk. (2023h). *Soulagement de la prise en charge de parents malades*. <https://www.borger.dk/aeldre/Hjemmehjaelp-og-aeldrepleje/Aflastning-ved-pasning-af-syge-paaroerende>
- CLEISS. (2023). *Le système de santé danois*. <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/danemark.html>
- European Commission and Social Protection Committee. (2021). *Long-Term Care Report. Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society*.
- Hjemmhjælpen A/S. (2023). *Équipe d'aides à domicile*. <https://www.hjemmhjaelpen.dk/>

- Horten. (2018). *Coopération entre les municipalités et les institutions indépendantes*. <https://www.horten.dk/viden/artikler-2018/samarbejdet-mellem-kommuner-og-selvejende-institutioner>
- Minister for the Interior and Health of Denmark. (2023). *Minister for the Interior and Health of Denmark*. <https://sum.dk/english>
- Ministry of Health. (2017). *Healthcare in Denmark – An Overview*. Copenhagen, Denmark : Ministry of Health.
- Municipalité de Copenhague. (2023). *L'aide sociale à domicile*. <https://www.kk.dk/borger/udsatte-og-socialpsykiatri/indsatser-for-udsatte-voksne/den-sociale-hjemmepleje>
- Rostgaard, T., Jacobsen, F., Kröger, T. et Peterson, E. (2022). Revisiting the Nordic long-term care model for older people—still equal? *European Journal of Ageing*, 19(2), 201-210. <https://doi.org/10.1007/s10433-022-00703-4>
- Schulz, E. (2010). The Long-term Care System in Denmark. *ENPRI Research Report No. 73*, 28 May 2010.
- Servicehelper.dk. (2023). *Prix des soins à domicile*. <https://www.servicehelper.dk/tilbud/#garden>
- STPK.dk. (2024). Le conseil de discipline du service de santé. <https://www.stpk.dk/borgere/naevn/sundhedsvaesnets-disciplinaernaevn/>
- Sundhed.dk. (2023). *Cartes de santé et groupes d'assurance*. <https://www.sundhed.dk/borger/behandling-og-rettigheder/sygesikring-og-laegevalg/sundhedskort-og-sikringsgrupper/>
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A. et Wharton, G. (2020). International profiles of health care systems. *The Commonwealth Fund*.

4. FRANCE

Description et historique

- Le système français repose sur un modèle universel d'accès aux soins. Le secteur des soins de longue durée est caractérisé par sa complexité, avec la participation de plusieurs organismes financeurs et de prestataires de soins, tous gérés par différents niveaux de gouvernement. La politique des soins de longue durée (SDL) englobe différents secteurs, notamment la santé ainsi que les secteurs médico-social et social, et implique différents niveaux de gouvernance. Bien que le système d'assurance maladie obligatoire offre une couverture globale et de qualité pour les besoins médicaux, les services personnels et sociaux de SLD varient en termes de type et de financement selon les départements.
- Depuis 2005, les pouvoirs publics en France encouragent le développement des services de soutien à domicile pour répondre à la demande croissante des personnes en perte d'autonomie. Cette orientation, appelée « virage domiciliaire », s'inscrit dans le cadre du Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie (PNAPPA), dont le ministère des Solidarités et de la Santé (MSS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ont la responsabilité (Cour des comptes, 2017).
- Le PNAPPA vise à préserver l'autonomie des personnes âgées, à éviter l'aggravation des situations caractérisées par une incapacité, à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, à former les professionnels à la prévention de la perte d'autonomie, ainsi qu'à développer la recherche et les stratégies d'évaluation (Bensadon et al., 2017).
- Malgré l'augmentation de la part des services de SAD, l'offre de soins est encore largement dominée par les établissements de soins et l'objectif d'une transition complète vers les soins à domicile n'a pas été atteint.

Les données contextuelles, 2022

Proportion de la population âgée de 65 ans et plus (1)	22%
Proportion de la population âgée de 80 ans et plus (2)	5,5%
Espérance de vie à 65 ans (3)	21,1 ans
Espérance de vie à la naissance (4)	82,3 ans
Dépenses de santé par habitant (5)	5 133,4\$ US PPA
Dépenses de santé en pourcentage du PIB (6)	11,8%
Dépenses de soins de longue durée en pourcentage du PIB (7)	1,9%
Part des dépenses de services de SAD dans les dépenses de soins de longue durée (8)	20%
PIB par habitant (9)	61 472\$ PPA
Ratio de dépendance (10)	2,8

Sources : Données (1,2,10) : United Nations Population Division. World Population Prospects : 2022 Revision, www.worldbank.org. Données (3,4) : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2023). Données de l'OCDE. Site Web. <https://www.oecd.org/fr/data.html>. Données (5,6,7,8,9) : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2023). Data Explorer : Dépenses de santé et financement. www.data-explorer.oecd.org.

Les données sur les services à domicile

- Selon l'ENSA, en 2019, les dépenses publiques pour les dispositifs spécifiquement destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie et aux personnes en situation de handicap étaient de 73 M€ (milliards d'euros).
- Selon la cour, en 2019, le coût public moyen d'une prise en charge à domicile était de 10 700 €/an, de 21 000 €/an pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et de 20 600 €/an pour une place en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).
- Selon l'étude de Brunel et al. (2019) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), en 2019, l'utilisateur à domicile dépensait en moyenne 550 €/mois comparativement à 1 800 €/mois pour un usager en EHPAD.
- En 2017-2018, une dotation moyenne pour une place en SSIAD équivalait à 12,823 €.
- En 2018, 80 % des usagers de SSIAD recevaient de l'aide d'un proche.
- Selon un extrait de la stratégie nationale, 4,3 millions de personnes aident au moins une personne âgée de plus de 60 ans.
- En 2015, les dépenses totales pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) se sont élevées à 5,6 milliards d'euros (dont 3,3 milliards pour les services de SAD), avec une dépense moyenne par personne de 4 450 € par an.

- En bref, en ce qui concerne les besoins de soins personnels et sociaux, les paiements directs à domicile après l'APA et les avantages fiscaux sont relativement raisonnables et assez bien répartis selon les revenus. À domicile, le paiement direct moyen est estimé à environ 60 € par mois. Ce montant varie de 0 à 810 € par mois pour les usagers avec des revenus inférieurs. Pour les usagers avec des revenus supérieurs, le paiement direct se situe entre 320 € et 3 600 € par mois (Cour des comptes, 2021).

Les sources de financement

- Le financement et la gestion des services de soins de longue durée en France impliquent plusieurs niveaux de gouvernance et différents acteurs institutionnels. Les administrations régionales et locales mettent en œuvre le financement en suivant les règles établies au niveau national et supervisent la prestation des soins de longue durée, tandis que les autorités locales décentralisées (les départements) disposent d'une grande autonomie en ce qui concerne la prestation et le financement des services de soins personnels et sociaux.
- Les services médicaux de soins de longue durée sont essentiellement financés par **l'assurance maladie obligatoire**.
- Les services de soins à domicile sont pris en charge par la **sécurité sociale**, qui est financée par les cotisations sociales prélevées sur les salaires des employés, des employeurs et par les contributions de l'État, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les départements et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) pour le Service d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD).
- **L'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)** est le principal mécanisme de définition et de suivi des budgets de santé et de soins de longue durée pour l'assurance maladie obligatoire. Il fixe un budget global pour la santé chaque année et se divise en trois sous-objectifs pour les principaux prestataires de services de santé : les services ambulatoires (financent les soins infirmiers et les physiothérapeutes), les services hospitaliers et les services médico-sociaux (financent les soins à domicile).
- Les services de soins de longue durée peuvent également bénéficier du financement des **Fonds d'Investissement Régionaux (FIR)** pour des initiatives régionales ou locales, telles que les équipes mobiles de soins palliatifs.
- **L'assurance maladie publique** en France couvre 100% de la population résidente et propose un panier de soins complet. Cependant, un copaiement est requis pour tous les services, y compris les consultations médicales, les visites infirmières et les hospitalisations. Les patients atteints de maladies de longue durée peuvent bénéficier d'une exemption de copaiement grâce à un dispositif appelé Affection Longue Durée (ALD). En outre, il existe des compléments santé offerts par les mutuelles qui peuvent couvrir tout ou une partie des frais non pris en charge par l'assurance maladie (Or et al., 2021).

- Les infirmières et les kinésithérapeutes indépendants sont financés directement par **l'assurance maladie**. Pour la population générale, l'assurance maladie rembourse 60 % du coût des services infirmiers (sur la base de tarifs négociés). Pour les personnes couvertes par le dispositif ALD, le coût total des soins infirmiers liés à la maladie concernée est remboursé.
- **Le budget médico-social de l'ONDAM** est réparti entre les agences régionales de santé (ARS) par la CNSA, principalement sur la base des dépenses passées.
 - Le budget de l'assurance maladie obligatoire pour les soins médico-sociaux est ensuite réparti en deux services distincts, l'un pour les personnes âgées de plus de 60 ans et l'autre pour les personnes handicapées de moins de 60 ans. Les dépenses de l'assurance maladie obligatoire pour les services médicaux de soins de longue durée pour les personnes âgées couvrent les maisons de retraite médicalisées et les services de soins infirmiers à domicile.
- **La CNSA** est chargée du financement des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle dispose de ses propres ressources financières provenant notamment de la « Journée de solidarité », du budget ONDAM ainsi que de certaines autres taxes. La CNSA redistribue ces fonds aux agences régionales de santé (ARS) qui financent les prestataires de soins de longue durée médicaux (maisons de retraite médicalisées et services de soins infirmiers à domicile, SSIAD).
 - La CNSA distribue de l'aide financière aux autorités locales¹⁶, notamment pour financer l'APA.
 - En août 2020, une nouvelle branche de la sécurité sociale, appelée « autonomie », a été créée pour le financement des soins de longue durée. Elle est gérée par la CNSA et financée en partie par la contribution sociale généralisée (CSG). L'objectif est d'augmenter le budget et le champ d'application des services couverts par la CNSA grâce à des transferts provenant d'autres fonds sociaux.
 - Le financement des SSIAD et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) est réalisé par l'allocation des ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).
 - Chaque année, la CNSA effectue le calcul des dotations régionales limitatives (DRL) de chaque agence régionale de santé (ARS) en se basant sur les données de tarification fournies par les services dans le flux SSIAD du système d'information de l'offre de la branche autonomie (SIDOBA) et sur la programmation des places pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap fournies par les ARS.

¹⁶ Ces fonds sont redistribués aux autorités locales selon une formule nationale basée sur quatre critères : le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans dans la région (50 % des critères d'attribution); les dépenses passées de l'APA dans l'autorité locale (20 %); le potentiel fiscal dans le département (25 %); le nombre de personnes âgées à faible revenu (65 ans et plus) (5 %).

- Ces dotations sont majorées par les taux d'actualisation décidés annuellement par le ministère des Solidarités pour l'objectif global des dépenses des personnes âgées et des personnes handicapées. Cette dotation régionale limitative comporte une enveloppe budgétaire destinée aux SSIAD et aux SPASAD de la région concernée (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), 2022).
- **Les autorités régionales de santé (ARS)** sont responsables du suivi, du financement et de la régulation des services de santé et de soins de longue durée au niveau régional. Elles financent les services de soins infirmiers à domicile par le biais de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.
- **Le coût des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** est entièrement pris en charge par les ARS, sans aucune participation financière des utilisateurs.
- Le budget de soins de longue durée disponible pour chaque ARS est défini par la CNSA en utilisant une formule d'«**allocation régionale de soins**». Celle-ci est principalement basée sur les dépenses passées ajustées par l'inflation, le nombre ciblé de nouvelles places (dans les maisons de retraite et les SSIAD) et les paiements ciblés pour atteindre les objectifs fixés dans l'ONDAM.
- **Les services de soins médico-sociaux relèvent des autorités locales** (les départements).
 - On compte 95 départements en France métropolitaine, qui ont le pouvoir et l'obligation de définir leur politique locale, de financer les soins sociaux et de réglementer les services.
 - Les SSIAD et les infirmières libérales sont financés uniquement par la sécurité sociale, tandis que les autres services de soins et d'assistance personnels sont principalement financés par l'APA. Environ 60 % de l'APA est financée par les autorités locales par le biais de taxes locales, tandis que 40 % provient de la CNSA.
- Les usagers peuvent aussi s'inscrire aux **assurances privées complémentaires** pour couvrir les besoins de soins personnels et sociaux, mais la plupart des contrats ne couvrent pas les soins de longue durée. Environ 2 millions de personnes possèdent une assurance de soins de longue durée avec une couverture jusqu'au décès. Les paiements directs pour les soins médicaux de longue durée sont généralement bien couverts par les assurances privées complémentaires, mais les coûts de l'assurance augmentent avec l'âge (Or et al., 2021).

Les prestataires de services de soutien à domicile

LES PRESTATAIRES PUBLICS

- **Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) :**
 - Les SSIAD interviennent sur prescription médicale auprès des personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou en perte d'autonomie, ou des personnes de moins de 60 ans en situation de handicap ou atteintes d'une maladie chronique. Les équipes des SSIAD sont essentiellement composées d'aides-soignants et d'infirmiers diplômés d'État. Ils réalisent, selon leurs compétences relatives aux soins et à l'aide à la vie quotidienne, les tâches suivantes : pansements, distribution des médicaments, injections, etc. (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023a).
 - Les SSIAD assurent également une coordination avec les autres intervenants médicaux et paramédicaux : services d'aide à domicile, kinésithérapeutes, médecins. Les SSIAD peuvent intervenir sept jours sur sept si nécessaire.
- **Le centre communal d'action sociale (CCAS) / la mairie**
 - Le CCAS et la mairie sont responsables de l'action sociale dans les communes. Lorsqu'il n'y a pas de CCAS, notamment dans les communes de moins de 1 500 habitants, c'est directement à la mairie qu'il convient de s'adresser, ou à l'intercommunalité si elle dispose d'un centre intercommunal d'action sociale.
 - Pour soutenir les habitants de la commune, notamment les personnes âgées, le CCAS attribue des aides financières, en nature ou sous forme de prêts, développe des activités, par exemple la gestion d'établissements d'hébergement pour personnes âgées ou de services de soutien à domicile, et met en œuvre des actions d'animation ou de soutien : lutte contre l'isolement, maintien du lien social, accès à la culture et aux loisirs, actions de prévention, adaptation du logement (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023b).
 - C'est principalement la commune qui finance avec des subventions les actions du CCAS. Selon l'article 25 du décret n° 95-562 du 6 mai 1995, le CCAS dispose des recettes d'exploitation et de fonctionnement suivantes :
 - ◆ Les subventions versées par la commune;
 - ◆ Les produits provenant des prestations de services fournies par le CCAS;

- ◆ Les versements effectués par les organismes d'assurance maladie, d'assurance vieillesse, les caisses d'allocations familiales (CAF) ou par tout autre organisme ou collectivité, au titre de leur participation financière aux services gérés par le CCAS;
- ◆ Le produit des prestations remboursables;
- ◆ Les subventions d'exploitation et les participations;
- ◆ Les remboursements des frais liés à l'établissement des dossiers de demandes d'aide sociale légale;
- ◆ Les ressources propres du CCAS, notamment celles provenant des dons et legs qui lui sont faits.

LES ORGANISATIONS À BUT NON LUCRATIF

- **Les centres de santé infirmiers :**
 - Les centres de santé infirmiers regroupent des infirmiers qui interviennent sur prescription médicale ou hospitalière. Les infirmiers peuvent se déplacer à domicile ou réaliser les soins à leur centre. Les centres de santé infirmiers sont considérés comme des structures de proximité de premiers recours (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2020). Les soins dispensés par ces centres sont les mêmes que ceux dispensés par les infirmiers libéraux : réalisation de pansements, soins d'hygiène corporelle, injections, prélèvements sanguins, etc.
 - Les infirmiers travaillent en équipe en coordination avec d'autres acteurs locaux (hôpitaux, médecins, laboratoires d'analyse, etc.) et veillent à informer le médecin traitant et d'autres intervenants si nécessaire, afin d'assurer une prise en charge cohérente.
 - Les centres de santé infirmiers sont des structures à but non lucratif, financées par l'assurance maladie sur la base du nombre d'actes accomplis.
- **Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) :**
 - Le service d'aide et d'accompagnement peut intervenir en tant que prestataire et en tant que mandataire. Certains SAAD proposent d'intervenir à la fois en mode prestataire et en mode mandataire, d'autres ne proposent que le mode prestataire.
- **Le service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) prestataire :**
 - En tant que prestataire associatif, le service d'aide et d'accompagnement à domicile recrute et emploie des intervenants à domicile. L'utilisateur est alors client du service. Le service facture la prestation à l'utilisateur en fonction du nombre d'heures d'intervention.

- Les services d'aide et d'accompagnement à domicile prestataires doivent détenir une autorisation délivrée par le président du conseil départemental. Ils interviennent notamment auprès des personnes âgées en perte d'autonomie ou des personnes en situation de handicap ayant besoin de soins et d'activités de la vie quotidienne (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023c).
 - Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) prestataires sont financés par une dotation attribuée par le président du conseil départemental dans le cadre d'un appel à candidatures et sous condition de la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).
 - La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a jeté les bases d'une refonte du modèle de financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) reposant sur deux volets.
 - Le premier volet concerne le tarif minimal de valorisation d'une heure d'aide à domicile par le président du conseil départemental, applicable depuis le 1^{er} janvier 2022 (tarif plancher); le second volet correspond à la création d'une dotation complémentaire pour financer des actions répondant à des objectifs d'amélioration de la qualité du service rendu listés à l'article L. 314-2-2 du CASF.
 - Cette dotation doit permettre un accompagnement à domicile des usagers, quel que soit leur degré de perte d'autonomie, sur des horaires atypiques (soir ou week-end), y compris dans les territoires les plus difficiles d'accès. Elle doit aussi permettre de financer des actions en faveur de la qualité de vie au travail des salariés ainsi que des actions visant à lutter contre l'isolement des personnes accompagnées et à soutenir les proches aidants (Ministère des Solidarités et des Familles, 2023).
- **Le service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) mandataire :**
 - Si l'utilisateur fait appel à un service mandataire, il est l'employeur de l'intervenant à domicile et il assume toutes les responsabilités liées à la fonction d'employeur. L'utilisateur paie au service mandataire des frais de gestion pour les différentes prestations qu'il propose. L'utilisateur paie le salaire de l'intervenant (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023d).
 - Comme l'utilisateur est l'employeur de l'intervenant à domicile, il se met d'accord avec lui sur le montant horaire du service, dans le respect de la convention collective nationale des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile. Ce coût horaire sera mentionné dans son contrat de travail. Le service mandataire d'aide à domicile ne peut pas imposer le prix horaire de l'intervenant.

- Un service mandataire n'est pas une structure médico-sociale au titre du code de l'action sociale et des familles. Il doit détenir un agrément en cours de validité, délivré par le préfet (Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités). Il relève de la réglementation des services à la personne définie par le Code du travail. Le service mandataire doit se conformer au cahier des charges de l'agrément (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023d).
- **Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) :**
 - Les SPASAD proposent à la fois des soins infirmiers et des prestations d'aide à domicile. Les personnes ayant besoin de soins et d'aide à domicile peuvent ainsi faire appel à un service unique pour la mise en place des interventions qui sont assurées par une même équipe (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023e).

LES PRESTATAIRES PRIVÉS

- **Les infirmiers libéraux :**
 - Les infirmiers libéraux sont des infirmiers diplômés d'État qui exercent seuls ou dans un cabinet composé de plusieurs professionnels de santé. Ils dispensent des soins au domicile de leurs patients, notamment des soins permettant aux personnes âgées de rester vivre chez elles. Les infirmiers libéraux interviennent sur prescription médicale, sept jours sur sept si nécessaire (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023f).
 - D'une manière générale, les infirmiers libéraux sont conventionnés. Leurs actes sont donc remboursés par l'assurance maladie. Ces actes sont classés en deux catégories : les actes médicaux infirmiers qui sont réalisés en fonction d'une ordonnance médicale (il s'agit notamment des piqûres, des prélèvements divers ou encore des pansements) et les actes infirmiers de soins pour lesquels aucune ordonnance n'est nécessaire (Sanitaire-social.com, 2023).
- **L'emploi direct d'un intervenant (travailleur autonome) :**
 - Il est possible d'embaucher un intervenant à domicile dans le cadre de l'emploi direct. Dans ce cas, l'utilisateur est l'employeur de l'aide à domicile et n'est accompagné par aucun service. Lorsque l'aide à domicile est employée directement par la personne, son salaire horaire brut ne peut pas être inférieur au salaire minimum de croissance (SMIC) horaire, soit 11,27 €. Les services à la personne sont encadrés par la Convention collective nationale des salariés du particulier employeur (Sanitaire-social.com, 2023).

Le panier de services de soutien à domicile

- **Services médicaux à domicile**
- **Services de soins infirmiers à domicile :**
 - Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) fournissent des soins de base prodigués par des aides-soignants, des infirmiers, des kinésithérapeutes et d'autres professionnels du secteur de la santé sur prescription médicale. Ils effectuent des prestations de soins infirmiers sous forme de procédures techniques (injections, pansements, préparation de médicaments, etc.) ainsi que des soins d'hygiène de base et de confort. Certains SSIAD disposent d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA).
 - Les professionnels de santé indépendants (infirmières libérales, kinésithérapeutes) assurent les soins médicaux et personnels à domicile. Les travailleurs de santé libéraux reçoivent des paiements à l'acte (Pour les personnes âgées.gouv.fr).
- **Le service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) :**
 - Pour les AVQ et les AVD : prestations de services ménagers et prestations d'aide à la personne (l'entretien du logement, l'entretien du linge, la préparation des repas, les courses, l'aide à la toilette, l'aide à l'habillage et au déshabillage) (Or et al., 2021).
- **Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) :**
 - Combinent à la fois des prestations de soins infirmiers et de soins personnels à domicile et des prestations d'aide à la toilette, au lever et au coucher, à la préparation des repas, etc. (Or et al., 2021).
- **L'aide-domestique indépendant (travailleur autonome) :**
 - Services d'activités de la vie domestique.
- **Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) :**
 - Interventions directes auprès des enfants, accompagnement des familles, réunions institutionnelles pour assurer une prise en charge adaptée, informations aux enseignants de l'élève (Cour des comptes, 2021; Maison départementale des personnes handicapées, 2023).
- **Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) :**
 - Accompagnement médico-social aux adultes handicapés afin de favoriser leur autonomie et leur inclusion sociale, services d'activités de la vie quotidienne, accompagnement social, soins médicaux et paramédicaux, soutien psychologique (Cour des comptes, 2021; Mon parcours handicap.gouv.fr, 2024).
- En matière de soutien technique, un portail d'information destiné aux personnes âgées hébergées par la CNSA et articulé avec l'offre de services des conseils départementaux, des caisses de retraite et les opérateurs locaux est disponible (Pour les personnes âgées.gouv.fr, 2023).

Les critères d'admissibilité

- Les résidents français ont un accès universel aux services de SAD avec une prescription médicale.
- La clientèle visée par les services et soins à domicile est composée des personnes âgées en perte d'autonomie ou dépendantes pour les programmes SAAD, SSIAD et SPASAD et les personnes en situation de handicap pour les programmes SESSAD et SAMSAH.
 - Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) interviennent sur prescription médicale auprès des personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou en perte d'autonomie, des personnes de moins de 60 ans en situation de handicap ou atteintes d'une maladie chronique (Or et al., 2021).
 - Pour bénéficier de l'intervention d'un SPASAD pour des soins infirmiers, il est nécessaire d'avoir une prescription médicale. Il faut également être âgé de 60 ans et plus ou être en situation de handicap (Cour des comptes, 2021).
 - Pour les services SAAD, les usagers doivent détenir une autorisation délivrée par le président du conseil départemental. Ils interviennent notamment auprès des personnes âgées ayant besoin d'aide à l'autonomie ou des personnes en situation de handicap (Bensadon et al., 2017).
- **Allocation personnalisée d'autonomie (APA) :**
 - Conditions d'âge (60 ans ou plus), de résidence (résider en France de façon stable et régulière) et de perte d'autonomie (perte d'autonomie évaluée comme relevant du GIR 1, 2, 3 ou 4 par une équipe de professionnels du Conseil départemental) (Previssima, 2023). Il est à noter que le montant de la participation financière à la charge de l'usager de l'APA dépend de ses ressources financières (monparcourshandicap.gouv.fr, 2024a).
- **Prestation de compensation du handicap (PCH) :**
 - Son attribution dépend du degré d'autonomie de l'usager, de son âge, de ses ressources et de sa résidence (Service-Public.fr, 2024a).
- **Allocation aux adultes handicapés (AAH) :**
 - Critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources pour obtenir l'AAH (Légifrance, 2023).
- **Aide financière du Conseil départemental** pour financer les interventions d'une aide-ménagère à domicile.
- **Aide-ménagère à domicile** pour les personnes qui ne bénéficient pas de l'APA :
 - Elle est attribuée sous conditions de ressources (mensuelles inférieures à 916,78 € pour une personne seule et à 1 423,31 € pour un couple) (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023d).
- **Chèque emploi-service universel :**
 - Pour obtenir ce chèque, il faut être un particulier et embaucher un salarié dans le cadre des services à la personne (Ursaaf, 2023).

- **Crédit d'impôt pour l'utilisation d'un service d'aide à domicile ou l'emploi d'une aide à domicile :**
 - Les personnes qui font appel à un service d'aide à domicile ou emploient directement une aide à domicile peuvent bénéficier d'un crédit d'impôt égal à 50% des dépenses annuelles d'aide à domicile. Les plafonds annuels de dépenses sont fixés comme suit : (1) 12 000 €, majorés de 1 500 € par membre du foyer âgé de plus de 65 ans, le plafond total ne pouvant pas dépasser 15 000 €; (2) 20 000 € si l'un des membres du foyer est titulaire de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion invalidité ou perçoit une pension d'invalidité de 3^e catégorie. Les personnes qui font appel à un service d'aide à domicile emploient directement une aide à domicile. Le plafond annuel de dépenses est fixé à 15 000 € au lieu de 12 000 € la première année (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023g).

L'évaluation des besoins et la détermination des services de soutien à domicile

- En France, l'accès aux services de SAD est conditionné à une évaluation des besoins et à la détermination des services par une équipe médico-sociale dépendante du département. Cette équipe utilise la grille nationale AGGIR pour évaluer le degré de dépendance des individus et les classer dans l'un des six groupes Iso-Ressources (GIR). L'évaluation de la dépendance s'appuie sur une base légale, et l'équipe est chargée d'établir un plan d'aide personnalisé pour chaque personne en perte d'autonomie (Or et al., 2021; Cour des comptes, 2021). L'évaluation pour déterminer le besoin d'assistance et de surveillance offertes par les programmes de services de SAD, tels que le SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile) et le SPASAD (Service polyvalent d'aide et de soins à domicile), est basée sur l'âge, les revenus et les besoins.
- Quant à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), pour qu'une personne puisse en bénéficier, une évaluation de ses besoins est effectuée par une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels de la santé et des services sociaux des départements. Chaque niveau de dépendance, selon la grille AGGIR, donne droit à un montant maximal d'allocation, qui est ajusté en fonction des besoins et du niveau de revenu du bénéficiaire. L'allocation est utilisée pour financer un « plan d'aide » spécifique, et son utilisation est contrôlée par les équipes pluridisciplinaires (European Commission and Social Protection Committee, 2021).

- Il est à noter que, même si la grille est la même, il y a de fortes disparités territoriales en raison des variations dans la valeur du « point GIR » utilisée pour définir les « forfaits dépendance » au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). En fait, chaque département a le pouvoir de fixer ce coefficient à sa discrétion. Ainsi, les valeurs du « point GIR » varient considérablement d'un département à l'autre, entraînant des inégalités de financement et de fonctionnement entre les Ehpad (Ehpapresse, 2021; Brunel et al., 2019). Il y a potentiellement des variations pour les services à domicile également.

Comment fonctionne le paiement des services à domicile

- Les soins médicaux sont majoritairement pris en charge par l'assurance maladie. Celle-ci rembourse une part importante des frais de santé (76,8%) et l'autre grande partie des frais est prise en charge par l'assurance maladie complémentaire. Un certain copaiement demeure pour l'utilisateur (Previssima, 2023).
- En France, pour les patients âgés de plus de 80 ans, les personnes souffrant d'une maladie invalidante couverte à 100 % ou encore dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, une visite à domicile d'un médecin est courante et le remboursement des majorations par la Sécurité sociale sera intégral.
- Le médecin estimera la capacité de la personne âgée de se déplacer en fonction de sa situation médicale et/ou sociale. La prise en charge du déplacement à domicile est réservée aux personnes dans l'incapacité de se déplacer. Si le déplacement n'est pas justifié, un supplément pourra être facturé, qui restera à la charge de la personne âgée.
- Le remboursement de l'assurance maladie dépend aussi du secteur dans lequel pratique le médecin. Par exemple, un médecin conventionné secteur 1, médecin généraliste comme spécialiste, applique les tarifs de convention fixés par la Sécurité sociale et ne pratique pas de dépassements d'honoraires. Il peut cependant appliquer une majoration, par exemple dans le cadre d'une consultation en dehors des horaires du cabinet ou au domicile du patient. Un médecin conventionné secteur 2 fixe librement ses tarifs et peut donc pratiquer les dépassements d'honoraires. Il a l'obligation d'afficher ses tarifs dans la salle d'attente. Un médecin de secteur 3, médecin généraliste comme spécialiste, est dit non conventionné, car il applique ses honoraires de façon entièrement libre et les dépassements peuvent être conséquents (Santé-Prévoyance, 2023)¹⁷.

¹⁷ Le remboursement de l'assurance maladie s'élève à 70% du tarif de base de 25 € pour les généralistes du secteur 1. La personne âgée sera alors remboursée 17,50 €. Sur ce montant, la Sécurité sociale soustrait 1 € de participation forfaitaire obligatoire. Le remboursement est donc, en réalité, de 16,50 €. Le reste à charge de l'utilisateur est donc de 8,50 € (7,50 € de copaiement + 1 € de la participation forfaitaire) (Selectra, 2023). Pour un médecin généraliste de secteur 2 qui adhère à l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), le remboursement de l'assurance maladie s'élève à 70% du tarif de base de 25 €, soit à 16,50 €. Pour les médecins de secteur 2 non adhérents, pratiquant donc des honoraires libres, le remboursement de l'assurance maladie s'élève à 70% du tarif de base de 23 €, soit à 15,10 €. Cependant, si la personne âgée consulte un médecin hors parcours de soins, elle ne serait remboursée qu'à hauteur de 30% par l'assurance maladie sur la base de 25 €, c'est-à-dire 6,50 €, ou à hauteur de 30% par l'assurance maladie sur la base de 23 €, c'est-à-dire 5,90 €. Lorsque le médecin traitant ou le médecin de garde effectuent une visite à domicile, les frais de déplacement sont facturés. Par exemple, le déplacement de 8 h à 20 h en semaine et de 8 h et 12 h le samedi coûte 10 € (Previssima, 2023).

- La participation forfaitaire est une participation obligatoire à hauteur de 1 € pour les consultations chez un médecin généraliste ou spécialiste, les examens de radiologie ainsi que les analyses de biologie médicale. En vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, la participation forfaitaire est une somme reversée à la Sécurité sociale pour les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Elle est déduite des paiements des usagers. La participation forfaitaire concerne tant le parcours de santé coordonné que le hors parcours. La franchise médicale a été mise en place dans le but de lutter contre le déficit budgétaire du système de santé en France. L'autre objectif consiste à responsabiliser les patients de façon à éviter les dépenses de santé superflues (Assurance maladie, 2023).
- En France, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) sont gratuits pour l'utilisateur. Ces services sont pris en charge directement et intégralement par l'assurance maladie suivant une prescription médicale (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023a).
- L'utilisateur peut aussi recourir aux services d'un infirmier libéral qui exerce seul ou dans un cabinet composé de plusieurs professionnels de santé. Si l'infirmier libéral est conventionné, il applique les tarifs conventionnels pour les soins qu'il dispense et il est directement payé par son patient. Les soins sont remboursés sur la base suivante : 60 % du tarif, les 40 % restants étant à la charge de l'assuré ou de sa mutuelle (cela est valable pour les cas généraux). Si l'infirmier libéral n'est pas conventionné, il fixe librement ses honoraires.
- Pour les SPASAD, le coût des interventions pour les soins infirmiers est pris en charge par l'assurance maladie. Il n'y a pas d'avance de frais demandée à la personne ni de complémentaire santé à solliciter. Le coût des interventions d'aide à domicile est à la charge de la personne. Il peut être pris en charge en partie par différentes aides (notamment l'APA, la PCH, les aides des caisses de retraite et les aides des complémentaires santé), à condition que la personne soit admissible à ces aides (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023e).
- Pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) habilités à intervenir auprès de personnes bénéficiaires de l'aide sociale, le tarif des prestations est fixé, chaque année, par arrêté du président du Conseil départemental. Le tarif plancher doit être compris comme un tarif minimum et non comme un tarif plafond. Les conseils départementaux sont libres de maintenir ou de fixer le montant de leurs tarifs au-dessus de ce minimum, dans le respect des règles de la tarification (pour les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale). Le tarif plancher dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD) à domicile était de 23 € en 2023 (Le Media Social, 2023). Concernant le paiement des services d'activités de la vie quotidienne, le reste à payer après l'APA et les avantages fiscaux sont répartis selon les revenus du bénéficiaire. Ainsi, le montant de l'APA à domicile est égal au montant du plan d'aide diminué d'une participation éventuelle, appelée copaiement, laissée à la charge de l'assuré et calculée en fonction de ses ressources (Previssima, 2023b).

- L'usager a un copaiement calculé en fonction de ses ressources pour les services d'activités de la vie domestique (AVD). Ainsi, le taux de participation du bénéficiaire de l'APA est compris entre 0 et 90 % quand les ressources mensuelles du bénéficiaire sont supérieures à 864,60 € et inférieures ou égales à 3 184,11 €. Quand les ressources mensuelles du bénéficiaire sont inférieures ou égales à 864,60 €, il n'a pas de copaiement. De plus, le conseil départemental peut verser une aide sociale aux personnes qui ne bénéficient pas de l'APA : l'aide-ménagère à domicile. Cette aide finance les interventions d'une aide à domicile. Elle est attribuée sous conditions de ressources (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023c). Pour bénéficier de l'aide-ménagère à domicile, le bénéficiaire doit être âgé d'au moins 65 ans (ou 60 ans pour les personnes reconnues inaptes au travail) et avoir des difficultés pour accomplir les principales tâches ménagères. Le bénéficiaire ne doit pas bénéficier de l'APA et il doit avoir des ressources financières mensuelles inférieures à 916,78 € s'il vit seul et à 1 423,31 € s'il est en couple.
- Le tarif conventionnel applicable aux infirmiers libéraux pour un acte médical infirmier (AMI) (injection, pansement, prise de sang, etc.) est de 3,15 € pour 10 minutes. Pour les actes infirmiers de soins (AIS) (soin de suivi, garde à domicile), le tarif est de 2,65 €.
- Toutefois, un infirmier passe généralement plus de temps auprès du patient et il va donc « coter » (c'est-à-dire identifier le coefficient multiplicateur correspondant) le soin à plusieurs actes AIS, souvent AIS 3 ou AIS 4 (respectivement 3 ou 4 fois le tarif de base d'un AIS). Le tarif pour le déplacement de l'infirmier libéral est de 2,50 € (Assurance maladie, 2023).
- Le tarif horaire d'une aide-ménagère provenant d'une agence mandataire est situé entre 24 € et 34 €/h environ, soit 12 €/h à 17 €/h net après crédit d'impôt de 50 %. Le coût de l'heure de ménage variera en fonction des agences entre 25 €/h et 36 €/h selon l'expérience et le niveau de qualité de l'intervenant. Ce tarif est donné avant crédit d'impôt de 50 %, soit 12,5 €/h à 18 €/h net.
- Le tarif horaire pour une aide-ménagère « au noir » est compris entre 13 €/h et 15 €/h en moyenne, ce qui équivaut à 26 €/h ou 30 €/h avant crédit d'impôt en agence, mais ce, sans aucun accompagnement, contrôle, ni solution de rechange en cas d'absence maladie ou de congé (Nobo Life, 2023).

Les programmes d'aide à l'usager

- Les personnes âgées en situation de dépendance qui vivent à domicile peuvent bénéficier de l'**allocation personnalisée d'autonomie (APA)**. L'APA est versée à l'usager directement, au prestataire de services de SAD ou sous forme de chèque emploi-service universel préfinancé (CESU) (Or et al., 2021; Service public.fr, 2023).
 - *Le montant du plan d'aide varie selon le degré de perte d'autonomie déterminé par la grille AGGIR. L'APA est calculée par une équipe médico-sociale dépendante du département en fonction de deux critères : le niveau de dépendance (variant par GIR) et le niveau de ressources, qui inclut le « patrimoine dormant »¹⁸. Le montant reçu dépendra également du département et du fait que l'individu est à domicile ou en établissement. Les frais d'hébergement sont à la charge de l'usager, qu'il soit à domicile ou en établissement¹⁹.*
 - Seuls les groupes 1 à 4 de la grille AGGIR peuvent recevoir le bénéfice de l'APA (Previsima, 2023). Au 1^{er} janvier 2023, les montants maximaux des plans d'aide étaient fixés à 1 914,04 €/mois pour le GIR 1 1 547,93 €/mois pour le GIR 2 1 118,61 €/mois pour le GIR 3 746,54 €/mois pour le GIR 4. Les montants versés par le conseil départemental doivent être utilisés comme prévu par le plan d'aide. Si la personne âgée est bénéficiaire de l'APA, la loi l'autorise à employer un membre de sa famille (à l'exception du conjoint, du concubin ou du partenaire de pacte civil de solidarité (PACS)) en tant qu'aide à domicile dans le cadre de l'APA qui lui est accordée. L'APA ne fait l'objet d'aucune récupération des sommes reçues. Le conseil départemental ne peut pas demander le remboursement des sommes versées au bénéficiaire de l'APA si sa situation financière s'améliore de son vivant ni les récupérer sur sa succession à son décès (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023d). L'APA finance en moyenne 80 % du coût du maintien à domicile, 20 % restent à la charge du bénéficiaire.
- Le conseil départemental peut verser une **aide sociale** aux personnes qui ne bénéficient pas de l'APA pour de l'aide ménagère à domicile. Elle est attribuée sous conditions de ressources (mensuelles inférieures à 916,78 € pour une personne seule et à 1 423,31 € pour un couple). Elle est récupérable sur succession. Le conseil départemental peut récupérer les sommes avancées sur la succession de la personne âgée si la succession est supérieure à 46 000 €. Une participation financière peut être demandée au bénéficiaire. Le montant de cette participation financière est fixé par le conseil départemental qui verse l'aide sociale (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023d).

18 Le patrimoine dormant inclut : les biens immobiliers, les biens mobiliers et les capitaux non placés (dont l'assurance vie). Les bénéficiaires doivent transmettre une pièce justificative de leurs biens et capitaux (p.17, Tome 1).

19 Il existe toutefois des aides sociales départementales en situation exceptionnelle qui peuvent soutenir financièrement l'usager.

- **La prestation de compensation du handicap (PCH)** est une aide financière versée par le département. Elle permet de financer certaines dépenses liées au handicap de l'utilisateur (par exemple, aménagement de son logement ou véhicule, recours à une tierce personne pour l'aider dans les activités de la vie quotidienne). La PCH comprend cinq formes d'aide (humaine, technique, aménagement du logement ou transport, aide spécifique ou exceptionnelle, animalière). Son attribution dépend du degré d'autonomie de l'utilisateur, de son âge, de ses ressources et de sa résidence. La PCH est attribuée à vie si l'état de santé de l'utilisateur ne peut pas s'améliorer (Service-Public.fr, 2024a).
- Si la personne est en situation de handicap, **l'allocation aux adultes handicapés (AAH)** peut lui garantir un revenu minimal. Le montant de l'AAH dépend de sa situation familiale, professionnelle et de ses ressources (Service-Public.fr, 2024b). Le décret n° 2022-1694 a supprimé, à compter du 1^{er} octobre 2023, la prise en compte des revenus du conjoint pour le calcul de l'AAH et les abattements : réduction forfaitaire ou proportionnelle appliquée sur la base de calcul d'un impôt (revenus, valeur d'un bien, etc.) applicable sur les revenus du conjoint s'il réduit ou cesse son activité. Pour avoir droit à l'AAH, l'utilisateur doit respecter certains critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources (Légifrance, 2023).
- Les personnes en perte d'autonomie ont accès à un **crédit d'impôt** pour l'utilisation d'un service d'aide à domicile ou l'emploi d'une aide à domicile. Le crédit d'impôt constitue un avantage fiscal offert par le gouvernement central pour les soins personnels et sociaux à domicile. Il s'agit d'une politique fiscale globale visant à encourager l'emploi légal de personnel domestique à domicile (aide aux personnes âgées, garde d'enfants, ménage, etc.). Les personnes qui font appel à un service d'aide à domicile ou emploient directement une aide à domicile peuvent bénéficier d'un crédit d'impôt égal à 50 % des dépenses annuelles d'aide à domicile. Les prestations donnant droit au crédit d'impôt sont les suivantes : (1) l'aide dans les activités de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, à la toilette, etc.), (2) l'entretien de la maison et les travaux ménagers. Les plafonds annuels de dépenses sont fixés comme suit : (1) 12 000 €, majorés de 1 500 € par membre du foyer âgé de plus de 65 ans, le plafond total ne pouvant pas dépasser 15 000 €; (2) 20 000 € si l'un des membres du foyer est titulaire de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion invalidité ou perçoit une pension d'invalidité de 3^e catégorie. Les personnes qui font appel à un service d'aide à domicile emploient directement une aide à domicile. Le plafond annuel de dépenses est fixé à 15 000 € au lieu de 12 000 € la première année.
- Pour les personnes qui font appel à un service d'aide à domicile et qui bénéficient de **l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)** ou de la **prestation de compensation du handicap (PCH)**, le crédit d'impôt s'applique sur le montant égal à la différence entre le montant de la facture et le montant des aides perçues. Le crédit d'impôt permet de bénéficier d'un remboursement si le montant du crédit d'impôt est supérieur à celui de l'impôt à payer (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023d).

- **Le chèque emploi-service universel (CESU)** est un titre de paiement qui permet de régler les prestations d'aide et de services à la personne à domicile. Il est préfinancé en partie ou en totalité par un organisme tel que les caisses de retraite complémentaire ou les mutuelles. Pour rémunérer un salarié en emploi direct ou régler les services d'un organisme agréé, le CESU constitue un mode de paiement simplifié. Deux types sont possibles : le CESU bancaire (ou déclaratif) et le CESU préfinancé (Service-Public.fr, 2024c). Le CESU facilite les démarches administratives pour déclarer la rémunération versée à un salarié à domicile pour des activités de services à la personne telles que l'entretien de la maison, les petits travaux de jardinage et de bricolage, l'assistance aux personnes âgées ou fragiles dans les actes quotidiens de la vie, à l'exception des soins relevant d'actes médicaux, etc. (Ursaaf, 2023). Le nouveau service (2019) CESU + permet de confier au CESU l'intégralité du processus de la rémunération du salarié de l'utilisateur. Le CESU + assure pour le compte de l'employeur le prélèvement de l'impôt à la source des salariés concernés. Le formulaire de déclaration, les bulletins de salaire ainsi que l'avis de prélèvement comportent les informations concernant le prélèvement à la source (base, taux et montant) (Ursaaf, 2023).
- **L'aide financière et matérielle des caisses de retraite** peut être offerte à des personnes âgées qui ne bénéficient pas de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Les fonds de pension peuvent fournir une aide financière aux personnes retraitées qui ont besoin de soins à domicile, mais qui ne sont pas admissibles à l'APA parce qu'elles n'ont pas un niveau de dépendance élevé pour accomplir les activités quotidiennes (GIR 5 et 6). Les fonds de pension établissent les règles d'admissibilité, souvent sur la base du revenu du ménage²⁰ (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023h).
- **Une exonération des cotisations patronales et de sécurité sociale** du gouvernement central permet aux bénéficiaires de l'APA et aux personnes de plus de 70 ans de ne plus payer les cotisations d'assurance sociale des employeurs (Service public.fr, 2024d).
- **La liste des produits et prestations remboursables (LPRP)** permet de faire une recherche par code pour faciliter la facturation des services remboursables par la LPRP couverts par l'assurance maladie, comme les dispositifs médicaux pour traitement, des matériels d'aide à la vie, des aliments diététiques, des articles pour pansements, des orthèses et prothèses externes, des dispositifs médicaux implantables et des véhicules pour handicapés physiques (monparcourshandicap.gouv.fr, 2024b).

20 Pour bénéficier de l'aide-ménagère à domicile, il faut : être âgé d'au moins 65 ans (ou de 60 ans pour les personnes reconnues inaptes au travail); avoir des difficultés à accomplir les principales tâches ménagères; ne pas bénéficier de l'APA et ne pas pouvoir en bénéficier; avoir des ressources mensuelles inférieures à 916,78 € pour une personne seule et à 1 423,31 € pour un couple.

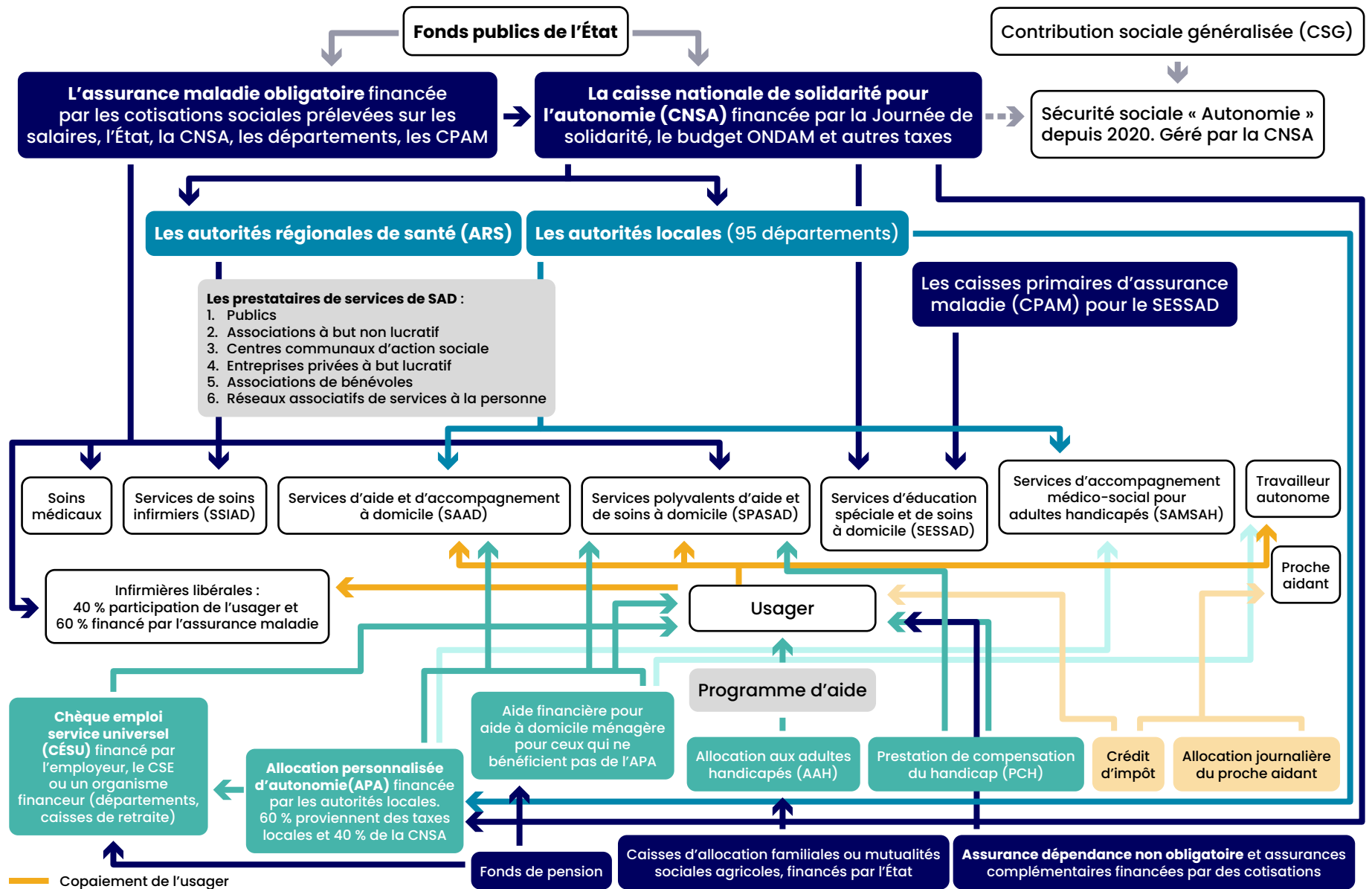
Les services et les programmes d'aide aux personnes proches aidantes (PPA)

- **Les proches aidants** assurent une grande partie des soins et des services de SAD pour les personnes âgées en perte d'autonomie (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023i). Il n'existe cependant pas de statut officiel d'aidant d'un proche âgé en perte d'autonomie. En revanche, un aidant peut bénéficier d'une rémunération pour l'aide apportée dans les actes essentiels de la vie quotidienne. L'aidant qui devient salarié de son proche peut cumuler cette activité avec une autre activité professionnelle dans les conditions fixées par la loi (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023i).
- Si la personne âgée est bénéficiaire de l'APA, la loi l'autorise à **employer un membre de sa famille** (à l'exception du conjoint, du concubin ou du partenaire de PACS) en tant qu'aide à domicile dans le cadre de l'APA qui lui est accordée (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023i).
- Si **la personne héberge à son domicile un de ses parents** (père, mère ou beau-parent) qui ne dispose pas de ressources suffisantes, elle peut déduire, au titre des pensions alimentaires, une somme correspondant à l'hébergement et à la nourriture (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023i).
- **L'allocation journalière du proche aidant (AJPA)** indemnise à hauteur de 66 jours le congé de proche aidant. Elle s'adresse à toute personne résidant en France qui réduit ou cesse son activité professionnelle pour s'occuper d'un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Le montant de l'allocation journalière du proche aidant est forfaitaire et calculé sur la base du salaire minimum de croissance rapporté à une valeur journalière et net des prélèvements sociaux obligatoires. Au 1^{er} janvier 2023, le montant journalier était fixé à 62,44 €. L'AJPA peut être attribuée pour des demi-journées de réduction d'activité professionnelle. L'allocation journalière du proche aidant est versée dans la limite de 66 jours pour l'ensemble de la carrière, quelle que soit l'activité professionnelle exercée et quel que soit le nombre de personnes aidées (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023i).
- **Le congé de proche aidant** permet au salarié de s'occuper d'une personne handicapée, âgée ou en perte d'autonomie. Ce congé est accessible sous conditions (lien familial ou étroit avec la personne aidée, résidence en France de la personne aidée) et pour une durée limitée. Le congé de proche aidant est ouvert à tout salarié. La durée maximale du congé de proche aidant est fixée par convention, accord collectif d'entreprise ou accord de branche étendu. En l'absence de dispositions conventionnelles, la durée maximale du congé est de trois mois. Le congé peut être renouvelé. Toutefois, il ne peut pas dépasser un an sur l'ensemble de la carrière du salarié. Le salarié ne peut exercer aucune autre activité professionnelle pendant la durée du congé (Service-Public.fr, 2023).

- **Les services de répit à domicile ou de relayage** destinés aux aidants permettent de répondre au plus près aux besoins de remplacement des aidants. Le « relayeur » remplace l'aidant pendant son absence de manière ponctuelle et limitée dans le temps ou pendant la journée, de nuit, ou bien 24 heures sur 24 (Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023i).
- **La CNSA** finance plusieurs actions en faveur des aidants, soit les dépenses en formation, les projets de recherche innovants concernant les aidants, la mission de plateformes d'accompagnement et de répit, etc. (CNSA, 2022).
- **L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)** permet de financer différents types de dispositifs de répit d'une valeur allant jusqu'à 540,23 €/an²¹ et octroie de l'aide à l'usager en cas d'hospitalisation du proche aidant allant jusqu'à 1 073,30 € pour un hébergement temporaire ou un relais à domicile (montant de 2023)(Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches, 2023d).
 - Un proche aidant peut être époux, partenaire de PACS, concubin, parent ou allié (dits « aidants familiaux ») ou personne résidant avec la personne âgée ou entretenant des liens étroits et stables avec elle, qui lui vient en aide régulièrement ou fréquemment, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou une partie des actes ou activités de la vie quotidienne.
- Dans l'objectif de soutien aux actions d'accompagnement des proches aidants, **les organismes de protection sociale (CNAV, MSA, RSI)** et d'assurances complémentaires développent activement des initiatives pour accompagner les proches aidants (Bensadon, 2017).

21 Les types de répit incluent : l'accueil de jour ou de nuit, l'hébergement temporaire en établissement ou en accueil familial et le relais à domicile. L'usager doit participer aux paiements de dispositifs de répit selon ses ressources.

Comment circule l'argent pour les services de SAD en France



La coordination et la communication entre programmes

- La **Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie (CFPPA)** se réunit une fois par an pour définir les orientations de la politique gériatrique de chaque département.
- La **convention pluriannuelle entre l'État et les caisses de retraite** se rencontre pour fixer les principes et les objectifs d'une politique coordonnée et harmonisée d'action sociale en vue de la préservation de l'autonomie des personnes âgées (CNSA, 2022).
- Les **contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)** sont également utilisés pour favoriser une bonne organisation du secteur médico-social ou sanitaire. Les CPOM permettent de planifier les actions à mener et les moyens nécessaires pour les réaliser. Ils sont utilisés pour encourager la coordination des acteurs, la qualité des soins et des services et l'efficacité économique (Labazée, 2017; Bensadon, 2017; Cour des comptes, 2021).
- Il y a parfois un manque de soutien des autorités locales pour les mesures proposées par le gouvernement central et mises en œuvre par l'ARS. Le manque de collaboration entre l'ARS et le département a un impact direct sur l'organisation, la coordination et l'efficacité des services de soins de longue durée au niveau local (Or et al., 2021).

Les agences de contrôle

- Les **ARS** sont responsables de répondre aux objectifs du MSS et de la CNSA. Elles exercent un contrôle local, gèrent la tarification des services de soutien à domicile, développent l'offre de SAD, assurent l'équité territoriale et l'organisation de la coopération entre le secteur médico-social et les établissements de soins (Cour des comptes, 2021).
- L'**Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)** est responsable de valider ou, en cas de carence, d'élaborer des procédures, des références et des recommandations de bonnes pratiques professionnelles, notamment pour les SAD pour les personnes âgées, en vue de l'évaluation interne et externe des activités et de la qualité des prestations délivrées (Bensadon, 2017).

Le contrôle de la qualité

- L'autorité de santé française (HAS) a publié en mars 2022 le premier référentiel national pour l'évaluation de la qualité dans les secteurs social et médico-social, qui couvre plus de 40 000 établissements et services, ainsi que son manuel d'évaluation associé. L'objectif était d'avoir un cadre national unique et uniforme. Cette évaluation vise à promouvoir une approche d'amélioration continue de la qualité (Haute autorité de santé (HAS), 2022).
- Le manque d'informations sur les coûts et la qualité des soins fournis par différents prestataires constitue un problème pour les financeurs et les usagers. Il existe très peu d'études sur les coûts des services de soutien à domicile et il est difficile de savoir si et comment la qualité des services a été prise en compte (Or et al., 2021).
- Des initiatives ont été mises en place pour améliorer la qualité des services rendus dans le domaine des soins à domicile. Par exemple, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a instauré un tarif minimal pour une heure d'aide à domicile et créé une dotation complémentaire pour financer des actions visant l'amélioration de la qualité du service rendu. Des déductions fiscales et des aides sociales sont également disponibles pour faciliter le financement des prestations d'aide et de maintien à domicile, à condition que les organismes choisis possèdent les habilitations et agréments nécessaires (Le Media Social, 2023).

Les incitatifs à la performance et les mécanismes visant à limiter le contournement ou les comportements déviants

- La contractualisation des services de soutien à domicile avec les autorités régionales de santé et la CNSA, la création et l'utilisation d'indicateurs de performance et les agences de contrôle sont des mécanismes visant à promouvoir la qualité et à limiter les comportements déviants.

Les enjeux, les avantages, la performance axée sur la valeur pour l'utilisateur

LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE (CNSA)

- C'est un mécanisme innovant dans le financement des services de soutien à domicile en France. Elle vise à garantir que les fonds alloués sont suffisants pour répondre aux besoins croissants de la population vieillissante et des personnes en situation de handicap. Les enjeux auxquels fait potentiellement face la CNSA sont de concilier les besoins croissants avec les ressources disponibles et d'assurer une utilisation efficace et équitable des fonds.
- La CNSA pourrait présenter plusieurs avantages en matière de financement des services de SAD. En soutenant la viabilité financière, elle contribuerait à assurer une stabilité financière pour les prestataires de services, ce qui est essentiel pour maintenir une offre de qualité. De plus, la centralisation des ressources provenant de différentes sources de financement pourrait favoriser une meilleure coordination des financements et permettre une gestion plus efficace des ressources. Cela pourrait entraîner une optimisation des dépenses et une allocation plus équitable des ressources.
- Un fonds consacré à l'autonomie, comme celui géré par la CNSA, pourrait également répondre de manière plus précise aux besoins de la population ciblée. En ayant une vision globale des besoins et des ressources disponibles, la CNSA pourrait prendre des décisions éclairées pour orienter les financements vers les secteurs prioritaires, améliorant ainsi la pertinence et l'efficacité des services et soins à domicile.
- En matière de performance axée sur la valeur, l'approche de financement de la CNSA pourrait avoir un impact positif. En favorisant une gestion centralisée des ressources, elle contribuerait à une plus grande transparence de l'allocation des ressources. Cela permet potentiellement de mieux évaluer l'efficacité des investissements et de mesurer les résultats obtenus. De plus, en mutualisant les risques financiers entre les différents acteurs, la CNSA contribue à garantir une viabilité financière et à prévenir les situations de précarité financière liées à l'autonomie. Cela permet d'assurer une continuité et une qualité des services pour les usagers (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 2022).

- En ce qui concerne les services de SAD, il n'existe pas de cadre normatif pour la comptabilisation de l'activité, et les normes de comptage sont très disparates entre les régions. Par conséquent, les services de SAD ne sont pas toujours comptabilisés de manière fiable.
- Bien que le contrôle de l'autorisation et du fonctionnement des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESMS) ait été réformé, il continue d'être dysfonctionnel (Cour des comptes, 2021).
- Depuis 2019, les agences régionales de santé (ARS) travaillent à réformer le fonctionnement des activités en imposant la mise en place d'un tableau de bord de la performance. Elles encouragent également l'utilisation d'indicateurs pour mesurer l'activité des services, mais les indicateurs existants ne permettent pas toujours de rendre compte de la qualité ou de l'intensité des services fournis (Cour des comptes, 2021).

- Comme les ARS financent entièrement les services SSIAD sans considération de l'âge, de la dépendance et du revenu de l'utilisateur, il est possible qu'elles aient tendance à privilégier des patients présentant des conditions plus légères pour équilibrer leur budget.
- Les utilisateurs disposent de peu d'informations sur la qualité des prestations de soins de longue durée. Bien qu'un site Web gouvernemental fournisse des informations sur les prix et les frais des maisons de retraite, aucune donnée sur la qualité des soins n'est disponible. Cette lacune d'informations rend difficile pour les personnes âgées et leurs familles d'évaluer la qualité des services de soins de longue durée (Or et al., 2021).
- Pour les personnes âgées, la coordination des soins à domicile se caractérise souvent par un empilement de structures autonomes, ce qui rend l'offre difficilement compréhensible.
- Il existe d'importantes disparités entre les zones géographiques en ce qui concerne la disponibilité des services de soins de longue durée à domicile (Or et al., 2021).
- Le coût des services médicaux de soins de longue durée est relativement bien pris en charge par l'assurance maladie, toutefois le coût des services de soins personnels et sociaux supportés par les personnes âgées et les familles peut être assez élevé (Or et al., 2021).

Les enjeux de financement

- L'offre des services aux personnes en perte d'autonomie reste majoritairement institutionnelle.
- Les services de SAD ont des problèmes de financement dus à la dispersion des tarifs causée par le financement par dotation globale historique par département²².
- Le secteur de services de SAD connaît une pénurie de main-d'œuvre et souffre d'un manque d'attractivité pour les métiers du secteur médico-social, causé par des salaires non compétitifs, des journées de travail réparties en deux plages horaires et une forte charge de travail.
- Le paiement à l'acte des services de SAD fournis par des professionnels de santé libéraux engendre des coûts considérables pour le système.

²² Les SSIAD moins bien dotés ont un budget inférieur de 34% par rapport au SSIAD les mieux dotés. Cela accroît le refus de soins complexes, encourage la mise à pied d'employés et oblige la diminution de services pour respecter les budgets annuels.

- La solvabilité des établissements d'hébergement et des plateformes fournissant des services de soins de longue durée à domicile dépend des tarifs de base fixés au niveau national ou local. Cependant, les tarifs utilisés pour rémunérer ces prestataires varient considérablement au sein et entre les autorités locales, et ils semblent largement déconnectés des coûts réels des soins pour les prestataires.
- De plus, la France est confrontée à de nombreux défis économiques et sociaux liés au vieillissement de sa population, notamment en matière de finances publiques. En effet, la proportion de personnes âgées dans la société ne cesse d'augmenter, ce qui nécessite des ajustements importants en matière de dépenses de santé et de retraite. Ces dépenses sont financées par l'État et les cotisations d'employés/employeurs, ce qui pose des défis importants pour les politiques fiscales et sociales (Cour des comptes, 2021).

Les réformes récentes des mécanismes de financement

- La France est en cours de révision des financements des enveloppes fermées créant des contraintes aux SSIAD et aux SPASAD afin de réduire les barrières à l'innovation et d'augmenter la flexibilité de l'offre de services. En outre, la loi du 7 août 2020 sur la dette sociale et l'autonomie crée une cinquième branche de la sécurité sociale, destinée à répondre à la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, avec un projet de financement de 1 milliard d'euros. Il s'agit de la première étape d'une réforme globale du système français.
- Le gouvernement français envisage un scénario où la déduction salariale existante, soit la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), qui aura été entièrement remboursée d'ici 2024, serait convertie en financement de la perte d'autonomie. De surcroît, le recours au financement privé est présenté comme complémentaire au financement public. Il pourrait être envisagé de prendre en compte une partie du patrimoine immobilier lors du calcul du niveau de prestation perçue, afin de soutenir le financement des soins à domicile et en établissements résidentiels (European Commission and Social Protection Committee, 2021).
- Les problèmes liés aux salaires du personnel de santé ont été partiellement traités grâce aux accords du « Ségur de la santé ». Depuis le 1^{er} janvier 2022, les services de soins infirmiers à domicile bénéficient d'une augmentation de rémunération de 183 € par mois. Le personnel infirmier concerné ne relève pas de la branche de l'aide à domicile. Cependant, il est important de coordonner ces améliorations salariales pour éviter une concurrence entre les différents secteurs (Bensadon, 2017).

- La France a également un plan de mobilisation nationale pour répondre au manque d'attractivité pour les métiers du grand âge. Le plan concerne les diplômés, la formation continue et l'amélioration des conditions de travail (El Khomri, 2019). En 2022, le ministère des Solidarités et de la Santé français a lancé une refonte des services à domicile pour aider, accompagner et soigner les gens, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. Cette réforme vise à simplifier et améliorer l'accès à ces services pour les usagers et leurs aidants. Cette transformation se fera graduellement jusqu'en 2025, en collaboration avec les autorités locales, les agences de santé régionales et des gestionnaires de services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Le 17 juillet 2023, le décret relatif aux services autonomie à domicile a été publié. Il explique comment les nouveaux services intégrés combinant l'accompagnement et les soins seront organisés. La transition des anciens programmes de services à domicile vers cette nouvelle organisation se fera progressivement (Le Media Social, 2023; Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et de l'Égalité entre les femmes et les hommes, 2024).
- Réponses face à la gouvernance complexe : en août 2020, la France a ajouté le vieillissement comme nouvelle branche (autonomie) de l'assurance sociale, aux côtés des quatre branches existantes (santé, famille, emploi, retraite). Cette loi transfère la responsabilité de la réglementation et du financement des soins de longue durée médicaux de l'assurance maladie à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), renforçant ainsi son rôle dans la gestion des soins de longue durée en France. Cependant, cette création de la cinquième branche ne résout pas les lacunes structurelles du financement des soins de longue durée ni les inégalités régionales persistantes. Le financement des services de soins de longue durée reste du ressort des collectivités locales, ce qui entraîne des variations en fonction de leurs politiques et de leur niveau de richesse. En outre, le Dispositif d'appui à la coordination (DAC) a nouvellement été créé à partir des structures de coordination existantes pour favoriser la coordination des professionnels de santé et du secteur social dans la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie.
- Des réformes pour les personnes proches aidantes : plusieurs mesures ont été mises en place pour soutenir les aidants familiaux et faciliter les soins informels. La loi ASV en France a élargi la définition légale des aidants familiaux, incluant désormais les conjoints, partenaires, concubins, parents, ainsi que les personnes résidant avec la personne concernée ou entretenant des liens étroits et stables avec elle. Cette loi reconnaît également le « droit au répit » pour les aidants, leur permettant de prendre une pause. Le congé de proche aidant offre la possibilité aux aidants de suspendre temporairement leur activité professionnelle tout en conservant leur poste et leurs droits dans l'entreprise. Ce congé peut durer jusqu'à trois mois (sauf en cas d'accord collectif) et peut être renouvelé. Depuis le 30 septembre 2020, ce congé est rémunéré, ouvrant ainsi des droits à la retraite, avec une allocation de 52 € par jour pour une personne seule et 43 € pour les personnes vivant en couple (European Commission and Social Protection Committee, 2021).

RÉFÉRENCES

- Assurance maladie. (2023). *La participation forfaitaire de 1 €*. <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/reste-charge/participation-forfaitaire-1-euro>
- Bensadon, A.-C., Daniel, C. et Scarbonchi, F. (2017). Évaluation de la mise en œuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile. *Rapport, Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale de l'administration*, 330.
- Brunel, M., Latourelle, J. et Roy, D. (2019). Les disparités d'APA à domicile entre départements. *Dossiers de la DREES*, 10.
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). (2022). *Financement de l'aide aux proches aidants*. <https://www.cnsa.fr/budget-et-financement/financement-de-laide-aux-proches-aidants>
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). (2022). *Conférence des financeurs*. <https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires/conference-des-financeurs>
- Cour des comptes. (2021). *Les services de soins à domicile : Une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradation des soins*.
- Ehpapresse.fr. (2021). *La CNSA lève le voile sur la valeur « Point GIR »*. *Le Mensuel des Maisons de Retraite* n° 245. <https://www.ehpapresse.fr/actualite/la-cnsa-leve-le-voile-sur-la-valeur-point-gir/>
- El Khomri, M. (2019). *Grand âge et autonomie : plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024*. Ministère des Solidarités et de la Santé.
- Haute autorité de santé (HAS). (2022). *La HAS publie le premier référentiel national pour évaluer la qualité dans le social et le médico-social*. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3323113/fr/la-has-publie-le-premier-referentiel-national-pour-evaluer-la-qualite-dans-le-social-et-le-medico-social
- Labazée, G. (2017). Mission relative à la tarification et aux perspectives d'évolution des services d'aide et d'accompagnement à domicile. *Ministère des Affaires sociales et de la Santé*, 23, 53-55.
- Le Media Social. (2023). *Aide à domicile : l'augmentation du tarif plancher est actée*. https://www.lemediasocial.fr/aide-a-domicile-l-augmentation-du-tarif-plancher-est-actee_PQaZWT
- Légifrance. (2023). *Code de l'action sociale et des familles*. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000027037614/

- Maison départementale des personnes handicapées. (2023). *Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile, SESSAD*. <https://www.mdph13.fr/demarches/Pages/SESSAD.aspx>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2022). *La réforme des services à domicile. Direction générale de la cohésion sociale*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reformes-des-services-a-domicile-et-plfss-2022.pdf>
- Ministère des Solidarités et des Familles. (2023). *Financement des services à domicile : de nouveaux outils pour les gestionnaires et les départements*. <https://solidarites.gouv.fr/financement-des-services-domicile-de-nouveaux-outils-pour-les-gestionnaires-et-les-departements>
- Ministère du Travail, du Plein emploi et de l'Insertion (2023). *Le chèque emploi-service universel (CESU) « déclaratif »*. <https://travail-emploi.gouv.fr/le-cheque-emploi-service-universel-cesu-declaratif>
- Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et de l'Égalité entre les femmes et les hommes. 2024. *Réforme de l'offre des services à domicile*. <https://solidarites.gouv.fr/reforme-de-loffre-des-services-domicile>
- Mon parcours handicap.gouv.fr. (2024a). *L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)*. <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/aides/lallocation-personnalisee-dautonomie-apa#quels-sont-les-criteres-d-attribution-de-l-apa>
- Mon parcours handicap.gouv.fr. (2024b). *LPRP : Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie*. <https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/glossaire/lppr>
- Nobo Life. (2023). *Tarif Femme de ménage 2023*. <https://nobo.life/tarif-femme-de-menage#prestataire>
- Or, Z., Penneau, A. (2021). Long-term care in France : the loose connection between pricing, costs and quality with regional inequalities. *WKC Policy Series on Long-Term Care No. 2 : France*.
- Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. (2020). *Faire appel à un centre de santé infirmier*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/faire-appel-a-un-centre-de-sante-infirmier>
- Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. (2023a). *Les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile)*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/les-ssiad-services-de-soins-infirmiers-domicile>
- Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. (2023b). *Le centre communal d'action sociale (CCAS) / la Mairie*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/le-centre-communal-daction-sociale-ccas-la-mairie>

Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. (2023c). *L'APA à domicile*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/lapa-domicile>

Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. (2023d). *Les aides fiscales pour l'aide à domicile*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/les-aides-fiscales-pour-l-aide-a-domicile>

Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. (2023e). *Les SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile)*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/les-spasad-services-polyvalents-daide-et-de-soins-domicile>

Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. (2023f). *Faire appel à un infirmier libéral*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/faire-appel-a-un-infirmier-liberal>

Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. (2023g). *Être rémunéré pour l'aide apportée à son proche*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/solutions-pour-les-aidants/soutien-financier/etre-remunere-pour-laide-apportee-a-son-proche>

Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. (2023h). *Quelles sont les aides des caisses de retraite?* <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/aides-financieres/quelles-sont-les-aides-des-caisses-de-retraite>

Portail national d'information pour les personnes âgées et leurs proches. (2023i). *Soutien financier*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/solutions-pour-les-aidants/soutien-financier>

Pour les personnes âgées.gouv.fr. (2023). *Bénéficiaire de soins à domicile*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile>

Previsima. (2024). *Perte d'autonomie*. <https://www.previsima.fr/dependance.html>

Sanitaire-social.com. (2023). *Combien coûtent les services d'aide à domicile et comment les financer?* <https://www.sanitaire-social.com/annuaire-soins-et-aide-a-domicile/guide/combien-coutent-les-services-d-aide-a-domicile-et-comment-les-financer>

Selectra. (2023). *Sécurité sociale : attestation, numéro et BRSS*. <https://selectra.info/assurance/mutuelle-sante/securite-sociale>

Service-Public.fr. (2024d). *Allocation personnalisée d'autonomie (APA)*. Le site officiel de l'administration française. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12484>

Service-Public.fr. (2024a). *Prestation de compensation du handicap (PCH)*.

Service-Public.fr. (2024b). *Allocation aux adultes handicapés (AAH)*. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12242>

Service-Public.fr. (2024c). *Cesu déclaratif ou Cesu préfinancé : quelles différences?* <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F13607>

Service-public.fr. (2024e). *Congé de proche aidant.* <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16920>

Urssaf. (2023). *Le Cesu, qu'est-ce que c'est? Qui est concerné?* <https://www.cesu.urssaf.fr/info/accueil/utiliser-le-cesu/le-service-cesu/le-cesu--quest-ce-que-cest.html>

5. PAYS-BAS

Description et historique

- Le système de santé néerlandais est régi par quatre lois fondamentales relatives aux soins de santé, soit la loi sur l'assurance maladie (*Zorgverzekeringswet*), la loi sur les soins de longue durée (*Wet langdurige zorg*), la loi sur le soutien social (*Wet maatschappelijke ondersteuning*) et la loi sur la jeunesse (*Jeugdwet*).
- Les lois et les programmes encadrant le soutien à domicile pour les personnes dépendantes sont les suivants :
 - La *loi sur l'assurance maladie (Zvw)* fournit une couverture pour les soins de santé à domicile, tels que les soins infirmiers, les soins personnels et les soins palliatifs. Cette couverture est fournie par les compagnies d'assurance maladie. En 2006, la nouvelle loi sur l'assurance maladie est entrée en vigueur, en vertu de laquelle tous les résidents des Pays-Bas ont droit à une assurance maladie de base complète.
 - La *loi sur les soins de longue durée (Wlz)*, en vigueur depuis 2015, offre des services de soutien à domicile 24 heures sur 24 pour les personnes les plus vulnérables de la population, telles que les personnes âgées atteintes de démence avancée, de handicaps physiques ou intellectuels graves, et les personnes souffrant de troubles psychiatriques de longue durée. Les soins comprennent l'assistance personnelle, l'aide domestique et les soins infirmiers.
 - La *loi sur le soutien social (Wmo)*, en vigueur depuis 2015, est gérée par les autorités municipales. Celle-ci fournit une assistance pour les activités quotidiennes, l'aide domestique, les adaptations du logement, les moyens auxiliaires et d'autres services de soutien pour les personnes atteintes de handicaps physiques, mentaux ou psychologiques, y compris les personnes âgées. Le soutien est conçu pour que les gens puissent continuer à être des membres productifs de la société et continuer à vivre chez eux, se reposant sur le principe de solutions personnalisées et d'une approche individuelle.
 - Le *budget personnel (Pgb)* est un programme qui fournit une allocation financière aux personnes âgées et aux personnes souffrant d'un handicap nécessitant des soins à domicile pour qu'elles puissent acheter les services de soins et d'assistance qu'elles souhaitent (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2024a).

Les données contextuelles, 2022

Proportion de la population âgée de 65 ans et plus (1)	20%
Proportion de la population âgée de 80 ans et plus (2)	5%
Espérance de vie à 65 ans (3)	19,8 ans
Espérance de vie à la naissance (4)	81,7 ans
Dépenses de santé par habitant (5)	5 347,8 \$ US PPA
Dépenses de santé en pourcentage du PIB (6)	10,1%
Dépenses de soins de longue durée en pourcentage du PIB (7)	2,9%
Part des dépenses de services de SAD dans les dépenses de soins de longue durée (8)	19,8%
PIB par habitant (9)	80 752 \$ PPA
Ratio de dépendance (10)	3,2

Sources : Données (1,2,10) : United Nations Population Division. World Population Prospects : 2022 Revision, www.worldbank.org. Données (3,4) : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2023). Données de l'OCDE. Site Web. <https://www.oecd.org/fr/data.html>. Données (5,6,7,8,9) : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2023). Data Explorer : Dépenses de santé et financement. www.data-explorer.oecd.org.

Les données sur les services de soutien à domicile

- En 2016, 314 220 personnes ont bénéficié de soins de longue durée (Tikkanen et al., 2020).
- En 2016, le pourcentage de personnes de 65 ans et plus recevant des soins informels était d'environ 7,5%. (Dyer et al., 2020).
- En 2018, le pourcentage de personnes âgées de 65 ans recevant de l'aide formelle à domicile était d'environ 8%, ce qui représente une importante baisse de 6% en comparaison avec 2011 (Costa-Font, 2022).
- En 2016, plus de 40% des personnes de 80 ans et plus recevaient une forme de soins de longue durée (Dyer et al., 2022).

Les sources de financement

- **L'assurance maladie** est responsable des soins infirmiers de district et de certaines aides médicales (*loi sur l'assurance maladie, Zvw*) (Institut de santé Pays-Bas, 2023)
 - Les citoyens doivent souscrire une assurance maladie obligatoire pour le financement de leur santé, mais ils sont libres de choisir leur assureur maladie et la police d'assurance qui leur convient. À partir de 18 ans, ils doivent payer une prime mensuelle à leur assureur maladie pour leur assurance de base.
 - Les cotisations du régime d'assurance pour les salariés sont à la charge de l'employeur. Elles sont prélevées sur le salaire brut, dans la limite d'un plafond annuel fixé à 59 706 €. Le montant de la prime est basé sur un pourcentage fixe de 6,75 % (CLEISS, 2023)²³.
 - La loi sur l'assurance maladie est mise en œuvre par des assureurs de santé privés et des prestataires de soins de santé. Il est à noter que presque toutes les compagnies d'assurance maladie aux Pays-Bas sont des coopératives à but non lucratif qui affectent tous les bénéfices qu'elles réalisent aux réserves qu'elles sont tenues de maintenir ou les retournent sous forme de primes plus basses. Il y a un total de 24 assureurs aux Pays-Bas.
 - Les assureurs maladie néerlandais sont tenus d'accepter tous les assurés, sans considération de leur état de santé, de leur âge ou de leur revenu. En outre, les frais liés aux soins infirmiers et personnels (en cas de maladie physique ou d'invalidité et en cas de démence) sont couverts par la loi sur l'assurance maladie et remboursés par la caisse maladie de la personne âgée.
- **Le bureau de soins** est responsable des soins ou des supervisions permanentes (*loi sur les soins de longue durée, Wlz*) (Gouvernement central, 2023a).
 - La loi sur les soins de longue durée est une assurance sociale légale obligatoire pour laquelle les gens paient une prime dépendante du revenu par le biais de leur impôt sur la paie. Le montant de la prime est basé sur un pourcentage fixe (9,65 %) de l'impôt sur le revenu, sur un montant maximal de 35 472 EUR (CLEISS, 2023). De plus, les adultes qui souhaitent bénéficier des services de soins de santé en vertu de la loi sur les soins de longue durée paient une contribution personnelle qui dépend également de leur revenu. Dans ce cas, il importe que le client vive à domicile ou dans un établissement de soins, soit plus jeune ou plus âgé que 65 ans, et soit célibataire, marié ou ait un colocataire. Toutes les contributions sont déposées dans le Fonds de soins de longue durée (Flz), géré par l'Institut national des soins de santé (*Zorginstituut*).

23 Taux applicable au 1^{er} janvier 2022.

- Si le Fonds de soins de longue durée est insuffisant, le gouvernement le complète à l'aide de fonds publics. Différentes formes de financement sont utilisées, selon que le client a opté pour des soins contractés ou un budget de soins de santé personnel. Pour les coûts des soins de santé contractés, une partie du fonds est transférée au Bureau central d'administration (CAK)²⁴, qui paie ensuite les fournisseurs de soins de santé sur demande des bureaux d'administration de soins de santé. Pour le paiement par le biais du budget de soins de santé personnel, une partie du fonds est transférée à la Banque d'assurance sociale (*Sociale Verzekeringsbank/SVB*), qui gère les budgets personnels des titulaires de tels budgets.
- **La municipalité** est responsable du soutien social des modifications du domicile et de certaines aides (*loi sur le soutien social (Wmo)*) +
 - Pour le financement du soutien en vertu de la loi sur le soutien social, les autorités locales reçoivent des fonds du gouvernement central par l'intermédiaire du Fonds municipal. Les autorités locales sont libres d'allouer les fonds et les ressources en vertu de la loi. L'exécutif municipal est responsable de ses dépenses envers le conseil municipal. Le soutien contracté est payé par l'autorité locale directement au prestataire qui a fourni le soutien. Pour le soutien organisé par les individus au moyen d'un budget de soins de santé personnel, l'autorité locale transfère des fonds à la Banque d'assurance sociale, où les clients disposant d'un budget de soins de santé personnel peuvent envoyer les factures qu'ils ont reçues pour leur soutien à domicile et les faire payer. Cela est appelé « droits de tirage » ou « droits de tirage spéciaux ». Enfin, les clients peuvent payer une contribution personnelle pour les dispositions personnalisées, qui dépend du revenu ou du capital, jusqu'à un maximum du prix coûtant.
 - La personne âgée est tenue de payer le tarif d'abonnement de 19,00 € par mois pour la plupart des services d'aide et de soutien de la loi sur le soutien social (Wmo). Cela s'applique à toutes les installations sur mesure et générales pour lesquelles il existe une relation d'assistance durable, et il est un taux maximum qui peut être réduit pour les ménages disposant d'un revenu minimum (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023a).

24 Le CAK effectue diverses tâches statutaires essentielles pour le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, telles que la détermination et la perception des contributions personnelles pour la loi sur les soins de longue durée (Wlz) et la loi sur le soutien social (Wmo), des paiements aux prestataires de soins de santé, des réglementations pour les citoyens ne relevant pas autrement du système de santé néerlandais, la gestion du régime de subventions pour les soins médicalement nécessaires pour les personnes non assurées, un règlement sur l'étranger pour les bénéficiaires de traités et la gestion du point de contact national pour les soins transfrontaliers (PCN) afin d'informer les patients de l'UE souhaitant se faire soigner dans un autre pays de l'UE.

Les prestataires de services de soutien à domicile

LES PRESTATAIRES PUBLICS

- **Les soins médicaux Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP) :**
 - Ils sont fournis par des spécialistes en gériatrie, des médecins pour handicapés mentaux, des physiothérapeutes ou des ambulanciers paramédicaux, ainsi que des psychologues ou autres spécialistes du comportement (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023c).
 - Les assureurs maladie concluent des contrats avec les prestataires de soins sur les conditions de prestation des soins ou remboursent (une partie) des frais des prestataires non conventionnés. Le gouvernement établit un budget global pour les soins infirmiers et personnels sur la base d'un accord national avec les associations représentatives des prestataires et des assureurs. Les soins sont pris en charge par l'assurance maladie (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023b).
- **Aide-ménagère auprès de la commune :**
 - L'utilisateur peut solliciter une aide-ménagère auprès de sa commune (guichet Wmo, équipe départementale/de quartier ou numéro de téléphone général de sa commune). L'utilisateur peut également vérifier auprès de sa caisse maladie s'il a droit à une aide-ménagère, par exemple par le biais d'une assurance complémentaire (ANBO, 2023).
- **Aide-ménagère auprès de l'assurance dépendance (Wlz) :**
 - La personne âgée peut aussi solliciter une aide-ménagère auprès de l'assurance de soins de longue durée (Wlz). Cela peut inclure la préparation des repas, la lessive, le repassage, etc. Toutefois, il n'est pas possible pour la personne âgée de choisir en fonction de quelle loi elle souhaite une aide domestique. Sa situation et ses besoins en matière de soins déterminent la loi qui s'applique à ses soins et à son soutien (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023c).

LES PRESTATAIRES PRIVÉS À BUT LUCRATIF

- **Les soins infirmiers de district à domicile :**
 - Ils sont fournis par des infirmiers de district. Le personnel infirmier de district conclut des accords avec la commune concernant les soins, l'aide sociale et le logement. L'infirmier de district détermine les soins dont la personne a besoin, mais aussi le soutien pour l'aide-ménagère par le biais de la municipalité (Commune Doesburg – Services sociaux, 2023).

- **Les soins infirmiers de district en nature (ZIN) ainsi que l'aide-ménagère à domicile :**
 - Ils sont fournis par des organismes de soins à domicile privés, tels que le Stichting Thuiszorg Midden-Gelderland (STMG) (STMG, 2023), ou par des bénévoles travaillant pour des organisations de soins à domicile, telles que Thuiszorg Nederland (Thuiszorg Nederland, 2023).
- Les soins infirmiers et personnels sont couverts par le **régime social d'assurance maladie**. L'engagement des prestataires de soins est délégué par le gouvernement national à des assureurs maladie concurrents qui supportent les risques. Trois limites réglementaires restreignent la marge de négociation entre les assureurs maladie et les prestataires : (i) les assureurs maladie et les prestataires de soins doivent se conformer à une contrainte budgétaire globale fixée par le gouvernement national; (ii) les prix sont en partie réglementés par l'Autorité néerlandaise de la santé (NZA); et (iii) les assureurs doivent rembourser une partie des prix facturés par les prestataires non conventionnés.
 - Les prix des soins infirmiers et des soins personnels sont fixés de deux manières différentes. Premièrement, les prix maximaux réglementés pour les types d'activités définis par la loi ont traditionnellement été fixés par l'Autorité néerlandaise de la santé (NZA) sur la base des coûts moyens calculés par activité.
 - Les assureurs maladie et les prestataires de soins négocient les prix de ces activités jusqu'au prix maximum réglementé. S'ils signent un contrat, les prix négociés sont entièrement remboursés par l'assureur. Si aucun contrat n'est conclu, les prestataires de soins peuvent facturer un prix jusqu'au niveau maximum réglementé directement aux consommateurs. En fonction du contrat d'assurance entre l'assureur maladie et le consommateur, les assureurs maladie remboursent alors 70 à 100 % du prix moyen payé aux prestataires sous contrat.
 - Deuxièmement, au lieu de payer des prix maximaux réglementés ou de négocier des prix inférieurs pour des types d'activités légalement définis, les prestataires et les assureurs peuvent également opter pour la négociation d'un prix intégré unique pour un ensemble d'activités convenues. Dans ce cas, un contrat entre le prestataire et l'assureur est nécessaire. L'option des prix intégrés a été introduite en 2016 à titre expérimental pour une période de cinq ans (c'est-à-dire jusqu'en 2021).
 - Dans la plupart des cas, assureurs maladie et prestataires de soins négocient non seulement un prix intégré (à l'heure, à la journée, à la semaine ou au mois), mais également un plafond budgétaire (ou plafond de dépenses) par prestataire. Selon l'Autorité néerlandaise de la santé (Autorité néerlandaise de la santé (NZA), 2019), la majorité des contrats entre assureurs et prestataires stipulent que, si le plafond budgétaire est atteint, le prestataire a l'obligation de continuer à fournir les soins, ce qui transfère la responsabilité de limiter les coûts et le risque financier de l'assureur au prestataire.

- **Les soins non conventionnés :**

- Les prestataires de soins et les assureurs ne sont pas tenus de conclure un contrat. Les fournisseurs non contractuels facturent directement aux consommateurs un prix pour leurs services. Le prix maximum qu'ils peuvent facturer pour un ensemble d'activités spécifique est déterminé par l'Autorité néerlandaise de la santé (NZA). Les assureurs maladie peuvent rembourser aux usagers tout ou partie du prix. Légalement, il est stipulé qu'en cas de remboursement incomplet, cela ne doit pas empêcher les personnes de consulter un prestataire non conventionné. Les décisions de justice ne prévoient pas de niveau minimum précis pour le remboursement des prestataires non contractuels, mais dans la pratique, le niveau de remboursement minimum utilisé par les assureurs est fixé à 70 % du prix moyen payé aux prestataires contractuels (Autorité néerlandaise de la santé (NZA), 2019).

LES ORGANISATIONS À BUT NON LUCRATIF

- **Le Buurtzorg :**

- C'est une organisation de soins de santé pionnière créée en 2006 avec un modèle de soins considérant l'ensemble des besoins de ses patients, y compris leurs besoins médicaux, sociaux et psychologiques, dirigée par une infirmière qui a révolutionné les soins communautaires aux Pays-Bas. Essentiellement, le programme permet aux infirmières (plutôt qu'aux infirmières auxiliaires ou aux femmes de ménage) de fournir tous les soins dont le patient a besoin (Buurtzorg, 2023).

LES BUURTZORG : UN MODÈLE INNOVANT DE SOINS AUTOGÉRÉS

L'organisation Buurtzorg vise à fournir tous les soins dont le patient a besoin. Ce mode de fonctionnement a entraîné des coûts horaires plus élevés, mais les résultats ont été moins d'heures au total. En effet, en modifiant le modèle de soins, Buurtzorg a réalisé une réduction de 50 % des heures de soins, amélioré la qualité des soins et augmenté la satisfaction au travail des employés.

Les équipes autogérées ont une liberté professionnelle avec une grande responsabilité. Une équipe de 12 personnes travaille dans un quartier, s'occupe des personnes ayant besoin d'aide et gère le travail de l'équipe. Une nouvelle équipe trouvera son propre bureau dans le quartier, passera du temps à se présenter à la communauté locale et à faire connaissance avec des médecins généralistes, des thérapeutes et d'autres professionnels. L'équipe décide de la manière dont elle organise le travail, partage les responsabilités et prend des décisions.

Buurtzorg Nederland emploie plus de 10 000 infirmiers et assistants dans 850 équipes autogérées. Quinze entraîneurs régionaux accompagnent les équipes selon les besoins. Le bureau administratif de Buurtzorg, composé de 45 employés, maintient les frais généraux à un faible niveau (8% contre 25% dans des organisations comparables) en s'occupant de la paie et de la facturation pour libérer le reste de l'organisation, lui permettant de se concentrer sur les soins. Buurtzorg est maintenant actif dans 24 pays et dispose d'une petite équipe internationale pour soutenir son travail international.

Buurtzorg conclut des contrats avec toutes les caisses d'assurance maladie pour la fourniture de soins infirmiers de district. Les soins infirmiers de district sont ainsi pris en charge par l'assureur maladie de l'utilisateur. L'utilisateur ne doit pas fournir d'apport personnel et il n'y a pas de franchise (Buurtzorg, 2023).

Le panier de services à domicile

- **Les soins médicaux (GZSP) :**
 - Plaintes physiques, psychologiques et les problèmes de comportement, par exemple pour la maladie de Parkinson, la maladie de Huntington, la sclérose en plaques, les accidents vasculaires cérébraux, etc. (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023b).
- **Les services de soins à domicile en vertu de la loi Wlz :**
 - Soins à domicile pour une longue durée, incluant les soins pour personnes handicapées, les soins résidentiels, les soins personnels, la supervision, les soins médicaux et infirmiers, ainsi que les aides médicales et les services de transport (Tikkanen et al., 2020).

- **Les soins infirmiers à domicile comprennent :**
 - *Les soins infirmiers de district* qui englobent les soins infirmiers et les soins personnels, incluant le soin des plaies, l'administration des médicaments, les soins avec un cathéter, etc., ainsi que de l'aide pour s'habiller, se laver et se doucher et les soins de la peau. Le personnel infirmier est également responsable de coordonner les soins, de remarquer les changements dans la situation de la personne, d'assurer le coaching, les soins préventifs, etc. (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023d);
 - *Les soins infirmiers spécialisés à domicile* tels que des insertions intraveineuses, l'administration de médicaments par perfusion intraveineuse, l'administration de l'oxygène, etc. (Ministère de la Santé; du Bien-Être et des Sports, 2023e);
 - Pour les personnes ayant besoin de soins de longue durée (plus d'un an) ou de soins palliatifs terminaux, *l'achat de leurs propres soins infirmiers et soins personnels (Zvw-pgb)*. L'usager admissible a la possibilité d'avoir son propre budget personnel (pgb) de la loi sur l'assurance maladie (Zvw) pour s'acheter lui-même des soins infirmiers de district. Les usagers ont la liberté de choisir leurs prestataires de services (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023f).
- **Les services d'aide et d'accompagnement à domicile :**
 - Services de soutien à domicile, incluant les activités de la vie domestique, le nettoyage, le lavage, le repassage, la cuisine, la vaisselle, l'entretien du jardin, les courses, etc.;
 - Aide au ménage fournie par la loi sur le soutien social (Wmo);
 - Aide au ménage fournie par la Wlz, sans choix de prestataire par l'usager (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023g).
- **Les soins de santé mentale à domicile :**
 - Services qui offrent des moments pour converser, de l'aide psychologique et des conseils pour l'usager (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023h).
- **L'accompagnement**, qui inclut :
 - Aide pour les questions pratiques telles que l'administration, les achats, la gestion de l'argent, le traitement du courrier, etc. Il permet également d'offrir un point de contact et un moment de communication pour l'usager;
 - Accompagnement aussi offert au proche aidant (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023i).
- **L'aide par un bénévole**, qui inclut :
 - Aide pratique (tâches ménagères, aide au transport, accompagnement social et pratique, soins personnels, etc.) (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023j).

Les critères d'admissibilité

- **Assurance maladie obligatoire de la loi générale sur les soins de santé** (Zorgverzekeringswet (Zvw)) pour toute personne qui vit ou travaille aux Pays-Bas (Institut de santé des Pays-Bas, 2023).
- **Assurance de soins de longue durée de la loi sur les soins de longue durée** (Wet Landurige Zorg (Wlz)) : Il appartient au Centre d'évaluation des besoins de soins (Centrum Indicatiestelling Zorg, CIZ) de déterminer si l'assuré remplit les conditions pour bénéficier de l'assurance pour les soins de longue durée. Pour chaque bénéficiaire sont définis le type et la quantité de soins requis, ainsi que leur durée (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023c).
- **Aide sociale de la municipalité de la loi sur l'aide sociale (Wmo) :** La commune détermine si l'utilisateur a réellement besoin d'une aide-ménagère et, si oui, pour combien d'heures par semaine (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023a). L'aide au ménage de la commune (Wmo) est une aide accordée aux personnes âgées de 18 ans ou plus qui ne peuvent pas effectuer les tâches ménagères en raison d'une maladie, d'un handicap ou de la vieillesse, et qui n'ont pas droit aux soins de longue durée (Wlz). La personne doit également ne pas avoir d'aide de son entourage. Les conditions peuvent varier selon les municipalités.
- **Paiement à partir d'un budget personnel (pgb) :** Les soins en vertu de la loi sur les soins de longue durée sont destinés aux jeunes et aux adultes qui ont besoin d'une surveillance permanente ou de soins 24 heures sur 24 à proximité tout au long de leur vie (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023k).
- **Réduction fiscale pour l'utilisateur :** La condition est qu'un médecin impliqué dans le traitement de l'utilisateur considère les soins offerts comme nécessaires. Seule la partie des frais qui dépasse un certain montant, le montant seuil, est déductible. Le montant seuil pour des frais de santé précis en 2023 dépendait du seuil de revenu de l'utilisateur et de la présence ou non d'un partenaire fiscal (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023l).

L'évaluation des besoins et la détermination des services de soutien à domicile

- Aux Pays-Bas, l'évaluation des besoins et la détermination des services de SAD varient en fonction des différents programmes de soins. Pour les services de soins médicaux pour des groupes de patients spécifiques à domicile (GZSP), les spécialistes en médecine gériatrique ou les médecins pour handicapés mentaux collaborent avec l'utilisateur pour élaborer un programme de soins adapté à ses besoins (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023b).
- Concernant les soins à domicile de longue durée (Wlz), l'inscription à ce programme est automatique et obligatoire. Les individus demandent l'accès à ce programme auprès du Centre d'évaluation des besoins de soins (CIZ), où un évaluateur détermine si les critères d'admissibilité sont remplis en utilisant un outil standardisé. Les soins auxquels les personnes ont droit dépendent du type et de la gravité de leur handicap. Dans le cadre de la loi sur les soins de longue durée, l'accès aux soins est un droit légal, et l'admissibilité est basée uniquement sur des critères formels concernant l'état de santé et les handicaps d'une personne (Bakx et al., 2021).
- L'outil d'évaluation géré par le Centre d'évaluation des besoins de soins (CIZ) présente le potentiel d'améliorer la performance des services de SAD en optimisant l'allocation des ressources disponibles. En instaurant des critères uniformes à travers le pays pour l'attribution des services, il contribue à réduire les risques de surutilisation ou de mauvaise utilisation des ressources. De plus, cet outil offre la possibilité d'une meilleure prévisibilité des coûts. Par ailleurs, il peut potentiellement alléger la lourdeur administrative en proposant un processus standardisé.
- Les **soins à domicile de longue durée (Wlz)** :
 - Pour le panier de services complet à domicile, l'utilisateur discute avec son bureau de soins ou son prestataire de soins pour déterminer l'ensemble des services de soutien à domicile dont il a besoin. Le bureau de soins est responsable de conclure des contrats avec des prestataires de soins de longue durée pour toutes personnes ayant une indication pour la loi Wlz et de veiller à ce que l'utilisateur reçoive les soins nécessaires (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023c).
 - Pour le *Wlz-pgb*, l'utilisateur doit posséder une indication en vertu de la loi Wlz et ensuite discuter avec le bureau de soins pour établir les soins nécessaires. L'utilisateur rédige un plan budgétaire des soins achetés auprès du ou des fournisseurs de soins. Ensuite, il conclut une convention de soins avec chaque prestation (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023k)²⁵.

25 Celle-ci contient des accords commerciaux tels que le salaire horaire. Parfois, elle doit également comprendre une description des soins, qui décrit à quoi ressembleront ses soins.

- Pour le forfait modulaire à domicile, l'utilisateur doit avoir une indication de la loi Wlz avec la liste des soins dont il a besoin (ex. : soins infirmiers, soins personnels, accompagnement, aide-ménagère, etc.). L'utilisateur doit faire la demande de demeurer à domicile et ensuite le bureau de soins évalue si sa situation s'y prête (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023m).
- Les usagers ayant besoin d'une surveillance permanente ou d'une assistance 24 heures sur 24 sont admissibles aux prestations Wlz et ils sont évalués par le Centre d'évaluation des besoins de soins (Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)) qui détermine leur admissibilité en fonction des besoins cliniques uniquement (pas de tests de moyens) (Tikkanen et al., 2020).
- En ce qui concerne les soins infirmiers à domicile, l'infirmier de district détermine les soins et les autres formes d'aide dont la personne a besoin. Les soins infirmiers à domicile sont prescrits par un médecin spécialiste. Pour l'achat de soins infirmiers et de soins (Zvw-pgb), l'utilisateur doit avoir une indication pour les soins infirmiers de district, et celui-ci doit expliquer pourquoi il a besoin d'un budget personnel et pourquoi les soins en nature ne sont pas adaptés (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023).
- En ce qui concerne la loi sur le soutien social (Wmo), les municipalités sont responsables de fournir une assistance et un soutien social adaptés aux besoins de chaque individu. Les critères d'admissibilité et la manière dont les cas individuels sont évalués peuvent varier d'une municipalité à l'autre (Bakx et al., 2021).

Comment fonctionne le paiement des services à domicile

- Le gouvernement national établit un budget macro pour tous les soins financés par l'assurance sociale de soins de longue durée pour l'année à venir sur la base des prévisions de l'Autorité néerlandaise de la santé (NZA) (Autorité néerlandaise de la santé (NZA), 2018). Ces prévisions essaient de prendre en compte les changements de salaires et de prix, les changements démographiques et les changements de politique. Le budget macro est ensuite réparti entre les bureaux d'achat régionaux. L'allocation des fonds entre les régions s'appuie sur des bases historiques, bien qu'un modèle basé sur des indicateurs de la demande de soins soit en cours d'élaboration. Les centrales d'achat régionales sont responsables de l'approvisionnement en soins dans leur région. Ce faisant, elles doivent respecter le budget régional forfaitaire fixé par le gouvernement.
- Dans le cadre du régime social d'assurance maladie, les **assureurs maladie** sont responsables de l'achat ou du remboursement des soins infirmiers et personnels. À cette fin, les assureurs maladie concluent des contrats avec les prestataires de soins sur les conditions de prestation des soins ou remboursent (une partie) des frais des prestataires non conventionnés. Le gouvernement établit un budget global pour les soins infirmiers et personnels sur la base d'un accord national avec les associations représentatives des prestataires et des assureurs.

- **Les centrales d'achat régionales :** La contractualisation des prestataires de soins est déléguée par le gouvernement national aux bureaux d'achat régionaux. Après avoir reçu le budget établi par le gouvernement national, les bureaux d'achat régionaux négocient annuellement les volumes et les prix avec chaque fournisseur. Les prix négociés sont généralement inférieurs aux prix maximaux fixés par l'Autorité néerlandaise de la santé (NZA), en partie pour permettre aux bureaux d'achat régionaux de respecter le budget régional. Les centrales d'achat régionales appliquent souvent le même rabais (quelques points de pourcentage) sur les prix maximums à tous les prestataires. Les bureaux d'achat régionaux doivent se conformer aux règles de passation des marchés en matière de transparence et de non-discrimination (VGN, 2018), ce qui pourrait limiter leur capacité à négocier des prix différents pour chaque fournisseur. En plus de négocier les prix, les bureaux d'achat régionaux et les fournisseurs négocient les budgets (Barber et al., 2021).
 - Trois éléments importants limitent la marge de négociation entre les centrales d'achat régionales et les fournisseurs. Premièrement, les bureaux d'achat doivent se conformer à une contrainte budgétaire régionale fixée par le gouvernement national. Deuxièmement, l'Autorité néerlandaise de la santé (NZA) fixe les prix maximums. Troisièmement, les bureaux d'achat et les prestataires n'ont qu'un contrôle limité sur la quantité totale de soins requis dans leur région. Ces exigences ont une incidence directe sur l'établissement des prix et la prestation des soins à domicile (Autorité néerlandaise de la santé (NZA), 2018).
- **La municipalité** est responsable du soutien social des modifications du domicile et de certaines aides (loi sur le soutien social (Wmo)) (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023a). La loi sur le soutien social stipule que les 355 municipalités néerlandaises sont responsables de l'organisation et du financement de l'aide qui permet aux résidents de la communauté de vivre de manière indépendante et de participer à la société. À cette fin, les municipalités contractent des prestataires. Il existe deux principaux ensembles de règles qui définissent les limites des négociations sur ces contrats.

Les ensembles de règles de la négociation des contrats

Le premier ensemble de règles concerne le processus d'attribution des contrats. La grande majorité des contrats sont attribués soit dans le cadre de marchés publics, soit dans le cadre d'une procédure dite de portes ouvertes. La passation de marchés publics signifie que la municipalité fixe des critères d'évaluation et attribue un contrat présélectionné à l'organisation soumissionnaire ou aux organisations qui obtiennent la note la plus élevée relativement à ces critères. La procédure des portes ouvertes signifie que la municipalité fixe des critères de remboursement et que tous les prestataires qui répondent à ces critères sont remboursés pour les soins qu'ils prodiguent. Ces critères peuvent être, mais sans s'y limiter, des critères de prix et de respect des normes de qualité. Les marchés publics et la procédure de portes ouvertes sont régis par la réglementation de l'Union européenne (EU) (Barber et al., 2021).

Le deuxième ensemble de règles régit la façon dont les prix sont déterminés. Les municipalités sont tenues de veiller à ce que le prix qu'elles paient soit suffisamment élevé pour que les prestataires couvrent leurs coûts (Gouvernement central, 2017). Le gouvernement national a établi des règles qui énoncent les types de coûts dont les municipalités doivent tenir compte lors du calcul du prix. Les types de coûts que la municipalité doit inclure sont minimalement les suivants : (i) le salaire et les coûts connexes pour les travailleurs fournissant les soins (y compris les heures non facturables en raison des congés payés, de la maladie, de l'éducation et des réunions de travail), (ii) les frais généraux raisonnables, (iii) les frais de déplacement, (iv) les frais de formation, (v) l'inflation et (vi) les coûts pour le prestataire résultant des exigences que la municipalité fixe pour les prestataires (par exemple, en matière de rapports et d'administration). Ces règles ont été fixées en 2017 comme la baisse des prix suscitait des inquiétudes quant à la qualité des soins, aux interruptions de service et aux mauvaises conditions de travail. Les règles ont été fixées après consultation des représentants de toutes les parties prenantes : municipalités, prestataires, syndicats et patients (Barber et al., 2021).

- Les soins médicaux pour des groupes de patients précis (Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)) sont également financés au moyen d'une assurance maladie obligatoire (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023b). Ces soins sont conçus pour les personnes vulnérables vivant à domicile. Le forfait de base est largement structuré et contient beaucoup de soins médicaux, de médicaments et d'aides nécessaires. Certains soins sont partiellement remboursés, comme la kinésithérapie et les soins dentaires. Le montant de l'assurance maladie, collecté par les compagnies, varie d'un assureur à l'autre (en moyenne, 1 522 € par an). Les cotisations d'employés/employeurs sont à la charge de l'employeur et des travailleurs non salariés (CLEISS, 2023).
- Les soins infirmiers de district sont entièrement remboursés par le forfait d'assurance maladie de base (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023d).

- Avec un budget personnel (pgb) au titre de la loi sur l'assurance maladie (Zvw-pgb) (Institut de santé des Pays-Bas, 2023), la personne concernée achète elle-même les soins et les services d'activités de la vie quotidienne. La personne âgée peut aussi recevoir des soins et accompagnement à domicile en vertu de la loi sur les soins de longue durée (WLZ) (Gouvernement central, 2023a) si elle a besoin de soins intensifs permanents (soins 24 heures sur 24). Les soins de l'assurance de soins de longue durée Wlz sont remboursés par le Centre d'administration CAK (Centraal Administratie Kantoor) – un organisme administratif indépendant qui met en œuvre le dispositif financier en matière de santé et informe les citoyens (Organiser les soins de longue durée – Zorg Kantor, 2023).
- L'aide au ménage de la commune de la loi sur le soutien social (Wmo) (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023a) peut être également fournie par le bureau de soins en vertu de la loi sur les soins de longue durée (Wlz) (Organiser les soins de longue durée – Zorg Kantor, 2023). Toutefois, il n'est pas possible pour la personne âgée de choisir selon quelle loi elle souhaite une aide domestique. Sa situation et ses besoins déterminent la loi qui s'applique à ses soins et à son soutien à domicile.
- La caisse maladie paie directement la facture du médecin généraliste de l'utilisateur. Il n'y a pas de franchise pour une visite de médecin généraliste. De plus, une visite chez le médecin ne se fait pas au détriment de la franchise obligatoire de l'utilisateur. Cependant, le médecin peut avoir à faire des recherches supplémentaires, par exemple des tests sanguins pour évaluer les soins dont l'utilisateur a besoin. Ces soins relèvent de la franchise obligatoire de l'utilisateur, tout comme les médicaments qu'un médecin prescrit (Gouvernement central, 2023b). Une franchise annuelle de 385 € (montant de 2023) est appliquée pour les soins du forfait de base, ce qui signifie que l'assuré (de plus de 18 ans) paie lui-même les soins du forfait de base jusqu'à ce plafond, l'assurance les prenant ensuite en charge. La franchise ne s'applique pas dans certains cas, notamment lors d'une consultation chez un médecin généraliste ou pour des soins infirmiers de district, entre autres (Gouvernement central, 2023c).
- Les soins infirmiers de district (soins infirmiers et soins à domicile) sont entièrement remboursés par le forfait d'assurance maladie de base. Il n'y a pas de franchise. Les soins infirmiers de district comprennent les soins infirmiers et les soins que l'utilisateur reçoit à domicile. Par exemple, l'aide pour s'habiller, se doucher, aller aux toilettes ou soigner les plaies. Le personnel infirmier de district détermine le nombre d'heures de soins nécessaires. La législation ne fixe pas de plafond pour le nombre d'heures pouvant être remboursées par l'assurance maladie. De plus, le personnel infirmier de district conclut des accords avec la municipalité concernant les soins, l'aide sociale et le logement (Gouvernement central, 2023a).

- Il y a un copaiement de l'usager pour les services des activités de la vie quotidienne (AVQ) qui sont dispensés selon la loi sur les soins de longue durée (Wlz). Par exemple, en 2023, l'apport personnel minimum pour un forfait complet à domicile (vpt) était de 26 € pour 20 heures de soins ou moins par mois (CAK, 2023). Le vpt est une forme de prestation, la manière dont la personne reçoit les soins. Pour un autre type de prestation, le Wlz-pgp, le tarif horaire pour une charge formelle est de 68,30 € (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023n).
- Les services d'activités de la vie domestique (AVD) ne sont pas gratuits pour les personnes âgées. Par exemple, l'apport personnel pour un forfait modulable à domicile (Wlz – mpt) en 2023 était de 26 € pour 20 heures de soins ou moins par mois (CAK, 2023). Pour les personnes qui ne sont pas admissibles aux soins dans le cadre de l'assurance de soins de longue durée (Wlz), les soins à domicile peuvent être remboursés par la commune (loi sur le soutien social (Wmo)) et/ou l'assurance maladie (Zvw). La personne âgée paie 19,00 € par mois pour la plupart de l'aide et du soutien de la commune (loi sur le soutien social (Wmo)). Depuis 2019, la contribution personnelle n'est plus dépendante de ses revenus, de son patrimoine et de sa consommation de soins. C'est ce qu'on appelle le tarif d'abonnement. Ce tarif s'applique à toutes les installations sur mesure, telles que le fauteuil roulant ou une modification de domicile, et aux installations générales comme celles de repas chauds et le service d'achat. (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023a).
- Avec un budget Zvw-pgb de l'assurance maladie (soins infirmiers de district), l'usager peut acheter des soins personnels. Il existe des tarifs distincts pour les prestataires de soins formels et pour les prestataires de soins non formels. Par exemple, chaque assureur maladie fixe ses propres tarifs maximaux pour les prestataires de soins formels. Ils sont mentionnés dans les conditions d'assurance et sur le site Internet de l'assureur maladie. Pour utiliser le tarif formel, le fournisseur de soins de santé doit avoir un code AGB.
- Le taux maximum pour la prise en charge non formelle est fixé au niveau national. En 2023, le tarif informel était de 26,52 € brut de l'heure. Ce taux horaire comprend les charges patronales, les frais de déplacement et l'indemnité de frais. Les assureurs maladie peuvent fixer un taux informel inférieur dans leurs propres réglementations PGB (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023f).

- Il existe également la possibilité de recourir à des soins à domicile privés. Les soins privés à domicile ne sont pas financés par la loi sur l'assurance maladie, la loi sur le soutien social ou l'aide à la jeunesse. Les coûts des soins à domicile privés dépendent de la forme de soins fournie. Les tarifs sont compris entre 15 € et 60 € de l'heure (Atlas de soins et aide, 2023).
 - Le tarif horaire d'une aide-ménagère salariée est au minimum de 10,18 €. Si elle a une année d'expérience professionnelle, l'aide-ménagère salariée peut gagner en moyenne 12,10 €/h. Si elle a 2 à 9 années d'expérience professionnelle, elle peut gagner en moyenne 12,50 €/h. Avec 10 années d'expérience professionnelle, le tarif moyen est de 14,99 €/h. Et avec 30 années d'expérience professionnelle, le tarif moyen est de 16,92 €/h. Tout dépend de l'employeur. Dans tous les cas, les salaires peuvent être négociés. Les accords sur les salaires horaires (minimum) sont définis dans la Convention collective de travail – VVT 2014–2016.
 - Pour l'aide-ménagère indépendante, le tarif horaire est entre 20 €/h et 50 €/h, en fonction, entre autres, du type de service que l'aide-ménagère indépendante prodigue (Zuster Jansen, 2023).

Le forfait complet à domicile (vpt) ou le forfait modulaire à domicile (mpt) comme prestation de soins à domicile aux Pays-Bas

Le système néerlandais, dans le cadre de la loi sur les soins de longue durée (Wlz), offre des options telles que le forfait complet à domicile (vpt) qui propose une gamme complète de soins à domicile, incluant les soins personnels, les soins de nuit, de l'accompagnement, de la fourniture de nourriture et de boissons, un service de ménage, etc., mais excluant les soins médicaux généraux couverts par l'assurance maladie, les soins dentaires, pharmaceutiques, entre autres (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2023n). Le forfait vpt est fourni par un fournisseur de soins de longue durée et c'est lui qui est responsable de la coordination de l'ensemble des soins prodigués à l'assuré.

Pour le forfait modulaire à domicile (mpt), les services offerts sont similaires à ceux du vpt, mais excluent la fourniture de nourriture et de boissons. De plus, le mpt inclut des activités récréatives et socioculturelles. Le mpt permet aux usagers de recevoir des soins à domicile de plusieurs prestataires, avec la possibilité d'acheter certains soins eux-mêmes à partir d'un budget personnel (pgb). Dans le cadre du mpt, les assurés conviennent avec un ou plusieurs prestataires de la forme de soins qui seront dispensés par les prestataires de soins et de ceux dispensés par les aidants informels ou d'autres prestataires de soins informels (Institut national des soins de santé (zorginstituutnederland.nl, 2023).

Les deux forfaits ont l'avantage de réduire la lourdeur administrative pour l'utilisateur lorsque les prestataires s'occupent de l'organisation des soins. En matière de coordination et de collaboration entre prestataires, le forfait modulaire à domicile et le forfait complet à domicile pourraient améliorer la coordination des soins, car un seul prestataire (vpt, mpt) ou un groupe de prestataires (mpt) est responsable de coordonner l'ensemble des soins requis pour l'utilisateur qui a été établi à la suite de son évaluation des besoins par le Centre d'évaluation des besoins de soins (CIZ).

Plus précisément, le vpt permet une coordination centralisée où un seul prestataire est responsable de coordonner l'ensemble des soins pour l'utilisateur. Cela réduit la complexité pour l'utilisateur en le libérant de l'organisation des soins, améliorant ainsi la cohérence et la continuité des services. De plus, en concentrant la responsabilité dans les mains d'un seul prestataire pour le vpt et, si désiré, pour le mpt également, l'utilisateur détient un point de contact principal pour tous les soins.

Pour l'utilisateur, le forfait modulaire à domicile (mpt) pourrait également offrir une plus grande flexibilité et faire valoir son libre choix en matière de prestataires de soins. Les usagers peuvent choisir parmi plusieurs prestataires et même acheter certains soins par le biais d'un budget personnel. Cette option permet une adaptation plus fine aux besoins spécifiques de chaque usager.

Les programmes d'aide à l'utilisateur

- **Le forfait complet à domicile (vpt)** est offert aux personnes avec une indication de soins déterminée par le Centre d'évaluation des besoins de soins (CIZ) de la loi sur les soins de longue durée. Cette option permet de recevoir une gamme complète de soins à domicile, y compris les soins infirmiers, les soins personnels, les soins de réadaptation et les soins de soutien.
- **Le budget personnel (pgb) de la Wlz** est offert aux jeunes et aux adultes qui ont besoin de surveillance permanente ou de soins 24 heures sur 24 à proximité tout au long de leur vie. La personne doit avoir une indication de soins en vertu de la loi Wlz et ensuite elle est responsable de conclure une convention de soins avec chaque prestataire de soins. La personne a également le droit à une représentation pour gérer le budget personnel.
 - Le Wlz-pgb peut fournir des tarifs formels et informels pour les proches aidants.
- **Le forfait modulaire à domicile (mpt)** est offert aux personnes avec une indication de soins en vertu de la loi sur les soins de longue durée. Ce forfait exclut les soins médicaux généraux couverts par l'assurance maladie.

- **Le paiement à partir d'un budget personnel (pgb)** permet à une personne d'acheter elle-même les soins. Un budget personnel au titre de la loi sur l'assurance maladie (Zvw-pgb) est destiné aux soins infirmiers et aux soins à domicile ainsi qu'aux soins palliatifs. L'utilisateur ne reçoit pas le budget à l'avance. Il déclare les factures de ses prestataires de soins à sa caisse maladie. Avec le remboursement, l'utilisateur paie son fournisseur de soins de santé (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023k). Le budget personnel (pgb) peut aussi souvent être utilisé pour payer les proches pour les soins qu'ils prodiguent, selon les conditions suivantes : (1) l'aide informelle doit fournir l'aide à laquelle le pgb est destiné; (2) la personne soignée doit transcrire les ententes liées aux soins dans un accord de soins officiel (SVB), même si la personne soignée et l'aide informelle sont apparentées (PerSaldo, 2023).
- **Réduction fiscale.** L'utilisateur ne peut pas déduire les frais pour lesquels il reçoit déjà un remboursement et il peut déduire seulement les dépenses de l'année en cours (Belastingdienst – Autorités fiscales, 2023). Seule la partie des frais qui dépasse un certain montant, le montant seuil, est déductible. Si l'utilisateur a engagé des soins de santé (soins infirmiers ou soins à domicile) à ses propres frais, les frais sont entièrement déductibles en tant qu'assistance médicale. Cela peut également impliquer des soins supplémentaires, en plus des soins infirmiers de district (loi sur l'assurance maladie) ou des soins de longue durée à domicile (loi sur les soins de longue durée). La condition est qu'un médecin impliqué dans le traitement de l'utilisateur considère ces soins comme nécessaires (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023l).

Les services et les programmes d'aide aux personnes proches aidantes (PPA)

- Un individu est un proche aidant s'il s'occupe de quelqu'un pendant une longue période et qu'il n'est pas rémunéré pour cela. Le proche peut aussi prodiguer beaucoup de soins non rémunérés à une personne pendant une longue période. Grâce aux soins du proche aidant, moins ou pas de soins à domicile sont nécessaires (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023o).
 - Par exemple, les soins informels peuvent être la surveillance et l'accompagnement, l'aide aux activités quotidiennes telles que le ménage et l'administration, et les soins personnels, comme s'habiller (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023o).

- **Paiement à partir d'un budget personnel (pgb) :** C'est un montant avec lequel une personne qui a besoin de soins peut acheter elle-même de l'aide. Le pgb peut aussi souvent être utilisé pour payer les proches pour les soins qu'ils prodiguent, selon les conditions suivantes : (1) le proche aidant doit fournir l'aide à laquelle le pgb est destiné; (2) la personne soignée doit transcrire les ententes liées aux soins dans un accord de soins officiel (SVB), même si la personne soignée et l'aide informelle sont apparentées (PerSaldo, 2023).
- **Réduction fiscale pour proche aidant :** Si le proche aidant engage des frais de santé pour quelqu'un d'autre, il peut déduire certains frais de l'impôt, par exemple les frais de déplacement pour les visites de maladie, les frais de médicaments, les frais de vêtements et de literie supplémentaires, les frais de lavage. Il doit remplir une déclaration de revenus pour cela (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023l).
- **Congé d'urgence :** Le proche aidant a droit à un congé d'urgence de quelques heures à quelques jours. Il doit signaler le congé à son employeur dès que possible et indiquer combien de temps il prévoit être absent. Son employeur ne peut pas refuser une demande raisonnable de congé d'urgence. Cependant, l'employeur peut lui demander par la suite de démontrer que le congé était nécessaire (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023p).
- **Congé de soins de courte ou de longue durée :** Le proche aidant peut demander un congé de courte ou de longue durée à son employeur. L'employeur ne peut refuser un congé de soins que si l'entreprise est en grande difficulté à cause de son absence. Le proche aidant devrait démontrer que le congé est vraiment nécessaire. Pendant le congé de soins de courte durée, l'employeur continue de verser au proche aidant au moins 70% de son salaire. Si le salaire est inférieur au salaire minimum, le proche aidant recevra le salaire minimum. Pendant le congé de soins de longue durée, l'employeur n'est pas tenu de continuer à verser au proche aidant son salaire pour les heures de congé de longue durée (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023p).
- **Remboursements pour soins informels :** Le proche aidant peut recevoir une allocation pour les dépenses supplémentaires telles que les frais de santé et les soins de remplacement. Parfois, le paiement à partir d'un budget personnel est également possible (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023q).
- **Remboursement des soins de remplacement :** L'assurance maladie peut rembourser les frais de soins de remplacement, par exemple si le proche aidant est malade et qu'il ne peut pas fournir de soins informels ou encore s'il est absent, notamment pendant les vacances. Le remboursement des soins de remplacement n'est pas inclus dans l'assurance de base, mais il l'est dans certaines assurances complémentaires (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023q).

- **Assurance volontaire gratuite pour les soignants** : Presque toutes les communes proposent une assurance volontaire gratuite aux aidants informels. Avec cela, un soignant informel est assuré pour la responsabilité s'il y a un accident pendant les soins. Une assurance volontaire gratuite de la commune couvre souvent la responsabilité civile. Cette assurance volontaire s'applique également aux soins informels et rembourse ce que l'assurance de la personne concernée ne rembourse pas. Avec une assurance responsabilité civile privée, la personne est assurée pour les dommages qu'elle cause accidentellement. Il peut s'agir de dommages matériels, mais aussi de dommages aux personnes (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023r).
- **Accompagnement et conseils aux aidants** : Le proche aidant a accès également à des informations sur les différents types de soins : aide à la garde familiale, soins de la démence, aide à l'organisation des tâches (courtier en soins informels), soins palliatifs, conseils pour faire face aux soins et au stress, soins alternatifs (soins de relève), hébergement pour adultes, signalement des problèmes avec ses proches, conseils pour une alimentation saine (Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, 2023s).

La coordination et la communication entre programmes

Le bureau de soins aux Pays-Bas

- Le bureau de soins se charge de la coordination entre les services de soutien à domicile (Gouvernement central, 2023a).
 - Ce bureau agit au nom du gouvernement et s'assure que toute personne ayant une indication pour la loi sur les soins de longue durée (Wlz) reçoit les soins nécessaires. Il établit des contrats avec des fournisseurs de soins de longue durée et joue un rôle essentiel dans la coordination des soins entre les prestataires de la région et les usagers.
 - L'enjeu principal du Bureau des soins est d'assurer une coordination efficace des soins et de garantir l'accessibilité à toutes les personnes ayant une indication pour la Wlz. En adoptant ce modèle, la coordination clinique et le partage d'informations entre tous les prestataires de services concernés peuvent être potentiellement facilités, favorisant ainsi une approche collaborative et intégrée des soins à domicile. Deuxièmement, l'établissement de contrats avec les prestataires de soins impliquant des normes de qualité à respecter pourrait soutenir la qualité des services fournis aux usagers. Le bureau de soins pourrait aussi favoriser l'accès aux soins en offrant une prise en charge globale aux personnes admissibles. Grâce à leur connaissance des prestataires de soins de la région, ils peuvent recommander les meilleurs services adaptés aux besoins individuels de chaque usager. Cela pourrait augmenter la probabilité que les personnes admissibles reçoivent les services et les soins nécessaires. Enfin, le bureau de soins joue potentiellement un rôle clé dans la viabilité de l'écosystème des services et soins à domicile en collaborant avec les prestataires de soins et en garantissant une gestion financière adéquate. Les bureaux de soins pourraient contribuer à l'efficacité en attribuant des soins alignés sur les besoins individuels. Grâce à leur connaissance approfondie des prestataires de soins locaux, ils peuvent recommander des services adaptés à chaque situation géographique, favorisant ainsi la pertinence des services proposés (Organiser les soins de longue durée – Zorg Kantor, 2023). En revanche, il n'y a pas de coordination avec les soins sociaux de la loi sur le soutien social (Wmo).
- Le financement séparé des soins institutionnels, des soins infirmiers et des soins personnels ainsi que du soutien social et de l'aide génère des problèmes de coordination, car ces services sont maintenant achetés par différentes entités desservant des populations différentes et ayant des incitations différentes. La coopération et la coordination entre les bureaux d'achat régionaux, les assureurs santé et les municipalités sont très difficiles à organiser, ce qui est perçu comme un problème majeur (Costa-Font et al., 2022).
 - Toutefois, en 2022, la ministre Helder, responsable des soins de longue durée, a lancé un programme de logement, de soutien et de soins pour les personnes âgées (WOZO) visant à améliorer la coordination des soins à domicile et à favoriser le soutien à domicile (Gouvernement central, 2023).

Les agences de contrôle

- L'Autorité néerlandaise de la santé, qui veille à ce que la loi sur l'assurance maladie soit mise en œuvre conformément aux règles et réglementations. Elle agit aussi en tant que régulateur du marché dans les marchés de la santé.
- L'Autorité néerlandaise des consommateurs et des marchés, qui supervise la concurrence dans le secteur de la santé dans l'intérêt des patients et des assurés.
- L'Inspection néerlandaise de la santé, qui supervise et assure la qualité et la sécurité des soins de santé (Health Care in the Netherlands, 2016).

Le contrôle de qualité

- Les clients, le gouvernement central, l'Agence d'évaluation des soins, l'Autorité néerlandaise de la santé, les bureaux d'administration des soins de santé et les prestataires de soins de santé collaborent pour établir et améliorer la qualité des soins.
 - Le gouvernement définit les exigences pour les prestataires et supervise la qualité par l'intermédiaire de plusieurs organismes.
 - Les clients insatisfaits peuvent changer de prestataire de soins. Les usagers peuvent déposer des plaintes auprès des prestataires de soins, des bureaux d'administration et de l'inspection des soins de santé.
 - Les bureaux d'administration fixent des exigences de qualité et vérifient les déclarations des compagnies d'assurance.
 - Les fournisseurs de maisons de repos et de soins à domicile doivent rapporter en ligne des informations sur la qualité des soins signalées par les patients (Bakx et al., 2021; Health Care in the Netherlands, 2016).

Les incitatifs à la performance et les mécanismes visant à limiter le contournement ou les comportements déviants

- La compétition entre les prestataires de services est basée sur la qualité des soins, ce qui pourrait inciter les prestataires à améliorer leurs services rendus à l'utilisateur.
- La possibilité pour les usagers des SAD d'évaluer les services, de porter plainte concernant la qualité et de changer de prestataires de services de soins aide potentiellement à l'amélioration de la performance et à la régulation des comportements des prestataires.

Les enjeux, les avantages, la performance axée sur la valeur pour l'utilisateur

- Le système d'assurance néerlandais pour les soins de longue durée se distingue par une caractéristique importante, soit la délégation partielle des responsabilités. En effet, dans les trois régimes de financement, le gouvernement national transfère la responsabilité de la prestation de soins et, dans une certaine mesure, du risque financier aux bureaux d'achat régionaux, aux assureurs santé et aux municipalités, tandis que le budget alloué à chaque type de soins est établi au niveau national.
- Les soins sont très accessibles et leur répartition est équitable. (Bakx et al., 2021).
- Les prix intégrés, qui jouent un rôle dans tous les régimes, permettent aux prestataires de personnaliser les soins en fonction des besoins spécifiques d'un patient. C'est un prix global qu'on donne à l'utilisateur pour le forfait de soins dont il a besoin. Donc, il n'a pas à payer de manière distincte tous les soins. La tarification intégrée peut réduire la charge administrative des prestataires et leur donner plus de latitude pour fournir des soins sur mesure. Les tarifs sont négociés annuellement (Bakx et al., 2021).
- En termes d'enjeux, bien que la contribution personnelle dans le cadre de la loi sur le soutien social (Wmo) soit maintenue à un montant fixe depuis 2019, une part relativement importante des ménages ayant besoin de soins de longue durée n'utilisent pas les services professionnels de soins à domicile pour des raisons financières (30,3%) (European Commission and Social Protection Committee, 2021).
- De plus, il y a également de grandes préoccupations concernant la disponibilité des soins. Les pénuries quantitatives et qualitatives de main-d'œuvre sont un défi. Une partie de la population ayant besoin de soins de longue durée n'utilise pas les services professionnels de soins à domicile parce que les services nécessaires ne sont pas disponibles (8,3%) (European Commission and Social Protection Committee, 2021).

Les enjeux de financement

- En matière de complexité administrative, les différents mécanismes de financement, tels que la Wmo, la Wlz et l'assurance maladie (Zvw), sont complexes et leur superposition crée des défis administratifs, de communication et de coordination pour les prestataires de services et les utilisateurs. De plus, aucune de ces entités n'est clairement responsable de la coordination des soins médicaux et sociaux, il n'y a pas de récompense financière pour les tâches de coordination aux résultats incertains, et il n'existe pas de mécanisme de partage des économies (Bakx et al., 2021).

- En ce qui concerne la durabilité financière, les coûts des soins à domicile augmentent régulièrement et la population vieillissante exerce une pression supplémentaire sur le système de santé. Le financement doit donc être durable pour assurer la continuité des soins à domicile à long terme (Muir, 2017).
- Aux Pays-Bas, lors d'une récente évaluation des contrats fournisseur-assureur, l'Autorité néerlandaise de la santé a conclu qu'il n'y avait presque aucun accord spécifique sur la qualité, l'innovation ou la prévention (Barber et al., 2021; Costa-Font et al., 2022)²⁶. Conséquemment, la qualité des soins peut devenir un enjeu, car il peut y avoir des différences de qualité des soins à domicile entre les prestataires de services publics et privés, et une surveillance insuffisante peut entraîner des incohérences dans les soins.
- Le libre choix de l'usager pour ses soins à domicile lui offre plus de liberté, mais cela peut poser des défis pour les mécanismes de financement, car les usagers ont des préférences différentes en matière de prestataires de services et de types de soins, ce qui peut rendre la planification complexe.
- La répartition des prestations de soins de longue durée entre trois régimes de financement différents crée des possibilités de transfert des coûts d'un régime à un autre (Bakx et al., 2021)²⁷.
- Trois défis ont été soulevés dans le rapport *Case Study Netherlands* de 2021, soit garantir la coordination et le partage des responsabilités au sein de chaque régime de financement, améliorer la coordination de la prestation des soins entre les trois régimes de financement et modifier la fixation des prix et les contrats afin d'améliorer la qualité, l'efficacité, l'innovation et la prévention (Bakx et al., 2021).

26 Une des raisons est que les assureurs santé ne collectent pas de données sur ces sujets et ne disposent pas d'un ensemble d'indicateurs de qualité pertinents, fiables et comparables concernant les soins infirmiers et personnels (Costa-Font et al., 2022).

27 Les municipalités ont particulièrement intérêt à transférer les coûts, car elles sont entièrement responsables de la prestation des soins, alors que la subvention globale qu'elles reçoivent ne dépend pas de l'utilisation des services de soutien social de la municipalité, des soins à domicile ou des maisons de soins infirmiers couvertes par les assureurs maladie ou le régime public de soins de longue durée. Par conséquent, les municipalités ont peu d'incitations financières à empêcher l'institutionnalisation des personnes âgées fragiles en investissant dans le soutien social, l'assistance, les adaptations domiciliaires et d'autres installations qui permettent aux gens de rester chez eux autant que possible.

Les réformes récentes des mécanismes de financement

- La loi de 2015 sur l'aide sociale (Wmo) a créé un nouveau régime de financement plus restreint pour les soins de longue durée aux Pays-Bas, avec des restrictions des soins résidentiels et des budgets personnels fournis. Les soins infirmiers ont été intégrés au régime d'assurance maladie obligatoire et les services non résidentiels sont désormais gérés par un nouveau fonds moins généreux dont la responsabilité a été transférée aux municipalités. Cette réforme a entraîné la fragmentation des prestations de soins de longue durée selon deux systèmes, un national et un municipal, avec pour mission de fournir des services plus intensifs de soins résidentiels et de soins infirmiers. Bien que la réforme ait été une restriction majeure du financement des soins de longue durée, elle a été atténuée, car les personnes âgées n'ont souvent pas un logement adéquat pour recevoir des soins à domicile et le nouveau système fragmenté ouvre de nouveaux problèmes de coordination qui n'existaient pas dans l'ancien système. L'effet net de la réforme qui a réduit la couverture n'a pas entraîné d'économies significatives pour le système car, bien que des économies aient été initialement envisagées, le système a nécessité un financement supplémentaire (Barber et al., 2021)
- Actuellement, la plupart des contrats entre les assureurs et les prestataires de soins sont basés sur des prix intégrés par heure, ce qui peut décourager la prévention et l'adoption d'innovations tout en favorisant la surprovision. Par conséquent, l'Autorité néerlandaise de la santé soutient l'idée de passer à des paiements mensuels par patient. Cependant, cela nécessite la satisfaction de certaines conditions préalables, telles qu'un ajustement approprié du cas mixte, un enregistrement transparent des activités et des informations adéquates sur les patients. Bien que les paiements mensuels offrent des incitations à la prévention et aux économies de coûts, ils pourraient également entraîner une sous-provision de soins et une sélection des patients (Bakx et al., 2021).
- Afin de faire face au défi de la main-d'œuvre dans le secteur des soins aux personnes âgées, deux initiatives majeures ont été mises en place : l'agenda du marché du travail 2023 «Travailler pour les personnes âgées (Aan het werk voor ouderen)», lancé en 2017, et le programme d'action général «Travailler dans les soins de santé (Werken in de Zorg)», lancé en 2018. Ces initiatives ont pour objectif ambitieux de garantir la disponibilité future d'un nombre suffisant de professionnels qualifiés dans le domaine des soins. Ces initiatives se concrétisent par onze points d'action spécifiques axés sur l'amélioration des soins aux personnes âgées. L'accent est principalement mis sur l'augmentation de l'attractivité du secteur, notamment par le biais de campagnes visant à améliorer son image. Parallèlement, des efforts sont déployés pour améliorer les conditions de travail, en mettant l'accent sur la qualité du travail et la sécurité de l'emploi. Une attention particulière est également accordée à l'éducation et à la formation, visant à garantir que les professionnels disposent des qualifications et des compétences nécessaires. De plus, il est prévu de repenser la manière dont le travail est effectué, en encourageant la coopération entre les différents secteurs et en favorisant la productivité avec une meilleure utilisation des technologies et l'innovation pour mieux répondre aux besoins de l'offre et de la demande. En ce qui concerne les soins informels, les possibilités de congé de soins et de travail flexible sont élargies (European Commission and Social Protection Committee, 2021).

- Trois des mesures les plus importantes pour rendre les services abordables et contrer l'accumulation des contributions sont la fixation de la franchise requise à 385 € par an, la fixation annuelle de la contribution (abonnementstarief) pour les prestations de la loi sur le soutien social (Wmo) (ainsi que pour le PGB) à 17,50 € par mois en 2019 et à 19 € par mois en 2020, et le maintien du régime anticumul : lorsqu'un ménage paie déjà la contribution pour les soins WLZ, il n'est pas tenu de payer pour les prestations personnelles de la loi sur le soutien social (Wmo) (European Commission and Social Protection Committee, 2021).
- L'accent est mis sur l'amélioration de la qualité des soins informels à domicile grâce à des réglementations plus strictes et à une surveillance renforcée. Cela découle d'initiatives telles que le « Pacte pour les soins aux personnes âgées » de 2018 (Pact voor de Ouderenzorg), le programme « Vieillir à domicile » de 2018 (Langer Thuis) et le manifeste « Vieillir dignement » de 2017 (Waardig ouder worden). Ces efforts visent à examiner le soutien social pour combattre la solitude, à s'assurer que les soins correspondent aux besoins, à intégrer le soutien et les soins, à impliquer les aidants informels et les bénévoles, à améliorer le logement et à évaluer la qualité des procédures. Le gouvernement investit 180 millions d'euros, alloués par tranches annuelles de 30 millions, et procède à une évaluation de la loi sur le soutien social (Wmo) dans ce cadre (Commission européenne et Comité de la protection sociale, 2021).

RÉFÉRENCES

- ANBO. (2023). *Association générale néerlandaise pour les personnes âgées*. <https://www.anbo.nl/advies/gezondheid/persoonsgebonden-budget/hulp-thuis/ik-heb-huishoudelijke-hulp-nodig-waar-kan-ik#:~:text=Hulp%20in%20de%20huishouding%20kunt,hoeveel%20uren%20in%20de%20week>
- Atlas de soins et aide. (2023). *Atlas des soins et de l'assistance*. <https://zorghulpatlas.nl/>
- Autorité néerlandaise de la santé (NZA). (2018). *Soins de longue durée*. <https://www.nza.nl/zorgsectoren/langdurige-zorg>
- Autorité néerlandaise de la santé (NZA). (2019). *Surveiller la sous-traitance des soins infirmiers de district 2019*. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_274036_22/1/
- Erasmus School of Health Policy and Management, Erasmus University Rotterdam, Rotterdam, Netherlands. (Bakx, P., Schut, E., & Wouterse, B). (2021). *Case study Netherlands*.
- Banque d'assurances sociales (SVB). (2023). *Qui sommes-nous?* <https://www.svb.nl/nl/over-de-svb/wie-zijn-we>
- Barber, S. L., van Gool, K., Wise, S., Wood, M., Or, Z., Penneau, A., Milstein, R., Ikegami, N., Kwon, S. et Bakx, P. (2021). *Pricing long-term care for older persons*. World Health Organization.
- Belastingdienst – Autorités fiscales. (2023). *Aperçu des frais de santé déductibles 2023*. <https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/nl/belastingaangifte/content/overzicht-zorgkosten-2023>
- Buurtzorg. (2023). *Soins infirmiers de district – Coûts, Indication et PGB*. <https://www.buurtzorgnederland.com/professionele-wijkverpleging/kosten-indicatie-en-pgb/>
- CLEISS. (2023). *Les cotisations aux Pays-Bas*. <https://www.cleiss.fr/docs/cotisations/paysbas.html>
- Commune Doesburg – Services sociaux. (2023). *Organisations – Offre d'aide*. <https://www.vraagbaak.doesburg.nl/is/organisaties?x=649>
- Costa-Font, J. et Raut, N. (2022). *Global Report on Long-Term Care Financing*.
- Dyer, S., Valeri, M., Arora, N., Ross, T. et Winsall, M. (2020). *Review of international systems of long-term care of older people*. Royal Commission into Aged Care Quality and Safety.
- European Commission and Social Protection Committee. (2021). *Long-Term Care Report. Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society*.

- Gouvernement central. (2017). *Arrêté du 28 mars 2017 (Stb. 2017, 55)*. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2017-158.html>
- Gouvernement central. (2022). *Lettre au parlement sur le programme de logement, de soutien et de soins pour les personnes âgées (WOZO)*. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/07/04/brief-inzake-programma-wonen-ondersteuning-en-zorg-voor-ouderen-wozo>
- Gouvernement central. (2023a). *Loi sur les soins de longue durée (Wlz)*. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/wet-langdurige-zorg-wlz>
- Gouvernement central. (2023b). *Dois-je payer moi-même les frais de médecine générale?* <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/eerstelijnszorg/vraag-en-antwoord/huisartskosten-op-zorgnota>
- Gouvernement central. (2023c). *Quand dois-je payer une franchise pour mes soins?* <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/eigen-risico-zorgverzekering>
- Hashiguchi, T. C. O. et Llena-Nozal, A. (2020). *The effectiveness of social protection for long-term care in old age : Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?*
- Institut national des soins de santé (zorginstituutnederland.nl). (2023). *Modes de livraison (institution, vpt, mpt et pgb) (Wlz)*. <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/leveringsvormen-instelling-vpt-mpt-en-pgb-wlz>
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. (2023a). *Qu'est-ce que la Wmo?* <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/wmo/wat-is-de-wmo>
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. (2023b). *Soins médicaux (GZSP)*. <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/revalidatie/gzsp>
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. (2023c). *Le WIZ*. <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/wlz>
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. (2023d). *Soins infirmiers de district*. <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/verzorging-verpleging-behandeling/wijkverpleging>
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. (2023e). *Soins infirmiers spécialisés à domicile*. <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/verzorging-verpleging-behandeling/gespecialiseerde-verpleging>
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. (2023f). *Achat de soins infirmiers et soins vous-même (Zvw-pgb)*. <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/verzorging-verpleging-behandeling/zvw-pgb>
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. (2023g). *Aide et soins à domicile*. <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/ondersteuning>

- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. (2023h). *Soins de santé mentale à domicile*. <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/ondersteuning/geestelijke-verzorging-thuis>
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. (2023i). *Accompagnement*. <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/ondersteuning/woonbegeleiding>
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. (2023j). *Aide ou prise en charge par un bénévole*. <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/hulp-en-zorg-regelen/hulp-van-een-vrijwilliger>
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. (2023k). *Budget personnel de la Wlz*. <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/wlz/wlz-pgb>
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. (2023l). *Déduire les frais de santé de l'impôt*. <https://www.regelhulp.nl/mantelzorgers/geld-en-waardering/belastingaftrek-zorgkosten>
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. (2023m). *Forfait modulable à domicile (mpt)*. <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/wlz/modulair-pakket-thuis>
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. (2023n). *Forfait complet à domicile (vpt)*. <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/wlz/volledig-pakket-thuis>
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. (2023o). *Soins informels*. <https://www.regelhulp.nl/mantelzorgers>
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. (2023p). *Congé de soins*. <https://www.regelhulp.nl/mantelzorgers/mantelzorg-en-werk/zorgverlof>
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. (2023q). *Remboursements pour soins informels*. <https://www.regelhulp.nl/mantelzorgers/geld-en-waardering/vergoedingen-voor-mantelzorgers>
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. (2023r). *Assurance volontaire gratuite pour les soignants*. <https://www.regelhulp.nl/mantelzorgers/geld-en-waardering/mantelzorgverzekering>
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. (2023s). *Accompagnement et conseils aux aidants*. <https://www.regelhulp.nl/mantelzorgers/ondersteuning-en-advies>
- Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports. (2024). *Les soins et le soutien de longue durée sont réglementés par diverses lois, décrets et règlements sur les soins*. <https://www.regelhulp.nl/onderwerpen/wetten-en-regels>
- MontelzorgNL. (2023). *Appréciation des soins familiaux*. <https://www.mantelzorg.nl/onderwerpen/geldzaken/mantelzorgwaardering/>
- Muir, T. (2017). *Measuring social protection for long-term care*.
- Organiser les soins de longue durée – Zorg Kantor. (2023). *À propos du bureau de soins*. <https://zorgkantoor.nl/langdurige-zorg-organiseren/over-het-zorgkantoor>

Pays-Bas, I. d. s. d. (2023). *Zvw en général : Comment fonctionne la loi sur l'assurance maladie?* <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringwet#:~:text=Iedereen%20die%20in%20Nederland%20woont,breed%20basispakket%20van%20zorg%20verzekerd>

PerSaldo. (2023). *Les tarifs PGB en Wlz et Zvw ont été ajustés.* <https://www.pgb.nl/tarieven-pgb-in-wlz-en-zvw-aangepast/>

Thuiszorg Nederland. (2023). *Volontaires.* <https://www.nederlandthuiszorg.nl/vrijwilligers/>

Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A. et Wharton, G. (2020). International profiles of health care systems. *The Commonwealth Fund*.

Zuster Jansen. (2023). *Travail à domicile en tant qu'aide ménagère.* <https://www.zusterjansen.nl/blog/werken-thuiszorg-als-huishoudelijke-hulp/>

6. ROYAUME-UNI

Description et historique

- Le système de santé du Royaume-Uni est un système universel, largement financé par les impôts et son accès est généralement gratuit pour tous les résidents légaux du pays qui ont recours aux services publics du National Health Service (NHS). Les résidents sont également libres de souscrire une assurance maladie privée. Les soins de santé sont principalement décentralisés, ce qui signifie que l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord ont leur propre système de santé et prennent leurs décisions en matière d'organisation des services de santé. Le gouvernement du Royaume-Uni alloue un budget pour les soins de santé en Angleterre et alloue des subventions globales à l'Écosse, au Pays de Galles et à l'Irlande du Nord, qui à leur tour décident de leurs propres politiques en matière de santé.
- Les soins de longue durée (SDL) sont financés par le système national de santé (NHS), les autorités locales, les associations caritatives et les patients eux-mêmes.
- Les services de soins de longue durée sont gratuits et basés sur les besoins. Toutefois, la plupart des services de SDL dans le système britannique sont classés comme une forme d'aide sociale, ce qui signifie que ces services nécessiteront potentiellement une contribution financière de la part de l'utilisateur.
- Le système de soins de longue durée est décentralisé. Le Pays de Galles, l'Angleterre, l'Écosse et l'Irlande du Nord gèrent leurs propres systèmes de soins de longue durée séparément. Au Royaume-Uni, la majorité de l'utilisation des services et des dépenses associées concerne l'Angleterre, car environ 83% des personnes âgées y résident (CLEISS, 2023).
 - En Angleterre, la prise en charge de la dépendance est de la responsabilité des autorités locales et nationales. Les autorités locales fournissent des soins financés par l'État aux personnes ayant passé une évaluation des besoins et un test de ressources.

Les données contextuelles, 2022

Proportion de la population âgée de 65 ans et plus (1)	19%
Proportion de la population âgée de 80 ans et plus (2)	5,0%
Espérance de vie à 65 ans (3)	19,8 ans
Espérance de vie à la naissance (4)	80,9 ans
Dépenses de santé par habitant (5)	4 523,8\$ US PPA
Dépenses de santé en pourcentage du PIB (6)	11,1%
Dépenses de soins de longue durée en pourcentage du PIB (7)	2,1%
Part des dépenses de services de SAD dans les dépenses de soins de longue durée (8)	31,8%
PIB par habitant (9)	58 906\$ US PPA
Ratio de dépendance (10)	3,3

Sources : Données (1,2,10) : United Nations Population Division. World Population Prospects : 2022 Revision. www.worldbank.org. Données (3,4) : Office for National Statistics (ONS). (2022). Single year life tables, UK and constituent countries. Site Web. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/lifeexpectancies/datasets/singleyearlifetablesukandconstituentcountries>. Données (5,6,7,8,9) : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2023). Data Explorer : Dépenses de santé et financement. www.data-explorer.oecd.org.

Les données sur les services de soutien à domicile

- Les dépenses de santé directes des ménages représentaient 15 % des dépenses totales au Royaume-Uni en 2016. La plus grande partie des dépenses directes (37%) était consacrée aux services de soins de longue durée, notamment les soins en établissement, suivis de 35% pour les biens médicaux (y compris les médicaments) (Tikkanen et al., 2020).
- Au Royaume-Uni, 50,6% des personnes dépendantes reçoivent des services formels de soins de longue durée en nature ou des prestations en espèces pour les soins de longue durée. Dans l'ensemble, 4,3% de la population bénéficie de prestations formelles de soins de longue durée en nature et/ou en espèces (OCDE, 2016).
- Dans l'ensemble, 50% des personnes ayant besoin d'une prise en charge de la dépendance sont financées de manière privée ou personnelle, 37% sont entièrement financées, 12% sont partiellement financées et 10% sont financées par le NHS (Tikkanen, 2020).

Les sources de financement

- Les services de soins médicaux et infirmiers à domicile sont financés principalement par le National Health Service (NHS) grâce à la fiscalité générale et environ 20% du financement provient des cotisations d'assurance nationale (NIC), qui sont des taxes salariales payées par les employés et les employeurs (NHS, 2021). Le NHS reçoit également des revenus provenant de la participation financière des usagers et des personnes utilisant les services du NHS en tant que patients privés.
- Il s'agit notamment des frais pour les ordonnances et les soins dentaires introduits pour la première fois au début des années 1950. En 2019-2020, les revenus provenant des honoraires des patients et des frais pour les ordonnances et les soins dentaires s'élevaient à 1,5 milliard de livres sterling (GOV.UK, 2023a), soit 1,1% du budget total du ministère de la Santé et des Affaires sociales (The King's Fund, 2023).
- Les organisations individuelles du NHS – telles que les fiducies hospitalières – peuvent générer des revenus supplémentaires, par exemple grâce aux frais de stationnement, à la vente de terrains et au traitement de patients privés.
- Le niveau de financement du NHS au cours d'une année donnée est fixé par le gouvernement central dans le cadre du processus d'examen des dépenses. Ce processus estime le montant des revenus que le NHS recevra de sources telles que les frais d'utilisation, l'assurance nationale et la fiscalité générale. Si l'assurance nationale ou les charges des patients génèrent moins de fonds pour le NHS que prévu initialement, les fonds de la fiscalité générale sont utilisés pour garantir que le NHS reçoit le niveau de financement qui lui a été initialement alloué (The King's Fund, 2023).
- Les services d'activités de la vie quotidienne et domestique sont payés par les personnes bénéficiant de ces services, le service social de la mairie et d'autres sources telles que le NHS, les autorités locales, les associations caritatives et les paiements privés.
- Le financement varie selon les zones géographiques et certaines personnes financent elles-mêmes leurs soins ou reçoivent un soutien financier de leur famille et de leurs amis.
 - Le NHS England alloue des fonds aux Clinical Commissioning Groups pour la prestation de soins et services au niveau local (CLEISS, 2023).
 - Il n'y a pas de budget gouvernemental national pour l'aide sociale aux adultes en Angleterre. Au lieu de cela, les soins sociaux sont principalement financés par les recettes des collectivités locales (UK Parliament – House of Commons Library, 2023).
 - En Angleterre, 152 collectivités locales sont responsables de l'aide sociale dans leur milieu. Elles organisent et financent le soutien et les soins aux personnes ayant des besoins modérés ou élevés qui ne sont pas en mesure de les financer elles-mêmes. Elles peuvent également organiser des services de soins pour les personnes autofinancées qui pourraient avoir besoin d'aide pour le faire (Nuffield Trust, 2023).

- Les autorités locales financent les soins sociaux grâce à la combinaison d'une subvention du gouvernement central, par l'intermédiaire du Département du nivellement, du logement et des communautés (DLUHC), et des mécanismes de collecte de recettes locales, tels que la taxe d'habitation, le précepte spécifique de soins sociaux et les tarifs des entreprises. Le NHS local est également mandaté pour transférer un montant fixe aux autorités locales par le biais du Better Care Fund (BCF). Le BCF est un programme national qui regroupe les budgets du NHS, de la Disabled Facilities Grant et du Better Care Fund (iBCF) (une subvention des autorités locales) (GOV.UK, 2023b). Le cadre du Better Care Fund pour 2022-2023 prévoit des augmentations de la contribution du NHS de 5,66 % et une augmentation globale de la subvention améliorée du Better Care Fund de 63 millions de livres sterling (Nuffield Trust, 2023).
- Le financement des soins sociaux n'est généralement pas cantonné, ce qui signifie que les autorités locales peuvent décider de la part de leur budget global qu'elles allouent aux soins. En outre, lorsqu'une personne est jugée admissible au financement du NHS pour les soins dans le cadre du programme de soins de santé continus, ce financement couvre également ses besoins de soins sociaux associés (Nuffield Trust, 2023).
- Environ 10,2% de la population britannique avait une assurance santé privée volontaire en 2019, selon les données de *statista* (Statista, 2023).
- Les services de santé du NHS sont gratuits pour tous lorsqu'ils sont admissibles, tandis que les services sociaux organisés par les autorités locales impliquent des frais basés sur la situation financière de l'utilisateur.

Les prestataires de services de soutien à domicile

LES PRESTATAIRES PUBLICS

- **Les soins de santé du NHS**
- **Le médecin généraliste de l'utilisateur :**
 - Il est responsable des soins à domicile de l'utilisateur, même s'il consulte d'autres médecins à l'hôpital. Si l'utilisateur souffre ou présente d'autres symptômes, il doit parler à son médecin généraliste. L'utilisateur peut obtenir d'autres types de soins du NHS par l'intermédiaire de son médecin généraliste, par exemple de la physiothérapie, de l'ergothérapie ou des conseils (NHS, 2023a).

- **Les services et soins personnels à domicile offerts par le service social de la mairie :**
 - Ils permettent aux personnes ayant des besoins de soins variables (maladie, problèmes médicaux de longue durée ou vieillesse) de rester chez elles indéfiniment ou plus longtemps qu'auparavant (NHS, 2023b). Les types de soins et de soutien sociaux comprennent par exemple l'aide à domicile par une aide-soignante rémunérée, la popote roulante, l'adaptation du domicile ou des aides techniques et des équipements adaptés (NHS, 2023b). Si l'utilisateur pense avoir besoin d'aide pour faire face au quotidien, la première étape consiste à obtenir une évaluation des besoins de son conseil local. Lors de l'évaluation, une personne du conseil, comme un travailleur social ou un ergothérapeute, demandera à l'utilisateur comment il gère les tâches quotidiennes comme la lessive, l'habillage et la cuisine. De plus, on pourrait demander à l'utilisateur de décrire dans quelle mesure il fait certaines choses comme préparer une tasse de thé et se lever d'une chaise (NHS, 2023c).
 - La mairie de l'utilisateur peut organiser des soins à domicile pour lui s'il y a droit (NHS, 2023c). Si l'utilisateur est admissible, la mairie peut recommander l'aide à domicile d'une aide-soignante rémunérée. Ainsi, la mairie organisera les services d'aide et d'accompagnement à domicile pour l'utilisateur. Sinon, l'utilisateur peut organiser ses propres soins à domicile. Dans certaines situations, les soins et le soutien sociaux sont fournis par le NHS au lieu du conseil local (NHS, 2023a). Si l'utilisateur est non admissible aux services de la mairie et du NHS et a besoin d'aide pour les tâches quotidiennes, l'allocation Personal Independence Payment (PIP) (GOV.UK, 2023) peut l'aider à couvrir les frais associés à la vie quotidienne.
- **Les services d'aide au ménage de la mairie :**
 - Ce sont les tâches domestiques quotidiennes pour lesquelles l'utilisateur peut avoir besoin d'un coup de main, telles que le nettoyage (y compris mettre des draps propres), la vaisselle, la lessive ou le jardinage. La plupart des communes ne proposent pas d'aide au ménage à domicile. Les communes qui proposent l'aide au ménage à domicile se basent sur une évaluation des besoins et une évaluation financière pour déterminer si l'utilisateur a droit à une aide pour le coût de son aide au ménage (NHS, 2023d). Lorsque le conseil détermine le montant qui peut être facturé à l'utilisateur, il doit s'assurer que ce dernier a un niveau de revenu minimum pour ses dépenses quotidiennes et de l'argent pour les frais liés au logement, comme le loyer (Homecare.co.uk, 2023).

LES ORGANISATIONS À BUT NON LUCRATIF

- L'utilisateur peut contacter un organisme de bienfaisance tel que le **Royal Voluntary Service** (Royal Voluntary Service, 2023), la **Croix-Rouge britannique** (British Red Cross, 2023) ou son organisation **Age UK local** (Age UK, 2023) pour voir s'ils peuvent l'aider (ils peuvent ne pas être gratuits).
 - *Le Royal Voluntary Service est financé par des fiducies caritatives et des fondations. L'organisme de bienfaisance est financé aussi par des subventions de la communauté locale, de l'hôpital et des réseaux régionaux de soutien à domicile (Royal Voluntary Service, 2023).*
 - *Les fonds de la Croix-Rouge britannique proviennent de diverses sources : 56,9% de dons, 7,8% de boutiques caritatives, 8,4% de testaments, 13,9% de subventions, 11,1% de contrats (tels que les contrats NHS) et 1,9% d'autres sources (British Red Cross, 2023).*
 - *Les fonds d'Age UK proviennent de collectes de fonds (61% des revenus bruts en 2021-2022), de contrats pour des services et programmes, de commerces (loterie) et d'investissements (Age UK, 2023).*
- **Organisation de bienfaisance pour des proches aidants – Caring Together Charity :**
 - Les professionnels de la santé soutiennent les adultes et les personnes âgées souffrant de presque toutes les conditions ou tous les handicaps, y compris les personnes âgées et fragiles ou atteintes d'un cancer ou d'une maladie palliative. L'organisme de bienfaisance propose des services d'activités de la vie quotidienne à domicile pour adultes tels que des soins personnels, y compris de l'aide au bain, de l'assistance à la médication, l'accompagnement aux rendez-vous, le magasinage et les sorties, de l'aide à la préparation des repas et à l'alimentation et la prise en charge de la démence et de la maladie d'Alzheimer (Caring Together Charity, 2023a). Les fonds de Caring Together Charity proviennent de dons et de la collecte de fonds (Caring Together Charity, 2023b).

Le panier de services à domicile

- **Les services de soins médicaux à domicile :**
 - Les soins de santé du NHS incluent les services du médecin généraliste et de l'aide-infirmière de district (changement de pansement, injections, organisation de l'appareillage et des équipements spéciaux pour l'utilisateur, etc.), les soins palliatifs de même que les soins de santé continus pour les besoins de santé complexes à long terme.

- **L'aide pour les soins personnels (AVQ) :**
 - Les AVQ fournies par le service social de la mairie sont conçues pour des personnes ayant des besoins de soins diversifiés (maladie, problèmes médicaux de longue durée ou vieillesse). Les soins offerts comprennent notamment l'aide à domicile par une aide-soignante rémunérée, des soins personnels, les popotes roulantes, des adaptations du logement, des alarmes personnelles et systèmes de sécurité à domicile (NHS, 2023c).
 - Les AVQ fournies par le NHS comprennent jusqu'à six semaines de soins après une maladie ou une sortie d'hôpital, des soins dits « de revalidation » (ce service peut également être assuré par les mairies), et des soins si la personne âgée a des problèmes de santé complexes et graves (soins de santé continus du NHS).
- **L'aide pour les tâches ménagères (AVD) :**
 - Elle inclut le nettoyage, la vaisselle, la lessive et le jardinage.
 - L'attribution de cette aide est strictement subordonnée à des conditions de ressources ainsi qu'à la nature et à la sévérité du handicap (CLEISS, 2023).
- Un nombre important de soins nécessaires est assuré de manière informelle, avec environ six millions de proches aidants non rémunérés. Les personnes proches aidantes peuvent aider l'utilisateur à se laver, à s'habiller, à prendre des médicaments, à se déplacer et à se rendre aux rendez-vous chez le médecin, à faire les courses, le ménage et la lessive, à payer les factures et à organiser les finances. Elles peuvent également apporter un soutien émotionnel.

Les critères d'admissibilité

- Pour le service national de santé (NHS), dans certaines situations, les soins et le soutien sociaux sont fournis par le NHS au lieu du conseil local de l'utilisateur. Dans ces cas, c'est gratuit. Ce n'est pas soumis à des conditions de ressources. Le NHS peut offrir jusqu'à six semaines de soins après une maladie ou une sortie d'hôpital, des soins dits « de revalidation » (ce service peut également être assuré par les mairies), et des soins si la personne âgée a des problèmes de santé complexes et graves (soins de santé continus du NHS).

- La mairie de l'utilisateur peut organiser des soins à domicile pour lui s'il y a droit (NHS, 2023d).
 - En Angleterre, le conseil aide généralement à payer les frais de soins si l'utilisateur a des économies inférieures à 23 250 £²⁸. Une réforme prévue ferait passer ce montant à 100 000 £.
 - L'évaluation des besoins de l'utilisateur aide la mairie à décider s'il est admissible aux aides à domicile auprès d'une aide-soignante rémunérée. Si l'utilisateur est admissible, la mairie peut recommander l'aide à domicile d'une aide-soignante rémunérée (NHS, 2023d).
- Le Paiement d'indépendance personnelle – Personal Independence Payment (PIP)
 - L'utilisateur peut obtenir le PIP si toutes les conditions suivantes s'appliquent : il est âgé de 16 ans ou plus, il souffre d'un problème de santé physique ou mentale ou d'un handicap de longue durée, il a des difficultés à accomplir certaines tâches quotidiennes ou à se déplacer, il s'attend à ce que les difficultés durent au moins 12 mois à compter de leur début. L'utilisateur doit également être sous l'âge de la retraite d'État s'il n'a pas reçu de PIP auparavant (GOV.UK, 2023c).

L'évaluation des besoins et la détermination des services de soutien à domicile

- Les conditions d'accès sont déterminées localement et dépendent souvent des fonds disponibles. Lorsqu'une personne sollicite une évaluation de ses besoins, un travailleur social désigné par l'autorité locale effectue une évaluation complète. Cette évaluation tient compte des besoins précis de la personne en ce qui concerne l'aide pour les tâches ménagères telles que les courses et la préparation des repas, l'aide pour les soins personnels tels que l'habillage et le bain, ainsi que l'aide pour les soins infirmiers et l'utilisation d'appareillages spéciaux. Si la personne est jugée admissible, l'administration locale est tenue de fournir un logement résidentiel et des services d'aide à domicile adaptés à ses besoins. Un protocole de soins est élaboré et mis en œuvre par le travailleur social, en collaboration avec les prestataires de soins appropriés.
- Le bénéficiaire des soins, son aidant et toute autre personne le souhaitant doivent être impliqués dans la planification et être d'accord avec le plan de soins final (European Commission and Social Protection Committee, 2021).
- Les services de soutien à domicile sont généralement gratuits, et l'accès est basé sur les besoins individuels. Cependant, la plupart des soins de longue durée sont considérés comme de l'aide sociale et leur attribution est soumise à des conditions de ressources ainsi qu'à la nature et à la gravité du handicap (CLEISS, 2023).
 - Le test de moyens prend en compte les actifs de la personne (y compris, dans certains cas, les revenus de retraite, les avantages sociaux, les économies). Ceux qui ont des actifs recevront de l'aide pour couvrir les coûts des soins à long terme principalement en fonction de leurs revenus (NHS. 2023d).

28 1 livre sterling équivaut à 1,69 CAD (en date du 12 mai 2023).

Comment fonctionne le paiement des services à domicile

- Les soins de santé du NHS sont gratuits pour les résidents du Royaume-Uni (Angleterre). Le médecin généraliste de l'utilisateur est le médecin responsable de ses soins à domicile (NHS, 2023a). Au Royaume-Uni (Angleterre), les soins infirmiers à domicile ne sont pas gratuits pour l'utilisateur.
- La mairie de l'utilisateur peut organiser des soins infirmiers à domicile pour lui s'il y a droit. L'évaluation des besoins de l'utilisateur aide la mairie à décider s'il est admissible aux aides à domicile auprès d'une aide-soignante rémunérée. Sinon, l'utilisateur peut organiser ses propres soins à domicile (NHS, 2023a).
- Dans certaines situations, les soins et le soutien sociaux sont fournis par le NHS au lieu du conseil de la mairie. Dans ces cas, les services de soins infirmiers sont gratuits et l'accès au service infirmier n'est pas soumis à des conditions de ressources. Les soins et le soutien sociaux comprennent jusqu'à six semaines de soins après une maladie ou une sortie d'hôpital, des soins dits « de révalidation » (ce service peut également être assuré par les mairies), ainsi que des soins si la personne âgée a des problèmes de santé complexes et graves (soins de santé continus du NHS) (NHS, 2023b).
- La personne âgée peut aussi être admissible aux soins infirmiers à domicile financés par le NHS si elle n'est pas admissible aux soins de santé continus du NHS, mais qu'elle a été évaluée comme ayant besoin de soins d'une infirmière autorisée (NHS, 2023a).
- Les soins infirmiers financés par le NHS sont payés au même taux dans toute l'Angleterre. En mai 2022, le tarif a été fixé à 209,19 £ par semaine (tarif standard) (NHS, 2023c).
 - Les soins et l'accompagnement à domicile sont généralement payés par les personnes qui ont besoin de services et leurs familles et/ou par le service social de la mairie (NHS, 2023b). La personne âgée peut être admissible pour que le conseil local paie le coût de ses soins et l'accompagnement à domicile si elle a moins de 23 250 £ d'économies (ce qu'on appelle la limite supérieure du capital, ou UCL). Une réforme prévue ferait passer cette limite à 100 000 £ d'économies. Le montant exact que le conseil paiera dépend des aides à la vie quotidienne dont la personne âgée a besoin et du montant qu'elle peut se permettre de payer. Ce budget personnel peut prendre la forme d'un versement direct mensuel sur le compte bancaire de l'utilisateur ou la mairie peut organiser les soins et fournir à l'utilisateur une facture à régler.
- L'aide à domicile d'un soignant rémunéré coûte environ 20 £ de l'heure, mais cela varie selon l'endroit où la personne âgée habite (NHS, 2023c). La personne âgée peut obtenir une gamme de prestations si elle a dépassé l'âge légal de la retraite et qu'elle souffre d'une maladie ou d'un handicap. L'argent supplémentaire peut l'aider à couvrir le coût de son aide à domicile (NHS, 2023c).
- Le paiement de l'aide à domicile auprès d'une aide-soignante rémunérée (AVD) a le même mécanisme de financement que les activités de la vie quotidienne.
- Le coût horaire d'un aide-soignant se situe généralement entre 15 et 30 £ de l'heure, le tarif moyen étant d'environ 18 à 20 £ de l'heure (UK Care Guide, 2023).

- En moyenne, les frais d'aide à domicile se situent entre 15 et 30 £/h. Les coûts moyens d'aide à domicile ont tendance à être plus élevés dans le sud que dans le nord du pays (UK Care Guide, 2023).
- Finalement, certains services sont gratuits pour tous, par exemple certains équipements comme les rampes d'escalier et les barres d'appui²⁹.

Les programmes d'aide à l'utilisateur

- **Paiement d'indépendance personnelle – Personal Independence Payment (PIP) :**
 - Pour les services d'activités de la vie quotidienne (AVQ), le PIP peut aider à couvrir les frais de subsistance supplémentaires pour les usagers qui ont un problème de santé physique ou mentale ou une incapacité de longue durée, ou encore de la difficulté à effectuer certaines tâches quotidiennes ou à se déplacer en raison de leur état. Le PIP comprend deux parties : une partie vie quotidienne, si l'utilisateur a besoin d'aide pour les tâches quotidiennes, et une partie mobilité, si l'utilisateur a besoin d'aide pour se déplacer. L'obtention de l'une ou des deux parties de la subvention et le montant de celle-ci dépendent de la difficulté avec laquelle l'utilisateur effectue les tâches quotidiennes et se déplace (GOV.UK, 2023c).
 - Pour recevoir le PIP, les besoins de l'utilisateur sont évalués par le Département du travail et des pensions (DWP)³⁰. Les aides sont réparties en deux catégories et les montants dépendent du niveau de difficulté de l'utilisateur :
 - ◆ Partie vie quotidienne pour ceux qui ont besoin d'aide pour les tâches quotidiennes :
 - Partie vie quotidienne – Tarif hebdomadaire réduit : 61,85 £
 - Partie vie quotidienne – Tarif hebdomadaire plus élevé : 92,40 £
 - ◆ Partie mobilité pour ceux qui ont besoin d'aide pour se déplacer :
 - Partie mobilité – Tarif hebdomadaire réduit : 24,45 £
 - Partie mobilité – Tarif hebdomadaire plus élevé : 64,50 £

29 La prise en charge gratuite comprend : certains équipements et certaines adaptations du domicile, de l'aide après une hospitalisation et des soins de santé continus du NHS. L'utilisateur peut aussi avoir droit à des adaptations et à des équipements gratuits à domicile à condition qu'ils coûtent moins de 1 000 £ chacun. Les types d'adaptations et d'équipements inclus sont : des rampes d'escalier, des barres d'appui pour la salle de bain, un système d'interphone.

30 L'utilisateur peut obtenir le Paiement d'indépendance personnelle (PIP) s'il répond à toutes les conditions suivantes : il a 16 ans ou plus, il souffre d'un problème de santé physique, d'un problème de santé mentale ou d'un handicap de longue durée, il a des difficultés à accomplir certaines tâches quotidiennes ou à se déplacer, il s'attend à ce que les difficultés durent au moins 12 mois à compter de leur début. L'utilisateur doit être sous l'âge de la retraite d'État s'il n'avait pas reçu de PIP auparavant. Si l'utilisateur vit en Écosse, il doit plutôt faire une demande de paiement pour adultes handicapés (ADP). Si l'utilisateur a dépassé l'âge légal de la retraite, il peut plutôt demander une allocation d'assistance.

- **Paiement pour adulte handicapé (Écosse) – Adult Disability Payment :**

- Le paiement pour adulte handicapé est une somme d'argent supplémentaire destinée à aider l'utilisateur s'il souffre d'un handicap ou d'un problème de santé de longue durée qui affecte sa vie quotidienne. Le paiement pour adulte handicapé est composé de deux parties : la vie quotidienne et la mobilité. L'utilisateur peut être admissible à une ou aux deux parties. Le montant que l'utilisateur reçoit dépend de la façon dont son état affecte sa capacité à effectuer ses activités quotidiennes et à se déplacer. Si l'utilisateur est admissible, il pourra recevoir soit une allocation standard de 68,10 £ par semaine pour la vie quotidienne, soit une allocation améliorée de 101,75 £ par semaine. En cas de phase terminale, l'utilisateur obtiendra automatiquement l'indemnité de vie quotidienne améliorée (mygov.scot, 2023).

Plafond de dépenses

Le plafond de dépenses vise principalement la protection financière des usagers et l'équité d'accès aux services de SAD. En fixant une limite aux coûts supportés par les usagers, ce mécanisme vise à éviter des charges financières excessives et à garantir une égalité d'accès aux soins, indépendamment des revenus ou des ressources financières. Le plafond de dépenses offre aux usagers une prévisibilité financière en établissant une limite quant aux coûts qu'ils devront assumer pour les services de SAD.

En matière de performance axée sur la valeur, le plafond de dépenses pourrait améliorer l'accessibilité des soins en réduisant les barrières financières. Les usagers seraient ainsi plus enclins à rechercher et à utiliser les services de SAD dont ils ont besoin, ce qui favoriserait une meilleure santé et une meilleure qualité de vie. La diminution du fardeau financier des usagers a le potentiel de réduire le stress financier en améliorant leur bien-être global. Le Royaume-Uni a mis en application une politique du plafond de dépenses. Concrètement, le montant maximal qu'une personne devra payer au cours de sa vie pour les coûts des soins personnels sera de 86 000 £ grâce au nouveau plafond. Si la valeur des actifs restants d'une personne tombe en dessous de 100 000 £ en contribuant aux coûts des soins, elle sera admissible à une aide financière. Si les actifs totaux d'une personne se situent entre 20 000 £ et 100 000 £, il est probable que son autorité locale finance une partie de ses soins et elle devra contribuer aux coûts de ses soins à partir de son revenu (HM Government, 2021a).

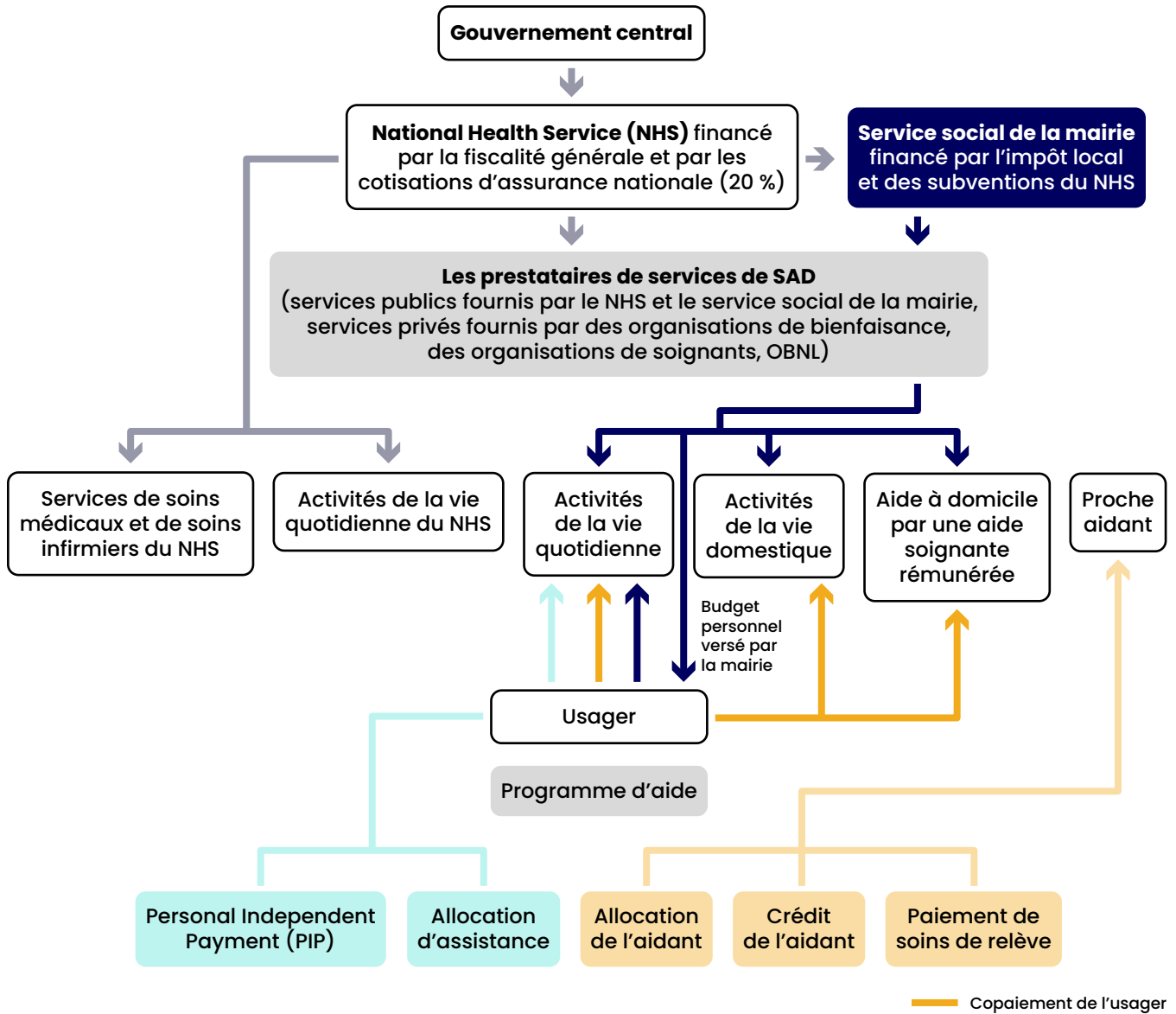
- **L'allocation d'assistance :**
 - Cette prestation est destinée aux personnes ayant dépassé l'âge de la retraite et ayant besoin d'aide pour leurs soins personnels ou leur supervision en raison d'une maladie ou d'un handicap. Il existe deux taux d'allocation d'assistance, qui dépendent des soins dont l'utilisateur a besoin, sans être soumis à des tests de moyens.
 - ◆ Pour ceux qui ont besoin d'aide pendant la journée ou la nuit – Taux inférieur : 68,10 £
 - ◆ Pour ceux qui ont besoin d'aide pendant la journée et la nuit, ou qui sont en phase terminale – Taux supérieur : 101,75 £ (Gov.UK, 2023d).

Les services et les programmes d'aide aux personnes proches aidantes (PPA)

- L'aidant s'occupe régulièrement d'une personne parce qu'elle est malade, âgée ou handicapée, y compris des membres de sa famille. L'aidant aide la personne âgée ou handicapée à se laver, à s'habiller ou à prendre ses médicaments, ainsi qu'à se déplacer et à se rendre aux rendez-vous chez le médecin. L'aidant apporte aussi une aide pour faire des courses, le ménage et la lessive, payer les factures et organiser les finances. Il peut également offrir un soutien émotionnel et s'asseoir avec une personne pour lui tenir compagnie ou veiller sur elle si on ne peut pas la laisser seule (NHS, 2023b).
- **L'allocation de l'aidant (Carer Allowance) :**
 - Il s'agit de la principale prestation de l'État pour les soignants. Elle correspond à 67,25 £ par semaine. L'aidant peut l'obtenir s'il s'occupe d'une personne plus de 35 heures par semaine. Il ne peut toutefois pas l'obtenir s'il obtient plus de 67,25 £ par semaine grâce à d'autres avantages. L'aidant peut être admissible à cette allocation si lui, la personne dont il s'occupe et le type de soins qu'il donne répondent à certains critères. Lorsqu'il demande l'allocation de l'aidant, ses autres prestations peuvent changer, mais le total de ses prestations augmentera ou restera le même (GOV.UK, 2023d). L'aidant ne serait pas concerné par le plafond des prestations (GOV.UK, 2023d).
- **Congé de soins de courte durée :**
 - Le Carer's Leave Act 2023, qui a reçu la sanction royale, introduira un nouveau droit à une semaine de congé sans solde par an pour les employés qui fournissent ou organisent des soins à domicile. Le congé peut être utilisé pour s'occuper d'un conjoint, d'un partenaire civil, d'un enfant, d'un parent, d'une personne vivant dans le même ménage ou d'une personne qui compte raisonnablement sur l'employé pour ses soins. La personne aidée doit avoir un besoin de soins de longue durée. Cela signifie qu'elle doit avoir une maladie ou une blessure de longue durée (physique ou mentale) qui nécessite ou est susceptible de nécessiter des soins pendant trois mois ou plus, un handicap tel que défini dans la loi de 2010 sur l'égalité, ou avoir besoin de soins liés à la vieillesse. Le congé est disponible uniquement pour les employés, et ce, à partir du premier jour d'emploi. Le congé peut être pris de manière flexible en bloc de cinq jours, en journées individuelles ou en demi-journées en fonction des responsabilités de l'aidant (Clyde & Co, 2023).

- **Différents types de soins de relève à domicile :**
 - Les principaux types de soins de relève sont : (1) les soins à domicile par un soignant rémunéré, (2) les vacances de répit, qui permettent aux aidants et aux personnes malades ou handicapées de faire une pause dans la vie quotidienne, (3) les services de soins. Certaines organisations caritatives et organisations de soignants proposent des services de soins où un bénévole formé tient compagnie à la personne dont l'aidant s'occupe pendant un certain temps, généralement quelques heures à la fois (NHS, 2023e).
- **Crédit d'aidant – Carer's Credit :**
 - Le crédit d'aidant est une cotisation à l'assurance nationale (NI) pour s'assurer que l'aidant ne perd pas certaines prestations de sécurité sociale, telles que la pension d'État, en raison de lacunes dans son dossier NI. L'aidant peut obtenir le crédit d'aidant s'il s'occupe de quelqu'un plus de 20 heures par semaine, a plus de 16 ans, est sous l'âge de la retraite d'État et que la personne aidée reçoit au moins une prestation d'aide (GOV.UK, 2023e).

Comment circule l'argent pour les services de SAD au Royaume-Uni



La coordination et la communication entre programmes

- En 2016, les organisations du NHS et les autorités locales ont été rassemblées dans 44 partenariats pour la durabilité et la transformation dans le but de planifier les services ensemble. Quatorze de ces partenariats sont devenus des systèmes de soins intégrés (ICS), dans lesquels les autorités locales, les réseaux de médecins généralistes et les hôpitaux locaux assument une responsabilité conjointe pour partager les ressources au bénéfice de leur population.
- La connaissance de l'intégration des soins a été acquise à partir de 50 sites pilotes de groupes de travail collaboratifs lancés en 2014. Ces 50 sites ont fourni des services intégrés aux personnes âgées ou atteintes de maladies chroniques via des pratiques généralistes et des collaborations entre hôpitaux et maisons de soins de plus grande envergure. L'évaluation de ces programmes pilotes a montré le potentiel de réduction de l'utilisation des hôpitaux par les populations vulnérables grâce à une meilleure prise en charge communautaire. Par exemple, un projet visant à améliorer les soins de santé dans les maisons de soins a permis de réduire de 23% les admissions d'urgence et de 29% les visites aux services d'urgence par rapport à d'autres régions du pays (Tikkanen et al., 2020).
- En Écosse, le projet de loi sur le Service national de soins de santé vise à améliorer l'intégration entre les soins de santé et les services sociaux (National Care Service) ainsi que la qualité des soins sociaux. Ce projet de loi a été élaboré à la suite d'une revue des soins sociaux pour adultes annoncée en 2020, qui a mis en évidence la nécessité d'améliorer la qualité des services sociaux (Social Care). Entre autres choses, le projet de loi permet le partage d'informations entre le Service national de soins (NHS) et les services sociaux (National Care Service) (Scottish Parliamentary Corporate Body, 2022).

Le contrôle de qualité

- La Care Quality Commission (CQC) régule tous les services de santé et sociaux en Angleterre. La commission garantit la qualité et la sécurité des soins dans les hôpitaux, les cabinets dentaires, les ambulances, les établissements de soins et les soins dispensés au domicile des particuliers (GOV.UK, 2023f).

Les enjeux, les avantages, la performance axée sur la valeur pour l'utilisateur

- Les copaiements pour les services de soutien à domicile peuvent être une charge financière importante pour l'utilisateur et engendrer des enjeux d'accessibilité au soutien à domicile.
- L'utilisateur a le libre choix du fournisseur de services de SAD.

Les enjeux de financement

- Le financement des soins sociaux pour adultes est sous pression depuis plusieurs années. Les facteurs qui ont contribué à cela incluent :
 - Les pressions démographiques : le nombre de personnes âgées (le groupe le plus susceptible d'avoir besoin de soins sociaux) augmente plus rapidement que la population dans son ensemble. On constate aussi une augmentation de la demande de soins de la part des adultes en âge de travailler.
 - Les pressions sur les finances des collectivités locales : le National Audit Office a estimé que le pouvoir d'achat des collectivités locales (financement de l'État, taxe d'habitation et taux des entreprises) a diminué de 29% en termes réels entre 2010-2011 et 2021-2022.
 - L'augmentation du salaire vital national : l'Association des directeurs des services sociaux pour adultes (ADASS) a estimé que l'augmentation du salaire vital national à partir d'avril 2022 a coûté aux conseils environ 977 millions de livres sterling.
 - L'inquiétude des autorités locales concernant l'augmentation des coûts des soins et le prix des forfaits de soins pour soutenir les personnes ayant des besoins de soins de plus en plus complexes.
- Les pressions sur le financement dans les services sociaux pour adultes pourraient contribuer à une série de problèmes dans le secteur, notamment les suivants :
 - Niveaux élevés de besoins de soins non satisfaits ou sous-satisfaits : on ne s'entend pas sur le niveau global des besoins non satisfaits, mais Age UK estimait avant la pandémie de COVID-19 que 1,5 million de personnes âgées de 65 ans et plus en Angleterre avaient une forme de besoin de soins non satisfait ou sous-satisfait. La crise de la COVID-19 a également exacerbé les inégalités socio-économiques dans l'accès aux services (Keeble et al., 2023).
 - Retards dans l'accès à l'assistance : l'Association des directeurs des services sociaux pour adultes (ADASS) a estimé, par exemple, qu'environ 246 000 personnes attendaient une évaluation des soins en août 2022.
 - Coûts de soins « catastrophiques » : le gouvernement estime qu'environ un adulte sur sept âgé de 65 ans doit faire face à des coûts de soins à vie de plus de 100 000 £.
 - Niveaux élevés de soins non rémunérés : les proches aidants ne reçoivent pas toujours le soutien dont ils ont besoin.
 - Viabilité financière des prestataires de soins : en juillet 2022, l'ADASS a rapporté que 65% des directeurs des services sociaux pour adultes ont déclaré que le niveau de qualité et de choix sur leur marché local des soins avait diminué par rapport à la période précédant la pandémie de COVID-19.
 - Pressions de la main-d'œuvre : en 2021-2022, on comptait environ 165 000 postes vacants et ce nombre a augmenté de 52% entre 2020-2021 et 2021-2022 (UK parliament).

Les réformes récentes des mécanismes de financement

- En Angleterre, un nouveau plafond sera mis en place pour fixer le montant maximal qu'une personne devra payer au cours de sa vie pour ses coûts de soins personnels. Ensuite, pour favoriser l'autonomie, le gouvernement britannique prévoit investir dans les subventions pour les installations et le logement avec soutien aux personnes handicapées, ainsi que dans l'exploration de solutions de logement.
- Sur le plan de la communication, des améliorations seront apportées aux informations destinées aux utilisateurs de services pour faciliter leur navigation dans le système de soins et améliorer leur compréhension des options disponibles.
- Plusieurs réformes du système de financement de l'aide sociale aux adultes en Angleterre sont au programme dans le White Book et devaient prendre effet en octobre 2025. Cependant, suite à l'annonce du chancelier de l'Échiquier, le 29 juillet 2024, les réformes prévues ont été repoussées à une date indéterminée (HM Government, document : Building Back Better, 2021; GOV.uk, 2023g; GOV.uk, 2024). Ces réformes comprennent des mesures visant à permettre aux personnes bénéficiant d'une aide financière de conserver une plus grande partie de leurs revenus personnels. Parmi ces réformes, on peut noter les éléments suivants :
 - Afin de permettre aux personnes recevant une aide financière de conserver une plus grande part de leur propre revenu, le gouvernement débloquera la garantie de revenu minimal (Minimum Income Guarantee – MIG) pour ceux recevant des soins à domicile et l'allocation de dépenses personnelles (Personal Expenses Allowance – PEA) pour les résidents en maison de retraite, de sorte que les deux augmenteront en fonction de l'inflation.
 - Le gouvernement a prévu débloquer la garantie de revenu minimal (Minimum Income Guarantee (MIG)) pour les personnes recevant des soins à domicile. Les personnes ayant des avoirs inférieurs à 20 000 £ ne seront pas tenues de contribuer à leurs soins à partir de leurs économies ou de la valeur de leur maison. Les personnes ayant des avoirs compris entre 20 000 £ et 100 000 £ seront admissibles à une aide financière basée sur les moyens. Les autorités locales évalueront les besoins en matière de soins et détermineront si une aide financière est nécessaire en fonction de l'évaluation basée sur les moyens, qui prend en compte les actifs totaux, y compris la valeur de la maison d'une personne et ses économies. Si les actifs totaux d'une personne dépassent 100 000 £, elle devra payer des frais complets pour ses soins.

- Le maximum qu'une personne devra payer au cours de sa vie pour les coûts des soins personnels sera de 86 000 £ grâce au nouveau plafond. Si la valeur des actifs restants d'une personne tombe en dessous de 100 000 £ en contribuant aux coûts des soins, elle sera admissible à une aide financière. Si les actifs totaux d'une personne se situent entre 20 000 £ et 100 000 £, il est probable que son autorité locale finance une partie de ses soins et elle devra contribuer aux coûts de ses soins à partir de son revenu.
- Le gouvernement prévoit investir au moins 500 millions de livres sterling sur trois ans pour :
 - ◆ Soutenir la professionnalisation et le développement de la main-d'œuvre, avec des formations et des certifications pour les travailleurs sociaux, ainsi que des programmes de développement professionnel pour les travailleurs réglementés.
 - ◆ Financer des ressources de bien-être mental et offrir un accès aux soins de santé au travail en vue d'aider le personnel à se remettre de son rôle essentiel pendant la pandémie. Cela inclut des services tels que le counseling, le coaching entre pairs et des améliorations du lieu de travail.
 - ◆ Introduire d'autres réformes visant à améliorer le recrutement et le soutien de la main-d'œuvre des soins sociaux. Plus de détails seront présentés dans le prochain Livre blanc.
- Le gouvernement reconnaît également que le secteur des soins sociaux pour adultes fait face à d'autres défis en dehors des coûts pour les utilisateurs et la main-d'œuvre. Par conséquent :
 - Des mesures seront prises pour soutenir les 5,4 millions de soignants non rémunérés en leur offrant le soutien, les conseils et le répit dont ils ont besoin, conformément aux objectifs de la loi sur les soins;
 - Des investissements seront réalisés dans les subventions pour les installations et le logement avec soutien pour les personnes handicapées, ainsi que dans l'exploration de solutions innovantes de logement favorisant l'autonomie;
 - Des améliorations seront apportées aux informations destinées aux utilisateurs de services pour les aider à naviguer dans le système de soins et à mieux comprendre les options qui leur sont offertes.
- Le gouvernement britannique prévoit mettre à disposition jusqu'à 2,8 milliards de livres sterling en 2023-2024 et 4,7 milliards de livres sterling en 2024-2025 pour soutenir les soins sociaux pour adultes et la sortie de l'hôpital. Cela comprend des subventions pour aider les personnes à sortir de l'hôpital et à entrer dans les établissements de soins, ainsi que des fonds pour les réformes de facturation. Les autorités locales seront autorisées à augmenter le précepte de soins sociaux pour adultes (HM Government, 2021).

RÉFÉRENCES

- Age UK. (2023). *Services*. <https://www.ageuk.org.uk/services/>
- British Red Cross. (2023). *Volunteer with the British Red Cross*. <https://www.redcross.org.uk/get-involved/volunteer>
- Caring Together Charity. (2023b). *Support carers (fundraising and donations)*. <https://www.caringtogether.org/help-us-help-others/support-carers-fundraising-and-donations/>
- Caring Together Charity. (2023a). *Carers UK*. <https://www.caringtogether.org/carers-directory/carers-uk/#:~:text=Carers%20UK%20Helpline%20%E2%80%93%200808%200808,Benefits%20and%20tax%20credits>
- CLEISS. (2023). *Le système de santé britannique*. [https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/royaume_uni.html#:~:text=Le%20syst%C3%A8me%20de%20sant%C3%A9%20du,National%20Health%20Service%20\(NHS\)](https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/royaume_uni.html#:~:text=Le%20syst%C3%A8me%20de%20sant%C3%A9%20du,National%20Health%20Service%20(NHS))
- Clyde & Co. (2023). *New law will give employees a right to one week's unpaid carer's leave*. <https://www.clydeco.com/en/insights/2023/05/new-law-will-give-employees-a-right-to-one-week-s#:~:text=The%20Carer's%20Leave%20Act%202023,are%20providing%20or%20arranging%20care>.
- European Commission and Social Protection Committee. (2021). *Long-Term Care Report. Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society*.
- GOV.UK. (2023a). *DHSC annual report and accounts : 2019 to 2020*. <https://www.gov.uk/government/publications/dhsc-annual-report-and-accounts-2019-to-2020>
- GOV.UK. (2023b). *Better Care Fund framework 2022 to 2023 published*. [https://www.gov.uk/government/news/better-care-fund-framework-2022-23-published#:~:text=The%20improved%20Better%20Care%20Fund%20\(iBCF\)%2C%20which%20is%20part,2023%20at%20%C2%A3573%20million](https://www.gov.uk/government/news/better-care-fund-framework-2022-23-published#:~:text=The%20improved%20Better%20Care%20Fund%20(iBCF)%2C%20which%20is%20part,2023%20at%20%C2%A3573%20million)
- GOV.UK. (2023c). *Personal Independence Payment (PIP)*. <https://www.gov.uk/pip>
- GOV.UK. (2023d). *Carer's Allowance*. <https://www.gov.uk/carers-allowance>
- GOV.UK. (2023e). *Carer's Credit*. <https://www.gov.uk/carers-credit>
- GOV.UK. (2023f). *Care Quality Commission*. <https://www.gov.uk/government/organisations/care-quality-commission>

- GOV.UK. (2023g). *Autumn Statement 2022*. <https://www.gov.uk/government/publications/autumn-statement-2022-documents>
- GOV.UK. (2024). *Réforme de la tarification des services sociaux pour adultes*. <https://www.gov.uk/government/publications/build-back-better-our-plan-for-health-and-social-care/adult-social-care-charging-reform-further-details>
- HM Government. (2021). *Building Back Better : Our Plan for Health and Social Care*.
- Homecare.co.uk. (2023). *Minimum Income Guarantee (MIG) – Rates 2023/24*. [https://www.homecare.co.uk/advice/minimum-income-guarantee-mig#:~:text=Minimum%20Income%20Guarantee%20\(MIG\)%20is,conduct%20a%20financial%20means%20test](https://www.homecare.co.uk/advice/minimum-income-guarantee-mig#:~:text=Minimum%20Income%20Guarantee%20(MIG)%20is,conduct%20a%20financial%20means%20test).
- Keeble, E., Scobie, S., Georghiou, T. et Davies, M. Deaths at home during the Covid-19 pandemic and implications for patients and services.
- Library, U. P.-H. o. C. (2023). *Adult Social Care Funding (England)*. <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-7903/#:~:text=How%20social%20care%20is%20funded,22%20was%20%C2%A319%20billion>
- mygov.scot. (2023). *Qu'est-ce que le paiement pour adultes handicapés ?* <https://www.mygov.scot/adult-disability-payment>
- NHS. (2021). *Introduction aux soins et à l'accompagnement*. <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/introduction-to-care-and-support/>
- NHS. (2023a). *Funded nurse care*. <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/money-work-and-benefits/nhs-funded-nursing-care/>
- NHS. (2023b). *Social care and support guide*. <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/>
- NHS. (2023c). *Help at home from a paid carer*. <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/care-services-equipment-and-care-homes/homecare/>
- NHS. (2023d). *Financial assessment (means test) for social care*. <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/help-from-social-services-and-charities/financial-assessment-means-test/#:~:text=A%20financial%20assessment%20or%20means,savings%20less%20than%20%C2%A323%2C250>
- NHS. (2023e). *Carers' breaks and respite care*. <https://www.nhs.uk/conditions/social-care-and-support-guide/support-and-benefits-for-carers/carers-breaks-and-respite-care/>
- Nuffield Trust. (2023). *Who organises and funds social care ?* <https://www.nuffieldtrust.org.uk/news-item/who-organises-and-funds-social-care-1#fn-footnote-id-1>
- Royal Voluntary Service. (2023). *Supporting people*. <https://www.royalvoluntaryservice.org.uk/our-services/supporting-people/>

Il manque l'année,
à fournir s.v.p.

Scottish Parliamentary Corporate Body, S. (2022). *National Care Service (Scotland) Bill (SP Bill 17)*. <https://www.parliament.scot/-/media/files/legislation/bills/s6-bills/national-care-service-scotland-bill/introduced/explanatory-notes-accessible.pdf>

Statista. (2023). *Percentage of population covered by public or private health insurance in the United Kingdom from 2000 to 2019*. <https://www.statista.com/statistics/683451/population-covered-by-public-or-private-health-insurance-in-united-kingdom/>

The King's Fund. (2023). *How the NHS is funded*. <https://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/how-nhs-funded>

Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A. et Wharton, G. (2020). International profiles of health care systems. *The Commonwealth Fund*.

UK Care Guide. (2023). *How Much Does in Home Care Cost in July 2023*. <https://ukcareguide.co.uk/home-care-costs/>

7. SUÈDE

Description et historique

- Le système de santé suédois est un système hautement décentralisé, organisé et géré selon trois niveaux : national, régional et local. La Suède a une approche universelle des services de santé et sociaux qui offre une couverture étendue aux citoyens, indépendamment de leur revenu, car ils sont évalués en fonction de leurs besoins.
- Au niveau du gouvernement central, le ministère de la Santé et des Affaires sociales établit des principes et des lignes directrices pour les soins et définit les priorités gouvernementales pour la santé et les soins médicaux. Le ministère, ainsi que d'autres organismes gouvernementaux, supervise les activités, alloue des subventions et évalue périodiquement les services pour assurer la correspondance avec les objectifs nationaux, aux niveaux régional et local.
- Les conseils régionaux (21 régions) sont responsables du financement et de la prestation de services de santé, tandis que les municipalités (290 municipalités) sont responsables de répondre aux besoins de soins et de logement des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Les municipalités sont tenues de veiller à ce que tous les citoyens reçoivent les soins et le soutien dont ils ont besoin, et en particulier de les aider à continuer à vivre chez eux de manière aussi indépendante que possible. La Suède s'est engagée dans une désinstitutionnalisation de son offre de soins aux personnes âgées en favorisant des solutions à domicile et en réallouant les dépenses publiques vers les soins à domicile (Lorenzoni, 2021).
- La loi sur les services sociaux de 2001 (SSA) facilite la prestation de services publics universels, tels que les soins à domicile, à tous ceux qui ont besoin de soins, en accordant la priorité à ceux qui sont jugés comme ayant les plus grands besoins (Kiersey et al., 2017).
- Le gouvernement suédois a introduit la loi sur le système de choix dans le secteur public (LOV) en 2009, qui a mis en place des bons de services pour les bénéficiaires de soins leur permettant de choisir parmi les fournisseurs publics et à but lucratif qui opèrent sur un marché concurrentiel (Kiersey et al., 2017).
- Depuis 2010, il est obligatoire pour les conseils de comté d'avoir un système de choix dans le secteur des soins de santé primaires, conformément à la LOV. L'idée de la loi est de donner aux utilisateurs de services la possibilité de choisir des services publics et de les habiliter à prendre leurs propres décisions sur les services de soins qui leur conviennent (Kiersey et al., 2017).

Les données contextuelles, 2022

Proportion de la population âgée de 65 ans et plus (1)	20%
Proportion de la population âgée de 80 ans et plus (2)	5%
Espérance de vie à 65 ans (3)	20,8 ans
Espérance de vie à la naissance (4)	83,1 ans
Dépenses de santé par habitant (5)	5 292,5 \$ US PPA
Dépenses de santé en pourcentage du PIB (6)	10,5%
Dépenses de soins de longue durée en pourcentage du PIB (7)	2,7%
Part des dépenses de services de SAD dans les dépenses de soins de longue durée (8)	31,3%
PIB par habitant (9)	68 802 \$ PPA
Ratio de dépendance (10)	3,1

Sources : Données (1,2,10) : United Nations Population Division. World Population Prospects : 2022 Revision, www.worldbank.org. Données (3,4) : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2023). Données de l'OCDE. Site Web. <https://www.oecd.org/fr/data.html>. Données (5,6,7,8,9) : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2023). Data Explorer : Dépenses de santé et financement. www.data-explorer.oecd.org.

Les données sur les services de soutien à domicile

- Sur l'ensemble des dépenses de santé, 84 % sont financées par les impôts et les taxes, 15 % par les copaiements, et environ 1 % par les assurances privées, les cotisations d'assurance sociale (NHI) et les autres sources (Tikkanen, 2020)³¹.
- Environ 24 % des services des maisons de retraite et 18 % de tous les soins à domicile étaient fournis par des prestataires privés en 2017, bien que le pourcentage varie considérablement d'une municipalité à l'autre (Tikkanen, 2020).
- En 2017, 72 % des adultes ayant des besoins de soins de longue durée ont vu leurs besoins satisfaits par des soins à domicile et 28 % en institution (Tikkanen, 2020).

31 Les pourcentages indiqués sont arrondis et peuvent ne pas totaliser exactement 100 % en raison de différences d'arrondi dans les données sources.

Les sources de financement

- Le système de santé en Suède est financé par la taxation et couvre en partie les soins à domicile ainsi que les soins de longue durée.
- Le financement des soins à domicile provient principalement de la taxation, des copaiements et d'autres contributions privées. Environ 85 % de ce financement provient des taxes municipales et 10 % des taxes nationales. Les frais payés par l'utilisateur couvrent une fraction du coût (4 à 5 % au total). La responsabilité d'organiser et de financer les soins de santé incombe aux conseils régionaux et aux municipalités, ce qui entraîne des variations de services d'une région à l'autre.
- En Suède, seuls les soins de santé dispensés par des prestataires publics ou privés ayant conclu un contrat avec un conseil régional font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie et accident. Tous les résidents sont couverts. Les soins de santé à domicile relèvent de la responsabilité des régions et sont essentiellement financés par des impôts locaux (CLEISS, 2023).
- Les services de soins infirmiers, les services d'activités de la vie quotidienne (AVQ) et les services d'activités de la vie domestique (AVD) offerts par le centre de santé ou les soins à domicile sont gratuits pour la personne âgée qui est inscrite à ce qu'on appelle les soins de base à domicile ou pour celle qui a plus de 85 ans (Conseil national de la santé et du bien-être – Socialstyrelsen, 2023). Les communes et les régions en Suède fixent librement, dans la limite des plafonds prévus par la loi, les tarifs des différents actes médicaux et le montant de la participation du patient.
- Les communes et les régions peuvent également fournir des interventions d'AVQ à la suite d'une demande de la personne en perte d'autonomie. Ces dernières sont financées par les taxes et les impôts régionaux et municipaux. Les frais que les usagers paient sont basés sur leurs ressources financières. La personne âgée peut obtenir de l'aide pour la plupart des activités de la vie quotidienne sans d'abord contacter la municipalité et faire évaluer ses besoins. De nombreuses tâches telles que le ménage, la lessive et le repassage, l'entretien de la maison, le jardinage et le déneigement sont des prestations ménagères traditionnelles qui donnent droit aux déductions fiscales RUT (Seniorval, 2023a).

- Les politiciens locaux élus fixent les budgets et établissent des lignes directrices locales dans les 290 municipalités.
 - Les personnes âgées et les personnes handicapées paient une cotisation maximale séparée pour les services commandés par les municipalités pour les groupes 1 à 7, le groupe 7 représentant les usagers avec les besoins les plus sévères; les montants sont respectivement de 157 SEK, 543 SEK, 989 SEK, 1 317 SEK, 1 820 SEK, 2 065 SEK et 2 359 SEK par mois en 2023 (Aldreomsorg.stockholm, 2023). Les tarifs mentionnés concernent spécifiquement la ville de Stockholm. Toutefois, il existe une certaine harmonisation entre les municipalités, mais nous ne disposons pas d'informations quant à son application dans toutes les municipalités du pays ni en ce qui concerne l'uniformité des groupements utilisés.
 - Les copaiements pour les services de soins de longue durée sont réglementés par la loi sur les services sociaux, garantissant qu'il n'y a pas de tarification excessive pour les bénéficiaires de soins.
 - Les personnes à faible revenu sont exonérées de tous frais (Lorenzoni, 2021).

Les prestataires de services de soutien à domicile

- En Suède, les prestataires de services de SAD peuvent être publics ou privés, ceux-ci incluent les hôpitaux, les centres de soins (prestataires publics), les entreprises qui fournissent des services de SAD pour le compte des municipalités et les organisations à but non lucratif.
- Tous les membres du personnel des soins à domicile doivent avoir suivi une formation spécifique, et il existe des programmes éducatifs spécifiques relatifs à la formation aux soins (Lorenzoni, 2021).

LES PRESTATAIRES PUBLIQUES

- **Le centre de santé – comté de Stockholm :**
 - Il s'agit d'un endroit où l'utilisateur peut rencontrer des médecins spécialistes en médecine générale, des infirmières, des infirmières de district, des conseillers, des psychologues et également d'autres groupes professionnels. Un autre nom commun pour les centres de santé est le cabinet du médecin de famille. Si l'utilisateur a un besoin urgent de traitement, il est également généralement possible pour lui de consulter un médecin ou une infirmière le jour même (Service des régions suédoises, 2023a). Les centres de santé en Suède sont financés par l'argent des impôts versés aux régions et aux municipalités (Varden.se, 2023).
- **Les services de soutien à domicile par la municipalité :**
 - Il s'agit d'une aide sous forme de services et de soins personnels à domicile. Le service à domicile consiste, par exemple, en une aide aux soins personnels et aux tâches quotidiennes telles que le ménage, les courses, la cuisine ou la livraison de plats cuisinés (Kunskapsguiden, 2023).

- La loi de 1991 sur les collectivités locales a permis aux municipalités de sous-traiter la prestation de soins aux personnes âgées à des acteurs non gouvernementaux, à but lucratif ou non. Pour stimuler une plus grande variété de prestataires de soins aux personnes âgées et améliorer la qualité des services fournis, le gouvernement a introduit une nouvelle loi en 2008, la loi sur le système de choix dans le secteur public. La présente loi s'applique lorsqu'une autorité contractante décide de mettre en œuvre un système de choix en matière de services de santé et de services sociaux.
- Le système de choix est une procédure dans laquelle la personne est habilitée à choisir un fournisseur pour exécuter un service et avec laquelle un pouvoir adjudicateur a approuvé et conclu un contrat. Le pouvoir adjudicateur traite les fournisseurs de manière égale et non discriminatoire. Le pouvoir adjudicateur doit également respecter les principes de transparence, de reconnaissance mutuelle et de proportionnalité lorsqu'il applique un système de choix. L'objectif de cette loi est de faciliter l'entrée de divers prestataires commerciaux sur le marché des services et des soins aux personnes âgées. La loi fonctionne comme un outil volontaire pour les municipalités qui souhaitent laisser les bénéficiaires choisir leurs fournisseurs et exposer les prestataires du secteur public à la concurrence du secteur privé.
- Les municipalités et les régions peuvent décider de la manière d'organiser la prestation de soins aux personnes âgées, y compris la collaboration avec différents prestataires. Soit une municipalité, soit un prestataire privé (qui peut inclure des entreprises privées, mais aussi des fiducies et des coopératives) peut fournir des soins institutionnels et à domicile. Cependant, même lorsque les soins sont fournis par le secteur privé, les municipalités et les conseils du pays ont toujours la responsabilité exclusive de financer les soins et d'assurer un niveau de qualité adéquat (Barber et al., 2021).
- **Les soins dentaires à domicile :**
 - Ils sont disponibles si la personne âgée éprouve des difficultés à se rendre elle-même au cabinet d'un dentiste; elle peut alors recevoir la visite du dentiste à son domicile. L'option est offerte dans certaines régions et signifie qu'un dentiste, une hygiéniste dentaire ou une infirmière dentaire se déplacera au domicile de la personne âgée. Ils transportent du matériel et peuvent effectuer bon nombre de traitements dentaires habituels (Seniorval, 2023b).
 - Les soins dentaires à domicile sont financés par les impôts versés aux régions et aux municipalités. L'utilisateur en perte d'autonomie peut obtenir un certificat d'allocation de soins dentaires après en avoir fait la demande et à la suite d'une évaluation par le conseil de comté ou le conseil de la région. Une fois la certification reçue, l'utilisateur paiera les mêmes frais pour les soins dentaires que pour les soins médicaux. Les frais dentaires sont également inclus dans la protection à coût élevé (Seniorval, 2023b).

LES PRESTATAIRES PRIVÉS

- Dans **les municipalités** qui ont introduit le libre choix dans le service à domicile, l'utilisateur qui reçoit des soins à domicile peut choisir de faire effectuer des interventions par la municipalité ou par une autre entreprise de soins et de services agréée par la municipalité. Tout le personnel est lié par la confidentialité.
- Ainsi, **les entreprises privées** qui travaillent au nom de la municipalité doivent suivre les mêmes exigences que la municipalité a pour ses propres soins à domicile. Les frais que l'utilisateur paie pour les soins à domicile sont les mêmes, quel que soit le fournisseur que l'utilisateur choisit. C'est la municipalité qui enverra la facture à l'utilisateur (Municipalité Östra Göinge, 2023).
- La Suède compte une proportion plus élevée d'entreprises privées à but lucratif fournissant des services sociaux que tout autre pays d'Europe. La concurrence et le choix peuvent être efficaces et positifs. Néanmoins, dans une perspective plus large, les intérêts privés s'écartent souvent des intérêts de la société (OECD, 2019). En effet, la possibilité de générer des bénéfices dans le secteur de l'aide sociale financé par l'État pourrait avoir pour conséquence que les organisations à but lucratif n'agissent pas comme la société voudrait qu'elles le fassent. Le secteur social doit donc être régulé afin que les organisations qui y opèrent travaillent au service des intérêts de la société (OECD, 2019).

LES ORGANISATIONS À BUT NON LUCRATIF

- Dans certaines municipalités, il existe des organisations à but non lucratif qui offrent également un soutien. Il se peut que quelqu'un accompagne l'utilisateur à des rendez-vous chez le médecin, chez le coiffeur, à des concerts ou à d'autres événements. L'utilisateur peut également recevoir une visite à la maison, tenir une conversation autour d'une tasse de café ou faire une promenade (Service des régions suédoises, 2023b).
- Beaucoup d'organisations à but non lucratif sont entièrement financées par leurs membres, tandis que d'autres fondent presque entièrement leurs opérations sur des subventions publiques (Association suédoise de collecte de fonds (Giva Sverige), 2023).
- Le financement consiste souvent en une combinaison de contributions propres (pouvant être des prêts, des dons ou le capital propre de l'association), de contributions de fonds ou de fondations et de contributions de la municipalité, d'entreprises ou de particuliers. Tous les types d'associations ou d'organisations à but non lucratif peuvent demander différents types de subventions. Les organisations à but non lucratif doivent être en activité depuis au moins deux ans et avoir un nombre constant de membres (Agence de financement suédoise, 2023).

Libre choix des prestataires de soins à domicile

En Suède, le libre choix des prestataires de soins à domicile signifie que ceux qui ont bénéficié d'une aide sous forme de soins à domicile dans le cadre d'une évaluation de l'assistance peuvent choisir qui offrira les services. Cela signifie que les entreprises qui effectuent des interventions de services de SAD peuvent demander à être agréées par la municipalité en tant que fournisseurs de ces interventions. Les entreprises agréées seront celles parmi lesquelles l'utilisateur pourra alors choisir (Amals Kommun, 2023). Le libre choix des prestataires de soins à domicile en Suède est fixé dans la loi sur la liberté de choix (LOV) en matière de soins aux personnes âgées (Sveriges Riksdag, 2007).

- En ce qui concerne les enjeux, le libre choix de prestataire vise à assurer un accès équitable aux services. Il permet à l'utilisateur d'avoir un accès plus large à une gamme de services de soins à domicile, lui offrant ainsi la possibilité de choisir un prestataire qui répond le mieux à ses besoins spécifiques en termes de compétences, d'expérience et de valeurs.
- Les avantages du libre choix de prestataire sont nombreux. Tout d'abord, il confère à l'utilisateur une plus grande autonomie et un plus grand contrôle sur les services qu'il reçoit. Ce fonctionnement donnerait la possibilité à l'utilisateur de prendre des décisions éclairées et de participer activement à la planification et à la coordination de ses propres services de SAD.
- En matière de performance axée sur la valeur, le libre choix de prestataire pourrait contribuer à l'amélioration des résultats de santé pour l'utilisateur. Lorsque l'utilisateur peut choisir un prestataire qui offre des services adaptés à ses besoins, cela peut avoir un effet positif sur sa santé et son bien-être. De plus, le libre choix de prestataire pourrait favoriser la continuité des soins en permettant à l'utilisateur de conserver le même prestataire sur une période prolongée, favorisant ainsi une relation de confiance et une compréhension approfondie des besoins individuels. Toutefois, la prise de décision et la navigation à travers de multiples prestataires de services, particulièrement en ligne, pourraient poser un défi aux personnes âgées.
- Le libre choix de prestataire pourrait également encourager une certaine convergence des prix entre les prestataires concurrents. Dans le cadre de tarifs non réglementés, les prestataires doivent proposer des tarifs compétitifs pour attirer les usagers, ce qui pourrait contribuer à une utilisation plus efficace des ressources financières disponibles. De plus, la concurrence entre les prestataires pourrait inciter les organismes de financement à mettre en place des mécanismes de rémunération basés sur la qualité des services, récompensant ainsi les prestataires de haute qualité et encourageant l'amélioration continue de la qualité des soins à domicile.

Le panier de services à domicile

- **Les services de soins médicaux**
- **Les visites à domicile par un médecin de garde :**
 - Elles sont gratuites pour des problèmes de toux et de fièvre prolongées, des problèmes de voie urinaire, les vertiges, etc.
- **Les services de soins infirmiers :**
 - Le personnel infirmier exécute les tâches médicales de base telles que les injections d'insuline et le traitement des plaies.
- **Les services de soins personnels (AVQ) :**
 - Ils offrent du soutien pour le bain, l'habillage et les déplacements.
- **L'assistance pratique (AVD) :**
 - Elle s'occupe des tâches ménagères telles que le nettoyage, la lessive, la cuisine et les courses.
- **Les soins palliatifs :**
 - Ils sont également inclus dans les services de soutien à domicile, offrant une solution de rechange aux soins en milieu hospitalier ou en hospice pour ceux qui souhaitent passer leurs derniers jours chez eux.
- **Les soins dentaires à domicile**
- Le SAD en Suède offre également du soutien émotionnel et social.
- En plus de ces services de base, les prestataires publics et privés offrent des services d'adaptation de logement, des repas à domicile et des services médicaux à domicile. Bien que ces services supplémentaires varient en prix, un prix maximum pour les services de SAD dans toutes les municipalités a été fixé en 1992 pour garantir que le coût ne devient pas un obstacle pour les personnes ayant besoin de soins à domicile (Lorenzoni, 2021; Commission Services & Economic Policy Committee, 2016)

Les critères d'admissibilité

- La loi sur les services sociaux stipule que les résidents permanents à tous les stades de la vie ont le droit de recevoir des services et de l'aide publics, tels que des aides à domicile, des soins à domicile et des livraisons de repas. L'admissibilité aux services et à l'aide est basée sur les besoins, qui sont déterminés par les gestionnaires de soins de la municipalité en collaboration avec le client et souvent un proche.
- **Services de soins de santé par la municipalité :**
 - Ces services couvrent tous les résidents. Seuls les soins dispensés par des prestataires publics ou privés ayant conclu un contrat avec un conseil régional font l'objet d'une prise en charge par l'assurance sociale suédoise.

- **Allocation de soins à domicile :**
 - Cette allocation peut être accordée si la personne qui prodigue les soins a un surcroît de travail important et si les soins prodigués sont d'une intensité si importante qu'en temps normal, ils doivent être donnés par des professionnels de la santé (Service des régions suédoises, 2023a).
- **Allocation pour frais additionnels :**
 - L'assuré doit avoir un handicap, d'une durée estimée d'au moins 1 an, et qui engendre des dépenses annuelles supérieures ou égales à 11 900 SEK (CLEISS, 2023).
- **Subvention pour la dialyse à domicile :**
 - Cette subvention s'adresse aux personnes de plus de 65 ans qui commencent un traitement de dialyse à domicile (Service des régions suédoises, 2023c).
- **Pension garantie (garantipension) :**
 - Cette pension est accessible aux résidents qui ont atteint l'âge de 65 ans, ont eu de faibles revenus pendant leur vie active ou n'ont pas eu d'emploi, et ont résidé au moins 3 ans en Suède. Pour avoir droit à la pension garantie à taux plein (8 779 SEK par mois / 7 853 SEK pour une personne en couple), il faut avoir résidé 40 années en Suède depuis ses 16 ans. À défaut, le montant est réduit de 1/40^e par année manquante. Si l'assuré perçoit une pension de base, la pension garantie est diminuée (CLEISS, 2023).
- **Réduction fiscale pour l'achat de services ménagers :**
 - Quel que soit son âge, la personne âgée peut obtenir jusqu'à 75 000 SEK de réduction d'impôt (9 802,83 CAD en 2023). L'entreprise que la personne âgée embauche doit être titulaire d'une fiche fiscale F (Seniorval, 2023a).
- **Plafond des dépenses :**
 - La couverture à coût élevé signifie que l'utilisateur n'a pas à payer plus de 1 300 SEK (montant de 2023) pour des soins ambulatoires pendant une année. S'il atteint le montant maximal de la protection à coût élevé dans un délai d'un an, il obtient une carte gratuite (Conseil national de la santé et du bien-être – Socialstyrelsen, 2023).

L'évaluation des besoins et la détermination des services de soutien à domicile

- L'évaluation des besoins et la détermination des services à domicile sont réalisées selon une orientation vers l'individualisation des soins (European Commission and Social Protection Committee, 2021). L'accès aux services sociaux repose sur une évaluation des besoins. Comme la Suède ne dispose pas d'une réglementation nationale en matière d'admissibilité, elle adopte une approche décentralisée dans la détermination des services de soutien à domicile, laissant aux autorités locales la responsabilité de décider des critères d'admissibilité, des niveaux de service et de la gamme de services fournis (European Commission and Social Protection Committee, 2021). Ce type de fonctionnement permet une adaptation aux besoins spécifiques de chaque région et prend en compte les particularités locales dans la prestation des soins à domicile.
- Les demandes d'évaluation des besoins en soins sont examinées soit par un médecin généraliste, soit par l'autorité locale compétente lorsqu'une demande lui est adressée. Lorsqu'une demande est transmise directement à l'autorité, un évaluateur municipal représentant le conseil social de la municipalité interroge le bénéficiaire potentiel ainsi que ses proches afin de recueillir des informations détaillées sur les capacités fonctionnelles, les besoins, le bien-être et les conditions de vie à domicile de l'utilisateur. Sur la base de la proposition du médecin généraliste ou de l'évaluateur municipal, le conseil social municipal décide de la fourniture des services, déterminant ainsi l'admissibilité et le nombre d'heures de soins à domicile nécessaires. Il est important de rappeler que l'admissibilité aux services à domicile en Suède ne dépend pas des ressources financières, mais repose uniquement sur les besoins individuels.
- L'évaluation des besoins en services de soins infirmiers à domicile et de réadaptation est réalisée de manière conjointe par le gestionnaire des soins et les professionnels de la santé, garantissant ainsi une évaluation complète et précise des besoins de chaque usager (Lorenzoni, 2021). En cas de désaccord avec la décision du gestionnaire des soins, il est possible de faire appel devant le tribunal administratif, offrant une voie de recours pour les usagers souhaitant contester une décision spécifique. Toutes les évaluations sont également suivies et révisées si nécessaire dans un délai d'un an. Depuis 2018, des services de SAD (hemtjänst) peuvent être fournis sans évaluation préalable, conformément aux directives locales. Il est facultatif pour les municipalités d'introduire une évaluation simplifiée des soins à domicile. Ce modèle vise à accroître la participation et l'autonomie des personnes âgées dans la façon dont elles souhaitent recevoir leurs services de soutien à domicile (European Commission and Social Protection Committee, 2021).

- La législation ne donne aucun détail sur la procédure d'évaluation elle-même, les critères à utiliser pour évaluer les besoins ou pour déterminer l'étendue du soutien requis, et pour décider si les soins peuvent être dispensés au domicile du bénéficiaire ou non (Lorenzoni, 2021). Cela est défini par les municipalités. Elles définissent les critères d'admissibilité, les niveaux de service et la gamme de services fournis.
 - En cas d'insatisfaction avec la décision du gestionnaire de soins, il est possible de faire appel devant le tribunal administratif.
- Les prestations en espèces pour les services de soutien à domicile sont déterminées à partir de l'évaluation des besoins, et les personnes admissibles ont également droit à une assistance personnelle à domicile.
- Les personnes de moins de 65 ans ayant une déficience fonctionnelle ont droit à 20 heures d'aide à domicile financées par l'État, mais si elles ont besoin de plus d'heures, les frais restants sont pris en charge par l'Administration de la sécurité sociale (Commission Services & Economic Policy Committee, 2016).

Comment fonctionne le paiement des services à domicile

- Pour les **services de soins médicaux à domicile**, les **services de soins infirmiers**, les **AVQ** et les **AVD** à domicile, tous les services temporaires qui sont offerts par le centre de santé ou les soins à domicile sont gratuits pour la personne âgée qui est inscrite à ce qu'on appelle les soins de base à domicile ou pour celle qui a plus de 85 ans. Les communes et les régions en Suède fixent librement, dans la limite des plafonds prévus par la loi, les tarifs des différents actes médicaux et le montant de la participation du patient (Service des régions suédoises, 2023d; Association des autorités locales et des régions (SKR), 2023).
- **La visite à domicile par un médecin de garde** est gratuite pour la personne âgée. Les visites à domicile des prestataires de soins qui interviennent auprès des patients en soins à domicile, la réadaptation à domicile, l'ordonnance sans visite (ordonnance téléphonique ou via le e-service au 1177.s), les soins obligatoires (qui s'appliquent à une personne soignée conformément à la loi sur les soins psychiatriques obligatoires (LPT) ou à la loi sur les soins psychiatriques médico-légaux (LRV)) et l'examen selon la loi sur la protection contre les infections sont aussi gratuits (Service des régions suédoises, 2023d).
- Si l'utilisateur a reçu des **soins de santé ambulatoires** et a payé 1 300 SEK sur une période de 12 mois, il a droit à une carte gratuite où il peut voir ses honoraires patients et la durée de validité de la carte (Service des régions suédoises, 2023d).

- **Les services d'activités de la vie quotidienne (AVQ)** ne sont pas gratuits pour les personnes âgées. Selon la loi sur les services sociaux, les municipalités ont le droit de facturer des frais pour les soins aux personnes âgées. Les frais doivent être raisonnables et ne doivent pas dépasser les propres frais de la municipalité. Ainsi, le partage des coûts des services de soins aux personnes âgées est fixé conformément à la loi sur les services sociaux, dans le but de protéger les bénéficiaires contre des frais excessifs.
- **Une redevance plafond** est fixée annuellement par le gouvernement, représentant le montant maximum qu'on peut facturer à un bénéficiaire. Ce plafond est en principe fixé sans condition de ressources, bien qu'il puisse être réduit si les revenus mensuels du bénéficiaire sont inférieurs au coût de la vie minimum (le « montant de réserve ») tel que défini annuellement par le gouvernement. Par conséquent, la personne âgée ne doit payer jamais plus que le taux maximum qui est actuellement de 2 359 SEK par mois (2023) et qui est le même dans tout le pays (Service des régions suédoises, 2023a). Si la personne âgée a une pension peu élevée, il y a aussi un montant minimum qu'il lui reste après avoir payé les frais pour ses soins. Après impôts, frais de logement et frais de garde payés, la personne âgée doit également conserver au moins 6 470 SEK par mois (2023) si elle est célibataire et 5 279 SEK (2023) pour chacun des conjoints pour les dépenses personnelles. Si la personne âgée n'a pas ce montant, ses frais de garde sont réduits. Le montant est appelé le montant de la réservation (1 000 SEK – 130,24 CAD en 2023) (Ville de Göteborg, 2023). La loi sur les services sociaux stipule que les personnes âgées doivent, dans la mesure du possible, pouvoir choisir quand et comment le soutien et l'aide à domicile doivent être fournis.
- **Les services d'activités de la vie domestique (AVD)** ne sont pas gratuits pour les personnes âgées. De nombreuses tâches telles que le ménage, la lessive et le repassage, l'entretien de la maison, le jardinage et le déneigement sont des prestations ménagères traditionnelles qui donnent droit aux déductions RUT. La personne âgée peut acheter de l'aide pour s'habiller ou se doucher, obtenir une compagnie pour des promenades ou une surveillance de nuit. L'achat de ces services lui donne droit à une déduction fiscale RUT. C'est 50 % du coût du travail qui donne droit à une déduction fiscale. Les frais de matériel, d'équipement, de déplacement ou d'administration liés aux travaux ne donnent pas droit à une déduction dans la plupart des cas. La plupart des services d'itinéraire doivent être effectués à l'intérieur ou à proximité du domicile. Il est possible d'obtenir des déductions fiscales sans être propriétaire de la maison (Seniorval, 2023a).
- Les **coûts des AVQ** peuvent varier d'une municipalité et d'une commune à l'autre. Par exemple, pour la commune Ulricehamn, le tarif comporte deux niveaux en fonction de l'aide dont l'utilisateur a besoin. Ainsi, le tarif pour des soins à domicile de niveau 1 est de 625 SEK/mois et le tarif pour les services de SAD de niveau 2 (activités de la vie quotidienne) est de 925 SEK/mois.

- Les **soins de santé et de réadaptation** ont aussi des frais fixes par mois. Par exemple, les soins de santé et de réadaptation de niveau 1 coûtent 1 136 SEK/mois et ceux de niveau 2 coûtent 370 SEK/mois. Quant à l'alimentation par sonde, elle coûte 2 110 SEK³² par mois (Municipalité d'Ulricehamn, 2023).
- Les **frais de ménage à domicile** ont deux tarifs : pour nettoyer une chambre et la cuisine, le tarif est de 477 SEK/mois; pour nettoyer deux chambres et la cuisine, le tarif est de 733 SEK/mois. Il y a aussi un tarif horaire additionnel pour les efforts de service concernant les tâches telles que le nettoyage, les courses, les questions bancaires et postales qui est de 338 SEK/h. (Municipalité d'Ulricehamn, 2023). De plus, il est possible d'envoyer de la nourriture à la maison. Par exemple, une portion alimentaire coûte 63 SEK/portion, un dessert coûte 16 SEK/portion et un repas du soir coûte 37 SEK/portion (Municipalité d'Ulricehamn, 2023).
- Les bénéficiaires de soins peuvent obtenir des services en espèces ou en nature, ce qui leur permet de choisir le prestataire de soins et les services qui conviennent le mieux à leurs besoins. Les municipalités peuvent réduire le coût ou annuler le tarif complètement pour les bénéficiaires de soins qui ont besoin d'une assistance pratique et de services de soins personnels, mais qui sont incapables de payer en raison de leur situation financière (Kiersey et al., 2017).
- Le paiement aux prestataires privés se fait généralement sur la base de contrats, à la suite d'un processus d'appel d'offres public (Lorenzoni, 2021).
- La Suède utilise aussi un système de bons, qui donne droit aux bénéficiaires de soins à une subvention à utiliser pour les services de soins de leur choix. Ils peuvent acheter directement des services sur le marché au lieu de prendre les services des prestataires publics (Lorenzoni, 2021).

Les programmes d'aide à l'utilisateur

- **Allocation de soins à domicile :**
 - Elle est destinée aux services d'AVQ et d'AVD de l'agence d'assurance sociale. Le montant que la personne âgée peut recevoir dépend de la quantité et du type de soins dont elle a besoin. Par exemple, dans la ville de Stockholm, le montant est calculé sur un pourcentage du montant de base du prix. L'allocation est versée à la personne qui reçoit des soins. La personne âgée peut rémunérer à son tour le proche qui prodigue les soins. Les subventions diffèrent entre municipalités (Service des régions suédoises, 2023d).

32 1 couronne suédoise équivaut à 0,13 CAD (en date du 12 mai 2023).

- **Allocation pour frais additionnels (*merkostnadsersättning*) :**
 - Cette allocation est accordée à l'assuré dont le handicap, d'une durée estimée d'au moins 1 an, engendre des dépenses annuelles supérieures ou égales à 13 125 SEK (2023). Pour que la prestation soit versée à une personne âgée de plus de 65 ans, il faut que le handicap soit déclaré avant cet âge. Le montant de l'allocation dépend des frais engagés (CLEISS, 2023). Il doit s'agir de dépenses, récurrentes ou ponctuelles, auxquelles ne fait pas face une personne du même âge en bonne santé (traitements médicaux, produits pharmaceutiques, régime alimentaire particulier, frais de transport, équipement ménager adapté, aide-ménagère, etc.) (CLEISS, 2023).
- **Réduction fiscale pour l'achat de services ménagers (déduction RUT) :**
 - Il s'agit d'un allègement fiscal, ce qui signifie qu'en tant que cliente, la personne âgée ne paie que la moitié du coût du service ménager qu'elle achète. À partir de 18 ans et plus, le client des travaux RUT peut obtenir jusqu'à 75 000 SEK de réduction d'impôt (9 802,83 CAD en 2023) (Seniorval, 2023a).
 - ◆ L'évaluation des besoins n'est pas obligatoire pour bénéficier de ces services. Ainsi, toute personne peut demander la déduction fiscale pour les soins personnels et l'aide domestique, pourvu qu'elle dispose d'un certificat fiscal.
 - ◆ Depuis l'introduction de déductions fiscales, les services de SAD achetés sur le marché ont augmenté (Seniorval, 2023).
- **Subvention pour la dialyse à domicile :**
 - Dans la région du comté de Stockholm, cette subvention est offerte aux personnes de plus de 65 ans. La contribution de l'utilisateur correspond au niveau le plus bas d'indemnisation des frais supplémentaires de la caisse d'assurance. En 2023, cela correspondait à 1 313 SEK par mois (159,86 CAD en juin 2023) (Service des régions suédoises, 2023c).
- En janvier 2011, une base de valeur a été introduite dans la loi sur les services sociaux. La formulation est la suivante : « Les soins du service social pour les personnes âgées doivent être axés sur le fait de permettre aux personnes âgées de vivre une vie digne et de se sentir bien (base de valeurs) ». Dans la pratique, en 2023, la couverture à coût élevé signifiait que l'utilisateur n'avait pas à payer plus de 1 300 SEK pour des soins ambulatoires pendant une année. S'il atteignait le montant maximal de la protection à coût élevé dans un délai d'un an, il obtenait une carte gratuite (Conseil national de la santé et du bien-être – Socialstyrelsen, 2023).

Les services et les programmes d'aide aux personnes proches aidantes (PPA)

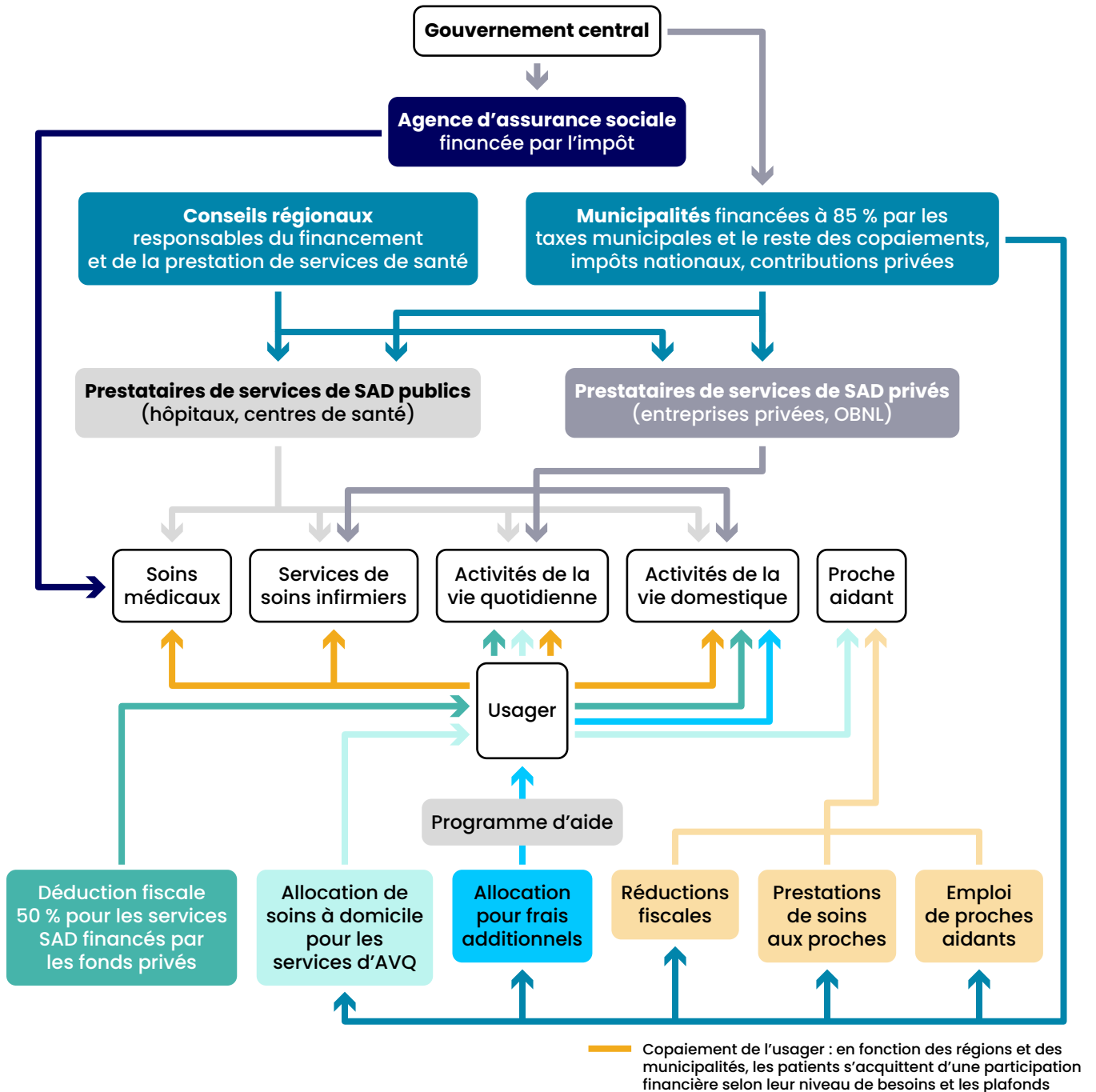
- Les personnes proches aidantes peuvent être un membre de la famille, une relation, un ami ou un voisin. Les soins à domicile peuvent aller de services de quelques heures par mois à des soins intensifs avec des interventions plusieurs fois par jour. Les efforts peuvent varier de simples tâches ménagères à des soins personnels approfondis (Service des régions suédoises, 2023c).
- **Allocation de soins à domicile :**
 - Cette allocation est une compensation financière que la personne âgée peut recevoir si un proche s'occupe d'elle à domicile. Le proche aidant peut être, par exemple : (1) un membre de la famille, (2) une relation, (3) un bon ami, (4) un voisin. L'allocation peut être accordée si la personne qui prodigue les soins a un surcroît de travail important et si les soins sont d'une intensité très importante. L'allocation de soins à domicile est versée à la personne qui reçoit des soins. La personne âgée rémunère à son tour le proche qui prodigue les soins (Service des régions suédoises, 2023c). Cette subvention n'est pas disponible dans toutes les municipalités. Les règles qui déterminent qui peut recevoir la subvention sont également différentes dans les municipalités, tout comme le montant et le nom de la subvention. Par exemple, dans la municipalité de Stockholm, le paiement mensuel maximal était de 4 000 SEK (450 EUR) en 2017 (Johansson et al., 2017).
- **Réductions fiscales pour proche aidant :**
 - Le proche aidant n'a pas à payer d'impôt sur l'allocation de soins à domicile si elle est destinée à un parent avec qui il vit. La cotisation ne comprend pas les prestations sociales. Si la subvention est destinée à une personne extérieure du foyer, la personne doit déclarer la subvention comme un revenu dans sa déclaration de revenus (Service des régions suédoises, 2023c).
- **Congé de proche aidant :**
 - Sous certaines conditions, le proche aidant a le droit de s'absenter du travail jusqu'à 100 jours pour s'occuper d'un proche à domicile. Le droit à une indemnisation est réglementé par l'Agence suédoise d'assurance sociale (Försäkringskassan). Le proche aidant reçoit normalement un peu moins de 80% de son revenu régulier, mais il y a une limite maximale au montant qu'il peut recevoir (Agence suédoise d'assurance sociale (Försäkringskassan), 2023).

- **Service de remplacement (région du comté de Stockholm) :**
 - Le service de remplacement à domicile signifie qu'une autre personne remplace temporairement la personne proche aidante d'un adulte âgé. De cette façon, les proches aidants obtiennent du temps pour eux-mêmes et peuvent faire des choses à l'extérieur de la maison. Le service de remplacement doit pouvoir être utilisé aussi bien dans le cadre d'un effort régulier que dans des situations imprévues (Service des régions suédoises, 2023b).

Personne proche aidante embauchée par la municipalité

- La possibilité pour les municipalités d'embaucher les PPA est un mécanisme de financement pouvant favoriser ou soutenir une meilleure performance et une augmentation de la valeur pour la population de l'écosystème SAD. La reconnaissance du rôle des proches aidants constitue l'un des principaux enjeux dans les services de SAD. En reconnaissant officiellement leur contribution essentielle dans la prise en charge des personnes âgées ou dépendantes, on souligne leur importance et on leur offre un statut professionnel. Parallèlement, cette approche offre un soutien financier et des avantages de protection sociaux d'un emploi, allégeant le fardeau émotionnel et financier associé à la prise en charge d'un proche.
- Cette approche offre l'avantage d'une stabilité d'emploi et des conditions de travail réglementées, assurant aux proches aidants une sécurité financière et une perspective à long terme. C'est aussi une option pratique pour les personnes habitant les régions éloignées, où les services de soins à domicile pourraient être difficilement accessibles. En outre, les personnes âgées immigrantes bénéficient de cette option en employant des proches avec des compétences linguistiques et culturelles nécessaires (Eurocarers, 2023).
- Sur le plan de la performance axée sur la valeur, l'embauche de PPA par les municipalités pourrait favoriser une continuité et une cohérence accrues des soins pour l'utilisateur. Travaillant au sein du système de soins formel, les proches aidants peuvent collaborer plus étroitement avec d'autres professionnels de la santé, assurant ainsi une coordination plus efficace des services. De plus, cette approche pourrait représenter une économie des coûts pour les municipalités, comparativement à l'embauche de personnel professionnel à temps plein. Les proches aidants peuvent être rémunérés à un tarif inférieur ou bénéficier d'incitations financières spécifiques, réduisant ainsi les charges financières tout en maintenant la qualité des soins.
- Un exemple concret de cette approche est observé en Suède, où les proches aidants peuvent bénéficier d'une allocation rémunérée par certaines municipalités avec des conditions salariales et de sécurité sociale comparables à celles des aides à domicile municipales (Lorenzoni, 2021).

Comment circule l'argent pour les services de SAD en Suède



La coordination et la communication entre programmes

- Depuis le 1^{er} janvier 2010, les autorités locales doivent élaborer un plan de soins individualisé pour chaque bénéficiaire. Le plan de soins énonce clairement chaque étape des services et traitements nécessaires. Le plan identifie également l'officiel chargé du dossier et précise quelle autorité est responsable de chaque composante des services et des soins fournis (Lorenzoni, 2021).

Les agences de contrôle

- Depuis 2006, le gouvernement suédois publie chaque année des comparaisons des performances et des classements des services de santé des régions. Cette publication utilise des données provenant des registres nationaux de qualité, de l'enquête nationale sur le baromètre de santé, de l'enquête nationale sur les temps d'attente et des enquêtes nationales auprès des patients. Les résultats de ces comparaisons sont rendus publics pour les soins spécialisés, les soins primaires, les maisons de retraite et les soins à domicile. En 2015, la publication comprenait 350 indicateurs organisés en différentes catégories telles que la prévention, la satisfaction des patients, les temps d'attente, la confiance, l'accès, le traitement chirurgical et le traitement médicamenteux. Pour aider les gens à choisir leur prestataire, des statistiques sur l'expérience des patients et les temps d'attente en soins primaires sont également disponibles en ligne sur le site de SALAR (Tikkanen et al., 2020).
- Les soins à domicile en Suède sont réglementés par la loi sur les services sociaux, tout comme la plupart des services de soins pour les personnes âgées et handicapées. Les autorités locales ont la responsabilité obligatoire de veiller à ce que les besoins des citoyens soient satisfaits en matière d'assistance de qualité pour assurer un « niveau de vie raisonnable » (European Commission and Social Protection Committee, 2021).

Le contrôle de qualité

Mesures incitatives financières pour prestataire habilité ou agréé

Cette approche a le potentiel d'assurer une stabilité financière aux prestataires habilités ou agréés, ce qui leur permettrait de maintenir leurs activités à long terme et d'assurer une continuité des services pour les usagers. De plus, elle pourrait inciter à l'amélioration de la qualité des services, car les prestataires peuvent consacrer davantage de ressources à cet aspect. Cela pourrait se traduire par des soins de meilleure qualité, une formation continue du personnel et l'adoption de meilleures pratiques cliniques, offrant ainsi des avantages directs aux usagers.

Sur le plan de la performance, cette approche pourrait favoriser la satisfaction des usagers en leur offrant des services de meilleure qualité à des coûts potentiellement réduits. Enfin, ces mécanismes de financement peuvent intégrer des critères de performance et de qualité, encourageant ainsi une amélioration continue des services et une utilisation efficace des ressources financières.

Un exemple concret de cette approche existe en Suède, où des objectifs de performance basés sur les résultats ont été intégrés aux transferts financiers des municipalités par le gouvernement central. Cette démarche, combinée à des réformes telles que l'Ädelreformen et la loi sur le choix du système dans le secteur public, a créé un environnement propice à la compétition entre les prestataires de soins, au libre choix des utilisateurs et à la prestation de services de valeur et de qualité par les municipalités. De plus, des aides financières supplémentaires sont accordées aux municipalités suédoises qui ont amélioré le niveau de compétence de leur personnel de soins à domicile (Lorenzoni, 2021).

En Suède, il est aussi possible de bénéficier d'une réduction d'impôt de 50 % lors de l'embauche d'une aide-ménagère. Quel que soit son âge, l'utilisateur peut obtenir jusqu'à 75 000 SEK de réduction d'impôt. Lorsque les travaux sont terminés, l'entreprise demande le reste de l'indemnisation à l'Agence suédoise des impôts (Skatteverket). L'entreprise que l'utilisateur embauche doit être titulaire d'une fiche fiscale F. Les entrepreneurs qui exploitent des entreprises individuelles sont généralement approuvés pour la taxe F. Une approbation pour F-tax signifie que c'est l'entrepreneur lui-même qui est responsable du paiement des impôts et des cotisations de sécurité sociale (cotisations propres) sur la rémunération du travail effectué (Agence suédoise des impôts, 2023a).

- La législation suédoise exige que le gouvernement local soit responsable de la réglementation de la qualité des services sociaux, mais il n'y a pas de directives nationales spécifiques pour superviser la qualité des soins à domicile formels.
- Depuis 2007, le National Board of Health and Welfare (NBHW) et l'Association suédoise des autorités locales et régionales ont développé et surveillent les services de soins pour les personnes âgées, avec la création d'Open Comparisons, un service de surveillance national. Le NBHW mène deux enquêtes nationales annuelles, l'une porte sur la perception des utilisateurs de services et l'autre sur les fournisseurs de soins publics et privés et les autorités locales (European Commission and Social Protection Committee, 2021).
 - Les municipalités sont tenues de recueillir ces informations pour recevoir leur subvention incitative nationale pour développer les services de soins pour les personnes âgées.
- Le NBHW a élaboré un certain nombre de lignes directrices liées aux soins de santé pour les personnes âgées, tels que les soins palliatifs, les soins de démence et les soins pour les maladies cardiaques.
- Le groupe ProCare a développé le guide ProCare, principalement destiné aux soins aux personnes âgées, mais pouvant également être consulté par les professionnels de la santé. Le guide décrit les exigences nécessaires pour répondre aux besoins physiques, psychologiques et sociaux des utilisateurs de services (Kiersey et al., 2017).
- Tout destinataire de soins insatisfait des soins qui lui sont prodigués a le droit de faire appel devant le tribunal administratif (van Kemenade, 2018).

Les incitatifs à la performance et les mécanismes visant à limiter le contournement ou les comportements déviants

- La Suède a utilisé des incitations financières de manière significative pour stimuler le changement dans les soins aux personnes âgées. Depuis 2010, des objectifs de performance basés sur les résultats ont été intégrés aux transferts financiers annuels des municipalités par le gouvernement central. Cette approche, accompagnée de réformes telles que l'Ådelreformen et la loi sur le choix du système dans le secteur public, a créé un environnement favorisant la compétition entre les prestataires de soins, le libre choix des utilisateurs et la prestation de services de valeur et de qualité par les municipalités (Lorenzoni, 2021).
- Des aides financières supplémentaires sont accordées aux municipalités qui ont augmenté le niveau de compétence de leur personnel de soins à domicile (Lorenzoni, 2021).

- Les enquêtes de satisfaction menées auprès des patients et de leurs proches aidants sont utilisées pour améliorer la qualité des soins. Des inspections de qualité sont également effectuées régulièrement. Les résultats de ces enquêtes et inspections, ainsi que les récompenses financières pour la performance, sont rendus publics sur les sites Web des municipalités pour garantir la transparence du système.
- La possibilité de réaliser des profits dans les services sociaux financés par les fonds publics peut entraîner des comportements non conformes aux objectifs de la société. Une réglementation est donc essentielle pour s'assurer que les acteurs du secteur agissent dans l'intérêt général et contribuent aux objectifs sociaux. Répondant à cette préoccupation, le gouvernement a récemment renforcé les exigences de licence et les règles de passation de marchés dans le secteur des services sociaux, y compris les services d'aide à domicile pour les personnes âgées. Cette législation vise à garantir que les organisations privées disposent des capacités nécessaires pour fournir des services de qualité et à renforcer la confiance dans le secteur (Lorenzoni, 2021).

Les enjeux, les avantages, la performance axée sur la valeur pour l'utilisateur

- Le droit de choisir les soins par le biais d'un système de bons favorise la concurrence entre les prestataires de services et encourage les services de soins à fournir des services efficaces et de haute qualité.
- La performance axée sur la valeur pour l'utilisateur se traduit par la mise en place de mécanismes pour mesurer et améliorer la qualité des soins, l'implication des patients et des proches aidants dans la prise de décisions, et la promotion d'une culture de la transparence et de l'ouverture.
- En matière d'enjeux, l'aspect de la qualité montre une tendance négative pour la continuité des soins à travers le temps. L'utilisateur reçoit ses soins d'un nombre grandissant d'aidants formels. En 2007, une personne recevant des soins à domicile rencontrait en moyenne jusqu'à 12 aidants au cours d'une période de 14 jours, un chiffre qui a encore augmenté pour atteindre 16 aidants en 2019 (NBHW, 2020a) (European Commissions and Social Protection Committee, 2021).
- La qualité des soins informels est impossible à démontrer, car il n'existe pas de système de documentation ou de statistiques sur le soutien aux proches aidants (European Commissions and Social Protection Committee, 2021).

Les enjeux de financement

- Les municipalités ont établi des critères d'admissibilité plus stricts pour les soins à domicile en raison de contraintes budgétaires, entraînant des différences dans la couverture des soins entre les municipalités.
- Les investissements dans les soins ne sont pas suffisants pour répondre à l'augmentation de la population vieillissante.
- Les choix en matière de services de soins sont difficiles à faire, en particulier pour les personnes âgées. Tous les groupes sociaux n'ont pas la même capacité à trouver leur chemin dans un système basé sur le choix. Les conséquences négatives pour les groupes défavorisés sont amplifiées lorsque les municipalités laissent une partie du contrôle de qualité aux usagers, en comptant sur leurs choix et leurs plaintes.
- Le manque de normes nationales en matière de qualifications ciblées pour les travailleurs du secteur des soins de longue durée constitue un risque pour la qualité de ces services, car il est laissé à la discrétion de la municipalité de décider de la mise en place ou non d'un programme de formation.
- Le nombre d'infirmières spécialisées dans les soins aux personnes âgées est insuffisant et il existe un besoin clair de plus de personnel qualifié dans ce domaine (Szebehely et Trydegård, 2012; European Commissions and Social Protection Committee, 2021; Commission Services & Economic Policy Committee., 2016).

Les réformes récentes des mécanismes de financement

- Pour relever le défi de la main-d'œuvre et renforcer les soins aux personnes âgées, le gouvernement suédois a mis en place, à partir de 2017 jusqu'à l'apparition de la COVID-19, des mesures visant à renforcer les dépenses sociales de l'État en faveur des municipalités, avec pour objectif de favoriser la création d'emplois dans le domaine des soins de longue durée. Une décision majeure a été prise au printemps 2016, se traduisant par une allocation annuelle de 10 milliards de SEK (0,92 milliard d'euros), destinée à créer des emplois. Cette initiative a notamment soutenu le recrutement d'aides-infirmiers, parmi d'autres professions ciblées. Il est important de souligner que les municipalités bénéficient d'une grande autonomie dans la gestion de ce soutien financier de l'État. Entre 2015 et 2018, le gouvernement a également alloué 7 milliards de SEK (0,64 milliard d'euros) pour augmenter les effectifs dans les soins de longue durée. Selon le National Board of Health and Welfare (NBHW) (2020a), cela a permis de créer environ 19 000 emplois, améliorant ainsi la sécurité et la qualité des soins dispensés aux bénéficiaires, grâce à une disponibilité accrue du personnel (European Commission and Social Protection Committee, 2021).

- En 2020, la Suède a mis en place une réforme précise pour répondre aux besoins de main-d'œuvre dans les soins de longue durée, connue sous le nom de programme «oldercare lift» (äldreomsorgslyftet). Ce programme offre aux employés du secteur des soins de longue durée une formation rémunérée pendant leurs heures de travail afin de devenir, par exemple, des aides-infirmiers. Le coût de cette réforme est estimé à 4,5 milliards de SEK entre 2020 et 2023. Pour terminer cette réforme, l'Association suédoise des autorités locales et régionales (SALAR) ainsi que le syndicat Kommunal ont conclu un accord garantissant aux participants du programme «oldercare lift» un contrat de travail permanent. Grâce à ce programme, environ 10 000 nouveaux contrats de travail permanents devraient être créés pour des aides-infirmiers et des aides-soignants (European Commission and Social Protection Committee, 2021; Swedish Government, 2022).
- En juillet 2016, le gouvernement suédois a adopté une ordonnance sur les subventions gouvernementales pour l'aménagement et la fourniture de logements pour les personnes âgées. Les subventions visent à encourager la rénovation des logements existants pour les personnes âgées et la construction de nouveaux logements, ainsi que les modifications apportées aux logements pour permettre aux personnes âgées de rester chez elles en améliorant l'accessibilité et la sécurité. Entre 2016 et 2020, 2,2 milliards de SEK ont été alloués à cette fin. En avril 2018, une nouvelle loi est entrée en vigueur pour l'adaptation des logements des personnes handicapées, favorisant leur indépendance (Lorenzoni, 2021).
- En avril 2019, une nouvelle disposition a été introduite dans la loi sur les services sociaux (2001 : 453) qui met l'accent sur la capacité des municipalités à mettre en place des logements spéciaux adaptés et conçus pour les personnes âgées ayant besoin de soins, qui ne sont pas en permanence, mais ne sont plus considérées comme étant en sécurité dans leur propre domicile. Cette nouvelle forme de logement est une solution de rechange aux logements ordinaires, où les besoins en soins sont souvent importants.

RÉFÉRENCES

- Agence de financement suédoise. (2023). *Conseils sur les fonds pour demander des subventions*. <https://svenskbidragsformedling.se/soka-bidrag-till-forening/#::~text=Finansiering%20best%C3%A5r%20ofta%20av%20en,vi%20igenom%20vid%20en%20kontakt>.
- Agence suédoise d'assurance sociale (Försäkringskassan). (2023). *Indemnité relative pour les salariés*. <https://www.forsakringskassan.se/privatperson/sjuk/anstalld/narstaendenpenning-for-anstallda>
- Agence suédoise des impôts. (2023). *Agrément pour la taxe F*. <https://www.skatteverket.se/foretag/drivaforetag/startaochregistrera/fochfaskatt.4.58d555751259e4d661680006355.html>
- Aldreomsorg.stockholm. (2023). *Fees for elderly care*. <https://aldreomsorg.stockholm/avgifter-for-aldreomsorg/>
- Amals Kommun. (2023). *Comment faire une demande d'aide*. <https://amal.se/omsorg-och-stod/stod-for-aldre/sa-har-ansoker-du-om-stod>
- Association des autorités locales et des régions (SKR). (2023). *Honoraires des patients en soins de santé dans toutes les régions en 2023*. <https://skr.se/skr/halsasjukvard/ekonomiavgifter/patientavgifter.14668.html>
- Association suédoise de collecte de fonds (Giva Sverige). (2023). *Voici à quoi pourrait ressembler l'avenir pour les organisations à but non lucratif*. <https://www.givasverige.se/kunskap/sa-kan-framtiden-se-ut-for-ideella-organisationer/#::~text=M%C3%A5nga%20%C3%A4r%20helt%20och%20h%C3%A5llet,bedrivs%20och%20finansieras%20i%20framtiden>
- Barber, S. L., van Gool, K., Wise, S., Wood, M., Or, Z., Penneau, A., Milstein, R., Ikegami, N., Kwon, S. et Bakx, P. (2021). *Pricing long-term care for older persons*. World Health Organization.
- CLEISS. (2023). *Le régime suédois de sécurité sociale (salariés)*. https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_suede-salaries.html
- Commission Services & Economic Policy Committee (Ageing Working Group). (2016). *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability*.
- European Commission and Social Protection Committee. (2021). *Long-Term Care Report. Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society*.
- Conseil national de la santé et du bien-être–Socialstyrelsen. (2023). *Quelle est la base de valeur nationale pour les soins aux personnes âgées?* <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2012-3-3.pdf>

- Eurocarers. (2023). *Towards carer-friendly societies – Sweden*.
- Sweden Government, (2022). *Sweden's National Reform Programme 2022 : Report on national implementation of the European Semester*. [swedens-national-reform-programme-2022.pdf](https://www.government.se/press-releases/2022/07/swedens-national-reform-programme-2022) (government.se)
- Kiersey, R. et Coleman, A. (2017). *Approaches to the regulation and financing home care services in four European countries : An evidence review*. Dublin : Health Research Board.
- Kunskapsguiden. (2023). *À propos des soins à domicile et des soins de santé à domicile*. <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/aldre/hemtjanst-och-hemsjukvard-for-aldre-personer/om-hemtjanst-och-hemsjukvard/>
- L. Johansson et Schon. P. (2017). *Quality and cost-effectiveness in long-term care and dependency prevention*. https://aldrecentrum.se/wp-content/uploads/2020/07/quality_and_cost-effectiveness_in_long-term_care_and_d.pdf
- Lorenzoni, L. (2021). *"Ageing in place": how Sweden provides and pays for universal and comprehensive long-term care for older persons*.
- Municipalité d'Ulricehamn. (2023). *Combien coûtent les interventions dans les soins aux personnes âgées*. <https://www.ulricehamn.se/stodochomsorg/aldreomsorg/kostnad-for-insatser-fran-aldreomsorgen/>
- Municipalité Östra Göinge. (2023). *Choisir les soins à domicile*. <https://www.ostragoinge.se/omsorg/aldreomsorg/hemtjanst-2/att-valja-hemtjanst-utkast/>
- OECD. (2019). *OECD Economic Surveys : Sweden*. https://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-sweden-2019_c510039b-en
- Seniorval. (2023a). *Voici comment fonctionne RUT*. <https://seniorval.se/bra-att-veta/sa-funkar-rut>
- Seniorval. (2023b). *Soins dentaires à domicile*. <https://seniorval.se/bra-att-veta/tandvard-i-hemmet>
- Stockholm, S. d. r. s.-R. (2023a). *Service à domicile et allocation de soins à domicile*. <https://funktionsnedsattning.stockholm/olika-former-av-insatser/stod-i-hemmet/hemtjanst-hemvardsbidrag/>
- Stockholm, S. d. r. s.-R. (2023b). *La loi sur l'accompagnement et les services de certaines personnes handicapées-LSS*. <https://www.1177.se/Jonkopings-lan/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/lagar-i-varden/lagen-om-stod-och-service-till-vissa-funktionshindrade---lss/>
- Stockholm, S. d. r. s.-R. (2023c). *Subvention pour la dialyse à domicile*. <https://www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/dialys-i-hemmet-stockholms-lan/>

- Stockholm, S. d. r. s.-R. (2023d). *Frais des patients dans le comté de Stockholm*. <https://www.1177.se/Stockholm/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/patientavgifter-i-stockholms-lan/>
- Sveriges Riksdag. (2007). *Libre choix en matière de soins aux personnes âgées et handicapées*. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/kommittedirektiv/fritt-val-inom-aldre-och-handikappomsorgen_gvb138/
- Szebehely, M. et Trydegård, G. B. (2012). Home care for older people in Sweden : a universal model in transition. *Health & social care in the community*, 20(3), 300-309.
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A. et Wharton, G. (2020). International profiles of health care systems. *The Commonwealth Fund*.
- Van Kemenade, Y. W. (2018). The finance and reimbursement systems of 11 European countries : Sweden. *Edited by Oxford Academic Health Science Network*.
- Varden.se. (2023). *Combien ça coûte d'aller au centre de santé?* <https://www.varden.se/guider/vad-kostar-det-att-ga-till-vardcentralen>
- Ville de Göteborg. (2023). *Voici comment sont calculés vos honoraires pour les soins aux personnes âgées*. <https://goteborg.se/wps/portal/start/omsorg-och-stod/aldre/avgifter-och-kostnader-for-aldreomsorg/sa-beraknas-din-avgift-for-aldreomsorg>

ANNEXE B :

LES COMPARAISONS INTERNATIONALES DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

Cette annexe présente des pistes pour analyser et comparer les services de soutien à domicile (SAD), basées sur l'expérience accumulée lors de la préparation de cette comparaison internationale et de la réalisation du mandat sur les services à domicile confié au CSBE par le gouvernement.

Elle ne prétend pas présenter une méthodologie aboutie. Elle propose des perspectives et des leçons tirées des réalités de chaque pays, tout en soulignant la nécessité de considérer des facteurs précis au-delà des simples indicateurs financiers globaux, afin de mieux comprendre les particularités et les enjeux propres à chaque système.

Les mécanismes de financement des services de SAD montrent une grande hétérogénéité. À cela s'ajoute un manque de données comparables concernant la réalité des services à domicile, ce qui empêche de faire des comparaisons fiables entre les pays.

Chaque système de soutien à domicile est influencé par des facteurs précis, tels que les cadres législatifs, l'organisation des services de santé et les particularités culturelles.

À la lumière de toutes ces réalités et considérations, les comparaisons internationales des services de SAD doivent être interprétées avec précaution. Il ne suffit pas de se baser sur une donnée globale, comme la part des dépenses consacrées au SAD, pour conclure qu'un pays performe mieux qu'un autre. Les comparaisons doivent aller au-delà des chiffres globaux, en analysant les contextes précis et en tenant compte des nuances qui influencent ces dépenses. Seule une analyse approfondie permet d'en tirer des enseignements pertinents.

Les sept pays étudiés dans le présent rapport font partie de ceux qui investissent le plus de ressources dans les soins de longue durée parmi les 38 pays de l'OCDE. Cependant, chaque pays fait face à ses propres défis et enjeux, comme le montrent les réformes récentes ou en cours.

L'analyse des dépenses par pays révèle une allocation importante de ressources aux soins de longue durée, en particulier au soutien à domicile. Par exemple, l'Allemagne consacre 2,4% de son PIB aux soins de longue durée, dont 55,2% de ses dépenses au soutien à domicile, ce qui semble indiquer une priorité donnée à ces services. Le système favorise les soins à domicile au lieu des soins en résidence en donnant le libre choix à l'utilisateur entre des prestations en nature, en espèces ou une combinaison des deux. En 2019, près de quatre bénéficiaires de prestations en espèces ou en nature sur cinq ont reçu des soins à domicile, tandis que les autres étaient en maison de retraite (Milstein et al., 2021). Les soins à domicile semblent moins importants en termes de dépenses qu'en termes d'utilisateurs.

Les Pays-Bas, quant à eux, avec 19,8% de leurs dépenses consacrées au soutien à domicile, soulignent une pression sur le financement de ces services malgré une allocation plus élevée du PIB aux soins de longue durée (2,9%). La loi de 2015 sur l'aide sociale (Wmo) a créé un nouveau régime de financement plus restreint pour les soins de longue durée aux Pays-Bas, avec des restrictions des soins résidentiels et des budgets personnels fournis. Les soins infirmiers ont été intégrés au régime d'assurance maladie obligatoire et les services non résidentiels sont désormais gérés par un nouveau fonds moins généreux dont la responsabilité a été transférée aux municipalités. Cette réforme a entraîné la fragmentation des prestations de soins de longue durée selon deux systèmes, un national et un municipal, avec pour mission de fournir des services plus intensifs de soins résidentiels et de soins infirmiers. Bien que la réforme ait été une restriction majeure du financement des soins de longue durée, elle a été atténuée, car les personnes âgées n'ont souvent pas un logement adéquat pour recevoir des soins à domicile, et le nouveau système fragmenté ouvre de nouveaux problèmes de coordination qui n'existaient pas dans l'ancien système. L'effet net de la réforme qui a réduit la couverture n'a pas entraîné d'économies importantes pour le système car, bien que des économies aient été initialement envisagées, le système a nécessité un financement supplémentaire (Barber et al., 2021).

En comparaison, la France alloue 1,9% de son PIB aux soins de longue durée, dont 20% de ses dépenses au soutien à domicile, ce qui pourrait indiquer une priorité accordée aux établissements résidentiels pour personnes âgées, mais aussi un accès plus limité aux services à domicile. Malgré l'augmentation de la part des services de SAD, l'offre de soins est encore largement dominée par les établissements de soins, et l'objectif d'une transition complète vers les soins à domicile n'a pas été atteint.

Le Danemark, également avec 1,9% de son PIB aux soins de longue durée, consacre 45% de ses dépenses au soutien à domicile. Cela montre une stratégie plus encline aux soins à domicile qu'à ceux en institution. Le système de financement n'a pas connu de réformes récentes majeures, mais plutôt des ajustements des mécanismes existants. Cela inclut des réallocations budgétaires visant à favoriser les soins à domicile plutôt que la création de nouvelles maisons de soins infirmiers. En effet, l'État a pris des mesures pour ralentir la croissance des établissements de soins infirmiers et a dirigé des investissements importants vers les services de soutien à domicile (Tikkanen et al., 2020).

Bref, ces exemples montrent que les comparaisons internationales basées uniquement sur les chiffres financiers sont incomplètes. Comprendre les performances des systèmes de soutien à domicile requiert une prise en compte des contextes organisationnels, législatifs et culturels de chaque pays, comme souligné dans ce rapport.

Tableau 10 : Récapitulatif des dépenses en soins de longue durée en pourcentage du PIB et de la proportion allouée en soutien à domicile par pays en 2022

Pays	Dépenses de soins de longue durée en % du PIB	Part des dépenses de soutien à domicile dans les dépenses de soins de longue durée en %
Suède	2,7	31,3
Allemagne	2,4	55,2
Pays-Bas	2,9	19,8
Belgique	2,4	38,4
Danemark	1,9	45
Royaume-Uni	2,1	31,8
France	1,9	20

Source : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2023). *Data Explorer : Dépenses de santé et financement*. Données extraites le 8 août 2024 à 12 h 04 UTC.

INDICATEURS EXPLORATOIRES POUR UNE ANALYSE DES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE

L'analyse des dépenses et de la prestation des services de soutien à domicile peut être abordée par cinq indicateurs qui peuvent être considérés comme des points de départ pour affiner la réflexion et mieux saisir les nuances existant dans les comparaisons internationales.

Ces indicateurs ne fournissent pas de conclusions définitives, mais proposent des hypothèses de travail permettant de mieux comprendre les dynamiques complexes des SAD dans différents contextes nationaux. Ils visent à mettre en lumière les enjeux précis, tout en tenant compte des particularités des cadres politiques et institutionnels propres à chaque pays.

Ces indicateurs, qui seront détaillés dans les sections suivantes, permettent d'explorer différents aspects des SAD, tels que les coûts, l'offre de services et les besoins liés à la perte d'autonomie de la population, afin de poser les bases d'une comparaison internationale plus nuancée.

1. Coût des services de SAD par heure travaillée

Le coût des services de soutien à domicile varie largement en raison de plusieurs facteurs :

- **Main-d'œuvre** : Les services de SAD reposent fortement sur le travail humain. Le coût par heure travaillée dépend de l'ancienneté, du niveau de formation et de la répartition des professions concernées (infirmières, préposés, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, etc.).
- **Inclusion de services** : Les types de services inclus dans le soutien à domicile varient d'une juridiction à l'autre. Par exemple, au Québec, les services de SAD sont offerts à des clientèles de tout âge, incluant parfois des personnes avec des déficiences physiques ou intellectuelles, ce qui n'est pas forcément le cas dans d'autres pays.
- **Prestataires** : Le coût peut différer selon le prestataire public ou privé (organisme à but non lucratif, entreprise privée ou travailleur indépendant) qui fournit les services, même pour des services similaires.
- **Moment de la prestation** : Les tarifs peuvent être plus élevés pour les services rendus en dehors des heures normales (soir, week-end, jours fériés), comparativement aux services offerts durant les jours de semaine.

Ces éléments contribuent à des écarts de coûts importants d'un pays ou d'une région à l'autre, rendant les comparaisons complexes.

2. Temps d'intervention directe par rapport au temps de travail total

Cet indicateur mesure la proportion du temps que le personnel consacre directement aux services de soutien à domicile par rapport au temps total travaillé. Plusieurs facteurs influencent cette proportion :

- **Temps de déplacement** : Le personnel doit souvent se déplacer d'un domicile à l'autre, et le temps qui y est consacré peut varier considérablement en fonction de la distance entre les usagers et des conditions géographiques (zones rurales par rapport aux zones urbaines).
- **Activités indirectes** : Une partie du temps est également consacrée à des activités indirectes comme la préparation des interventions, la planification des visites ou la gestion administrative, ce qui réduit le temps passé auprès des usagers.

- **Complexité des soins** : Certains usagers ont besoin de soins plus complexes ou d'une préparation plus longue. Par exemple, une personne en situation d'obésité peut exiger la présence de deux intervenants, ce qui allonge le temps d'intervention. D'autres usagers, avec des besoins plus légers et vivant à proximité les uns des autres (vivant dans un même bloc de logements), requièrent moins de temps de déplacement et de préparation.

Ces différences font varier considérablement le ratio entre le temps de travail total et le temps d'intervention directe, ce qui complique la comparaison entre les différents systèmes de SAD.

3. Taux de réponse aux besoins

Cet indicateur mesure la proportion des heures de services de SAD réellement fournies par rapport aux heures nécessaires selon l'évaluation des besoins des usagers. Ce taux dépend de plusieurs éléments :

- **Évaluation des besoins** : Chaque pays utilise des outils différents pour évaluer les besoins des personnes en perte d'autonomie. Parfois, plusieurs outils coexistent au sein d'un même pays, rendant les comparaisons difficiles. Par exemple, au Québec, l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC), incluant le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), est utilisé pour les personnes ayant besoin de soins de longue durée. Cependant, son application varie d'une région à l'autre.
- **Disparités dans la réponse aux besoins** : Même lorsque les besoins sont identiques, la réponse apportée peut varier en fonction de la situation socioéconomique des usagers. Par exemple, une personne vivant seule avec des revenus faibles et sans réseau de soutien recevra probablement plus de services qu'une personne ayant un conjoint, un réseau de soutien familial et la capacité d'acheter des services privés.

Au Québec, il existe une concentration des services de SAD sur une petite proportion d'usagers. Plus de 60% des besoins sont comblés pour ces usagers prioritaires, alors que ce taux chute à seulement 13,5% pour l'ensemble des bénéficiaires des services de SAD³³.

33 Référence : Tableaux 5 et 6 du Tome 2 de la collection *Bien vieillir chez soi* (voir les pages 53 et 54).

4. Perte d'autonomie relative (nombre d'heures de services de SAD nécessaires par usager)

Cet indicateur permet de prendre en compte la complexité et la gravité des besoins des usagers, en mesurant le nombre d'heures de services de SAD requis par usager. Plusieurs facteurs influencent cette mesure :

- **Composition de la clientèle** : Certaines régions peuvent avoir une concentration plus élevée de personnes en perte d'autonomie sévère, nécessitant davantage de services. Par exemple, une région avec une population plus âgée ou plus défavorisée pourrait enregistrer des besoins plus importants en soutien à domicile par rapport à d'autres régions.
- **Environnement social et économique** : Les besoins en services peuvent également être influencés par des facteurs tels que l'environnement social et économique. Une région avec un tissu social plus faible (moins de soutien familial ou communautaire) ou une situation économique plus difficile pourrait générer des besoins accrus en SAD.

Ainsi, les besoins en heures de services varient selon la composition démographique et les conditions socioéconomiques locales, ce qui rend les comparaisons entre les territoires plus délicates.

5. Ratio du nombre d'usagers des services de SAD dans la population (taux de desserte ou taux de pénétration des services)

Cet indicateur mesure la proportion de la population bénéficiant des services de SAD. Il est influencé par plusieurs facteurs démographiques et contextuels :

- **Proportion de femmes âgées** : En général, les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes. Les régions comptant une proportion plus élevée de femmes âgées sont donc susceptibles d'avoir un ratio plus important d'usagers des services de SAD.
- **Niveau de défavorisation matérielle et sociale** : Les territoires où la population est plus défavorisée sur le plan matériel et social peuvent avoir un plus grand nombre d'usagers ayant besoin de services de SAD en raison de conditions de vie plus difficiles.
- **Capacité des services à répondre aux besoins** : Le ratio d'usagers peut aussi varier en fonction de la capacité des services à répondre à la demande. Par exemple, les délais d'accès aux services de SAD peuvent être plus longs dans certaines régions, ce qui influe sur le nombre de personnes effectivement prises en charge.

- **Accessibilité financière** : La capacité des usagers à payer pour des services privés peut également influencer ce ratio. Dans les régions où les services sont financièrement plus accessibles, un plus grand nombre de personnes peuvent y recourir.

Ces éléments montrent que le ratio d'usagers des services de SAD peut varier significativement en fonction des caractéristiques démographiques et des conditions d'accès aux services dans chaque région.

