Les essentiels de la sécurité sociale www.issa.int

issa | ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE | AISS

Rapport technique 25

Le rôle de la sécurité sociale dans les soins à domicile

Dominique Acker
Directeur général, Mutualité Fonction Publique Services
Mutualité Fonction Publique
avec la collaboration de
Caroline Bégué et **Mickael Pommier**
Chargés de mission à la Présidence de la Mutualité Fonction Publique
France

Le rôle de la sécurité sociale dans les soins à domicile

Dominique Acker
Directeur général, Mutualité Fonction Publique Services
Mutualité Fonction Publique
avec la collaboration de
Caroline Bégué
Mickael Pommier
Chargés de mission à la Présidence de la Mutualité Fonction Publique
France

Commission technique des prestations de santé et d'assurance maladie et Commission technique de la mutualité
28e Assemblée générale de l'AISS, Beijing, 12-18 septembre 2004

L'Association internationale de la sécurité sociale (AISS) est l'organisation internationale mondiale principale qui rassemble les administrations et les caisses nationales de sécurité sociale. L'AISS fournit des informations, des plates-formes de recherche, de l'expertise pour ses membres afin de construire et de promouvoir des systèmes et des politiques de sécurité sociale dynamique à travers le monde. Nombre des efforts déployés par l'AISS pour promouvoir les bonnes pratiques sont mis en oeuvre par ses Commissions techniques, gérées avec l'aide du Secrétariat général par les organisations membres qui les composent.

Ce document est disponible à l'adresse suivante: http://www.issa.int/ressources. Les opinions et les points de vue exprimés ne reflètent pas nécessairement ceux de l'éditeur.

Première publication en 2004.
© Association internationale de la sécurité sociale, 2008

Résumé

La prise en charge de la dépendance et du handicap, qu'ils résultent de l'âge ou de la maladie, est aujourd'hui une thématique récurrente. Ainsi, la majorité des pays du globe mettent en place des programmes afin d'assurer des soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie.

L'enjeu est de taille: l'espérance de vie et, corrélativement, la part des personnes âgées ne cessent de s'accroître. Elles ont pour conséquence une augmentation de la dépendance, qui se conjugue bien souvent à des modifications profondes des structures de prise en charge traditionnelles, et au premier chef d'entre elles, la famille.

C'est enfin, et ce n'est pas un moindre argument, un véritable défi économique auquel l'ensemble des pays doit trouver des solutions.

Il est donc nécessaire de se poser la question du rôle que joue la sécurité sociale, dans son acception la plus large, dans les soins à domicile.

Dans cette mesure, et selon que les pays ont des traditions beveridgiennes, bismarckiennes ou encore proches de celle des pays de l'Europe du Sud, les réponses à un même problème ne sont pas identiques. Certes, la voie des soins à domicile semble privilégiée par tous, mais c'est dans la façon d'appréhender ces soins à domicile que résident les principales différences.

Un constat s'impose: la sécurité sociale intervient dans tous les cas. En revanche, c'est son degré d'intervention qui varie d'un pays à l'autre et qui a une influence notamment en termes de financement de ces soins à domicile.

Par ailleurs, l'action de la sécurité sociale est multiforme. Elle peut tout à la fois se poser en promoteur des soins à domicile (offre de prestations, formation des professionnels à un nouveau type de besoin), en évaluateur du degré de dépendance (intervention dans l'élaboration des plans d'aide), en coordinateur entre les différents intervenants (notamment dans le domaine des réseaux), en contrôleur de la qualité de ces soins ou encore, en soutien aux familles (prestations fournies aux familles, en nature et/ou en espèces afin de favoriser la prise en charge familiale des personnes en perte d'autonomie).

Il n'en reste pas moins que la sécurité sociale, malgré une intervention louable, ne peut faire l'économie de l'action d'autres acteurs de la protection sociale, notamment du fait que la prise en charge de la dépendance se doit, pour être la plus efficiente possible, d'être globale. En d'autres termes, il est indispensable que cette prise en charge soit non seulement d'ordre médical (et c'est là que l'action de la sécurité sociale est la plus

importante), mais aussi d'ordre social (là où le rôle de la sécurité sociale est, au mieux, résiduel).

Ainsi, la plupart des pays conduisent aujourd'hui des réformes en faveur du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie. Certains sont plus avancés que d'autres, pour des raisons culturelles et/ou structurelles, mais toujours est-il que cette prise de conscience est partagée par tous. Enfin, il reste à souligner que même si des divergences subsistent, il existe un consensus autour de la place des institutions de sécurité sociale qui sont érigées en clés de voûte du système, car elles constituent l'interface indispensable entre tous les intervenants dans le champ des soins à domicile.

Introduction

Vieillissement, développement des maladies chroniques et invalidantes, pandémie du SIDA, isolement familial... autant de raisons qui font que les systèmes de protection sociale, à l'aube du XXIe siècle, ne peuvent se désintéresser des soins à domicile, étroitement corrélés à la notion de dépendance.

Cet état se caractérise par le fait que la personne dépendante, du fait ou en plus de son état de santé, va avoir besoin d'aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (se nourrir, faire sa toilette, s'habiller, se déplacer, etc.).

La notion de soins à domicile va donc rassembler un ensemble complexe de prises en charge fait de soins médicaux et techniques, éventuellement de surveillance, qui relèvent de l'assurance maladie, mais aussi d'assistance quotidienne aux personnes, principalement assurée par la famille avec le soutien de services spécialisés. Elle va mettre en jeu de multiples acteurs: professionnels de santé et de l'aide à domicile, hôpitaux, services sociaux, associations, collectivités locales…

Si cette complexité est difficile à évaluer financièrement, elle reste dans la plupart des cas moins onéreuse qu'un placement en institution. Mais dès lors, comment assurer la pérennité et la neutralité financière d'un tel système dont on imagine bien les besoins croissants?

Si cette dépendance est quasi inéluctable, ses effets peuvent, avec des actions appropriées, être atténués, voire retardés. Dès lors, comment s'assurer de l'efficacité et de la qualité de la prise en charge globale et médico-sociale?

Bien entendu, la sécurité sociale, au sens que lui donne le Bureau international du Travail (BIT)[1], à savoir "la protection qu'une société assure à ses membres par une série de mesures publiques", a certainement un rôle à jouer dans cette problématique, mais lequel?

[1] BIT. 2000. *Rapport sur le travail dans le monde 2000,* Bureau international du Travail.

Nous nous attacherons donc dans une première partie à déterminer les enjeux de l'implication des institutions de sécurité sociale dans la prise en charge à domicile des personnes en perte d'autonomie, puis nous étudierons la place qu'elles peuvent occuper en matière de financement, pour enfin nous intéresser à leur rôle dans l'offre de soins.

1. Les enjeux du maintien à domicile

1.1. Un enjeu démographique et épidémiologique

A l'horizon 2025, 11 pour cent de la population mondiale aura plus de 65 ans, mais ce sont les tranches les plus âgées qui vont progresser le plus vite: les plus de 80 ans auront été multipliés par 2 (représentant 2 pour cent de la population mondiale) et les plus de 85 ans par 2,5[2]. Si l'accélération du vieillissement de la population constitue une tendance lourde, il faut toutefois noter que ce chiffre moyen masque de fortes disparités régionales, et que l'on distingue trois grands groupes de pays. Les estimations des plus de 65 ans à cette même échéance oscillent, en effet, en moyenne entre:

- 4 pour cent pour plus de 70 pays, dont la moitié en Afrique;
- 9,4 pour cent pour une quarantaine de pays, essentiellement d'Asie et d'Amérique latine, en phase de transition démographique;
- 20,9 pour cent pour les pays en transition démographique avancée (Europe, Etats-Unis, Canada, Japon ainsi que quelques pays asiatiques et latino-américains).

Pour la seule Union européenne, on évalue aujourd'hui le nombre de personnes âgées très dépendantes à 9 millions, et pour la France, les plus de 85 ans représenteront en 2025 3,1 pour cent de la population.

Cependant, si la problématique de la prise en charge à domicile préoccupe particulièrement les pays les plus développés avec l'augmentation des pathologies chroniques (insuffisance respiratoire par exemple), ou invalidantes (maladie d'Alzheimer…) liées à l'âge, elle reste aussi pertinente par rapport au développement de certaines pathologies, notamment à la pandémie du SIDA… dès lors qu'elles génèrent un état de dépendance.

Le récent rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rappelle, à ce sujet, que le nombre de personnes séropositives dans le monde est évalué entre 34 et 46 millions, dont les deux tiers sont concentrés en Afrique et concernent un habitant sur douze. Au Botswana, par exemple, le choix d'un programme de soins à domicile pour les personnes atteintes du SIDA date de 1990, du fait de l'inadéquation entre les services de santé institutionnels et les besoins

[2] *Source:* INED (Institut national d'études démographiques), *www.ined.fr*.

des patients et aussi parce que la famille constitue la meilleure cible en terme de prévention du SIDA.

1.2. Un enjeu sociologique

Ces constats démographiques se doublent de facteurs sociologiques du fait principalement de l'évolution des structures familiales et des sociétés rurales qui touche progressivement tous les pays.

Ainsi les pays asiatiques notamment, sont-ils confrontés à un vieillissement qui se conjugue à un exode rural massif, au développement du travail des femmes et aux problèmes de logement. En 1987, 90 pour cent de la population chinoise de plus de 60 ans était prise en charge par ses descendants. En 1997, dix ans plus tard, moins de 25 pour cent des ménages chinois accueillaient une personne dépendante chez eux.

La tendance est identique en Thaïlande, aux Philippines, en Inde, en Malaisie ou encore dans les îles Fidji, bien que moins forte dans les zones encore rurales puisque 44,6 pour cent de ménages thaïlandais ruraux accueillaient en 1997 des parents dépendants[3].

Dans les pays d'Afrique sub-saharienne, c'est moins le vieillissement que la pandémie de SIDA qui bouscule les structures familiales.

1.3. Un enjeu économique

Un troisième élément milite pour le développement des soins à domicile: c'est celui du coût économique dès lors que les personnes dépendantes n'ont d'autre alternative que le placement en institution. Ce coût pèse souvent lourdement sur les familles elles-mêmes en même temps que sur la collectivité. Par ailleurs, la plupart des pays ne disposent pas d'infrastructures suffisantes pour faire face dans les années à venir à l'augmentation des besoins. Il est donc impératif, tant du point de vue de la personne que de la collectivité, de favoriser la prise en charge à domicile pour pouvoir maintenir le niveau de qualité.

A titre indicatif, la prise en charge des personnes dépendantes représente pour les pays de l'Union européenne entre 1 et 3 pour cent du produit intérieur brut.

1.4. Un enjeu qualitatif

Enfin, du point de vue de la qualité de la prise en charge des personnes, le maintien à domicile permet d'éviter la rupture du lien social, la perte de repères pour la personne et d'améliorer la

[3] AISS. 2000. *Social security issues and research capacities in Asia and the Pacific – A six-country study*, Social Security Documentation, no 24, Asia and Pacific Series, Association internationale de la sécurité sociale.

qualité de vie. On peut à cet égard souligner qu'à l'occasion de la canicule qui a sévi en Europe au cours de l'été 2003, pour ce qui est de la France, ce sont parmi les personnes maintenues à domicile que l'on a dénombré le moins de décès (24 pour cent chez les personnes maintenues à domicile contre 76 pour cent pour les personnes vivant en institution).

L'ensemble des enjeux ainsi répertoriés montre que les besoins vont aller croissants dans les années à venir, et que les Etats doivent réagir d'une part, en anticipant les conséquences économiques et financières, d'autre part, en mettant en place des dispositifs de prise en charge adaptés. C'est sous ces deux angles que nous examinerons quel peut être le rôle de la sécurité sociale dans le développement des soins à domicile.

2. Quel rôle pour la sécurité sociale dans le financement des soins à domicile?

Le maintien à domicile des personnes malades et/ou dépendantes repose, nous l'avons vu, sur la coexistence de soins techniques, médicaux, liés à l'état de santé de la personne et d'une aide à la vie quotidienne. Il n'est donc pas facile, lorsque l'on veut dresser une typologie des modes de financement de distinguer ce qui relève de l'assurance maladie de ce qui relève d'un système spécifique de prise en charge de la dépendance.
En examinant les principaux modèles, nous verrons que si les réponses apportées aux problèmes de financement sont étroitement corrélées aux systèmes de protection sociale antérieurement adoptés par les États, et à leur "générosité", elles sont aussi caractérisées par une participation systématique des collectivités étatiques et territoriales (départements, comtés, municipalités…) et que les modèles ont tendance à s'interpénétrer.

Dans les pays les plus développés, les systèmes de prise en charge peuvent globalement être classés en trois ensembles. Dans les pays "beveridgiens", le maintien à domicile est largement pris en charge par la collectivité à travers la mise en place de services de proximité et un financement des prestations essentiellement par l'impôt. Dans un certain nombre de pays "bismarckiens", la dépendance est reconnue comme un "risque" à part entière et fait donc l'objet d'un système d'assurance spécifique financé par les cotisations des salariés et employeurs. Enfin, un dernier groupe de pays, principalement en Europe du Sud, privilégie une logique d'aide sociale coexistant avec la sécurité sociale et liée aux revenus des personnes.

2.1. Le modèle beveridgien

Les pays d'Europe du Nord (Danemark, Finlande, Suède et Pays-Bas) ont été les pionniers, dès les années soixante-dix, dans le développement de cette prise en charge: les soins à domicile sont intégrés dans les dispositifs de santé publique, la pratique de la décentralisation est importante, laissant une large responsabilité aux collectivités locales, soins infirmiers et appareillage sont souvent fournis gratuitement (Danemark).

Ainsi en Suède, le système de protection sociale se substitue-t-il à la famille pour permettre à la personne dépendante d'être autonome. Son financement est assuré à 80 pour cent par des taxes locales, les 20 pour cent restants émanant soit du gouvernement central (2 pour cent), de participations individuelles (9 pour cent) ou de ressources complémentaires.

Les systèmes mis en place dans les pays anglo-saxons, dits "libéraux", sont moins généreux. Ainsi, depuis avril 1993, au Royaume-Uni, il incombe aux services sociaux des autorités locales de gérer les sommes provenant des financements conjoints des autorités locales et du Service de santé publique (*National Health Service* (NHS)), avec lesquelles ils achètent des services à des prestataires le plus souvent privés. Ils sont incités à éviter les placements en institution, car la totalité des frais pris en charge sont financés dans le cadre de budgets globaux couvrant à la fois le placement et le maintien à domicile. Si les soins sont intégralement pris en charge pour les plus de 60 ans, les autres prestations sont d'un faible niveau et délivrées sous condition de ressources (*care package*).

2.2. Le modèle bismarckien

L'Autriche en 1993, l'Allemagne en 1994, le Luxembourg en 1998 et le Japon en 2000 ont créé, à coté de l'assurance maladie, une nouvelle branche de la protection sociale avec l'assurance dépendance.

Mais, alors que le fondement des modèles bismarckiens repose, du point de vue du financement du risque maladie, sur le principe de cotisations acquittées par les employeurs et les salariés, il apparaît que l'émergence du risque dépendance modifie la répartition de la charge.

En Allemagne, cette assurance dépendance, qui a pour vocation de ne couvrir qu'une partie des besoins, est financée par une cotisation de 1,7 pour cent sur les salaires bruts partagée à égalité entre employeurs et salariés, les retraités contribuent de la même façon en partageant le paiement des primes avec leur organisme de retraite. Elle couvre les 90 pour cent de la population qui est affiliée à l'assurance maladie obligatoire, les autres, qui sont assurés contre le risque maladie auprès d'une assurance privée, sont tenus de s'assurer également auprès d'un organisme privé pour le risque dépendance.

Au Luxembourg, le régime obligatoire d'assurance dépendance repose sur un système de financement mixte: l'État assume 45 pour cent des dépenses tandis qu'actifs et retraités paient une contribution spéciale de 1 pour cent sur la totalité de leurs revenus.

Au Japon, le système est mixte aussi: financé à 50 pour cent par les primes payées, en fonction de leurs revenus, par l'ensemble des assurés (33 pour cent) et des retraités (17 pour cent) et à 50 pour cent par le gouvernement national et les autorités locales. Ce système permet à

l'ensemble des personnes dépendantes d'avoir accès à une large gamme de prestations (visites à domicile d'infirmiers, soins d'hygiène à domicile…).

2.3. Le modèle type "Europe du Sud"

Dans les pays méditerranéens, les débats autour de la nécessité d'une assurance "aide à long terme" ont été beaucoup moins nourris, notamment à cause d'un attachement aux modèles familiaux d'aide informelle et parce que les contraintes budgétaires sont fortes. Dans ces pays, les prestations sont accordées tant à l'intérieur des systèmes de protection contributifs (comme par exemple ceux couvrant la maladie, l'invalidité, les accidents du travail et la vieillesse) qu'à l'intérieur du système d'assistance sociale. Les prestations aux personnes dépendantes sont donc principalement versées au titre du handicap et de la vieillesse, et dans ce dernier cas, sous forme de majoration de pension.

C'est l'Etat qui prend en charge le financement de l'*indennità di acompagnamento* en Italie et de la *ayuda de soporte* en Espagne.

En Espagne, par exemple, les services d'aide ménagère sont gratuits pour les titulaires de la pension minimale et à la charge de ceux qui ont des revenus deux fois supérieurs. Les personnes ayant des revenus intermédiaires contribuent selon leurs revenus. Les hébergements collectifs sont deux fois moins nombreux que dans les autres pays car la tradition de la prise en charge par la famille ou les proches demeure prédominante. Des actions ambitieuses de modernisation de la prise en charge de la dépendance sont en cours dans le cadre du "Plan d'action 2000-2005" pour les personnes âgées. Il se caractérise par une forte décentralisation des services et une participation des usagers à la définition du programme, mais ne modifie pas à notre connaissance les équilibres financiers.

La Grèce et l'Italie disposent également de quelques programmes spéciaux dont la gestion est assurée au niveau local.

La France est dans une position originale car en transition. Elle verse une allocation personnalisée à l'autonomie (APA) qui s'apparente aux prestations servies dans les pays type "Europe du Sud", financée par un impôt de 0,1 pour cent prélevé sur la totalité des revenus des ménages et par une participation de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance vieillesse. C'est une prestation en espèces, accordée en fonction du revenu et du niveau de dépendance des personnes[4].

Par ailleurs, à l'heure où sont écrites ces lignes, la France s'oriente vers la création d'une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dont les recettes regrouperaient celles de

[4] "L'allocation personnalisée d'autonomie au 30 septembre 2003", *Etudes et Résultats*, no 281, décembre 2003, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité/ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

l'APA précitée, à laquelle s'ajouterait une contribution de 0,3 pour cent acquittée par les employeurs publics et privés, en contrepartie de l'instauration, comme en Allemagne, d'une journée de solidarité, et d'une contribution de 0,3 pour cent sur les revenus du patrimoine et des placements. Dans le projet de loi actuellement discuté, les départements deviendraient les pilotes uniques de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie ayant compétence sur la tarification et le financement des établissements (y compris la partie soins) tandis que les dépenses de soins de ville resteraient dans le champ de l'assurance maladie. La CNSA devrait avoir un rôle de régulation des politiques locales et aurait pour mission de "veiller et contribuer à garantir l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire".

L'examen des différentes modalités de financement montre bien que les Etats ont dû, sur une période relativement courte, s'adapter aux charges croissantes que représente le maintien à domicile, en aidant les personnes et/ou leur famille à les assumer au-delà du cadre initial de l'aide sociale. Il a ainsi fallu construire un financement substitutif qui, selon les options de chaque gouvernement, sera plus ou moins généreux, plus ou moins solidaire.

Cependant, si les mesures décrites ci-dessus laissent penser que le financement du maintien à domicile est assuré pour plusieurs années, il faut se demander si cela suffit à résoudre les problèmes posés pour atteindre les objectifs d'équité, d'efficacité et de qualité attendus. Citons parmi d'autres:

- la coordination entre ce qui relève du sanitaire et du social, entre les soins de ville et l'hôpital;
- la neutralité du financement par rapport au meilleur choix pour la personne;
- la bonne évaluation de ses besoins;
- la professionnalisation des services;
- le soutien aux familles.

3. Quel rôle pour la sécurité sociale dans les soins à domicile?

Dans la mesure où il s'agit de mettre en oeuvre une prise en charge globale, médicale et sociale, on prendra le parti ici de mettre sous le vocable "soins à domicile" tant les soins pratiqués par les professionnels de santé que les services à la personne qui sont assurés par la famille ou tout autre service spécialisé.

Même si, nous le verrons, la sécurité sociale n'est pas la seule à intervenir dans la prise en charge à domicile, elle a d'abord un rôle à jouer dans l'organisation d'une offre de soins de qualité adaptée aux besoins de la personne.

3.1. Permettre l'accès à des prestations adaptées

Son premier rôle est de pouvoir offrir les prestations nécessaires au maintien à domicile. Ce sont:

- soit des prestations en nature: visites à domicile, soins infirmiers ou de kinésithérapie, soins d'hygiène, heures d'aide ménagères, appareillages médicaux et aides techniques, adaptation du logement ou du véhicule…; le Japon ne propose, quant à lui, que des prestations en nature pour inciter au recours à des professionnels spécialisés; en Allemagne, pour la même raison, la prestation en nature est supérieure à la même prestation en espèces, par contre lorsqu'il s'agit de prestations en nature, le montant pris en charge est le même quelque soit le lieu de vie du bénéficiaire afin de garantir la neutralité de la prestation;
- soit des prestations en espèces: si certains pays comme l'Autriche ne versent que des prestations en espèces, dans la majorité des cas ces prestations viennent en complément des prestations en nature; elles permettent de financer certains services complémentaires (heures d'aide ménagères, télé-assistance…), mais surtout d'apporter une compensation à l'aide familiale comme en Suède ou en Espagne (*ayuda de soporte*).

Le montant de ces prestations connaît un fort développement (11 pour cent par an au Canada entre 1991 et 1997), aussi est-il indispensable de veiller à ce qu'elles soient délivrées à bon escient en s'appuyant sur des critères fiables.

3.2. Evaluer les besoins de la personne

Pour ce faire, la plupart des pays ont mis au point des dispositifs d'évaluation des besoins permettant de s'assurer que les prestations correspondent à l'état de la personne:

- Le Luxembourg a mis en place une cellule pluridisciplinaire (médecin, infirmier, psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, assistante sociale) d'évaluation et d'orientation, indépendante de l'assurance dépendance; sur la base d'une grille médico-sociale, elle détermine les aides et soins requis sous forme de crédits d'heures hebdomadaires.
- Le *case management* utilisé au Royaume-Uni est un moyen d'assurer des prestations en fonction des besoins et de surmonter les obstacles de type institutionnel qui peuvent exister entre les différents prestataires.
- La grille française AGGIR (Autonomie gérontologique Groupes iso-ressources) comporte six niveaux de dépendance et sert à établir le plan d'aide lié à l'APA.
- Au Japon, c'est le *care needs certification* qui est informatisé et sert à fixer le montant de l'aide.
- En Allemagne, l'évaluation est faite par les médecins des caisses avec des travailleurs sociaux.

3.3. Coordonner les différents intervenants

Pour compléter l'intervention ponctuelle des professionnels de santé et auxiliaires médicaux prévue dans le cadre des plans évoqués ci-dessus, les caisses de sécurité sociale ont bien senti la nécessité de mettre en place des actions coordonnées afin d'assurer une meilleure dispensation des soins à domicile et de mettre la personne "au centre du dispositif".

Les réseaux de coordination se développent en France depuis 1996, dans un cadre expérimental, en vue de favoriser la prise en charge globale à domicile de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques. Les médecins généralistes sont au coeur du dispositif intégrant l'hôpital de proximité (du secteur), les auxiliaires médicaux exerçant en libéral ou en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les services sociaux et les services à domicile (aide ménagère, portage de repas et de médicaments).

Une expérience de réseau de coordination gérontologique a débuté en mars 2000 avec la Mutualité sociale agricole; elle offre aujourd'hui un bilan positif en particulier pour la population rurale. Le nombre de personnes âgées bénéficiant de ce réseau est en progression, le taux de satisfaction, y compris pour les professionnels de santé, est élevé et l'expérience a modifié leur perception tant de l'assurance maladie que du travail social.

Au Canada, ce sont les Centres locaux de soins communautaires (CLSC) qui gèrent les programmes à domicile.

3.4. Encourager la qualité de soins et la contrôler

La sécurité sociale intervient également dans le contrôle de la qualité des soins dispensés.

En France, par exemple, certains professionnels de santé ont signé des contrats de bonne pratique et de santé publique qui mettent l'accent sur la prévention et une meilleure qualité de soins; ils peuvent donner lieu à l'élaboration de fiches de suivi transmises pour contrôle au service médical des Caisses d'assurance maladie.

L'Allemagne, qui compte 13 000 services de soins ambulatoires, a imposé à ces services de mettre en place un contrôle interne de qualité et de se soumettre au contrôle externe effectué par le service médical des caisses maladie: plus de la moitié ont déjà ainsi été contrôlés depuis 1997.

Ces contrôles permettent de mesurer les besoins en formation des professionnels de santé. A ce titre, il faut souligner que la spécialisation en gériatrie sera reconnue, en France, comme une spécialité à part entière à partir de la rentrée 2004, afin de mieux appréhender au cours de la formation médicale les spécificités des soins aux personnes âgées. Les caisses d'assurance

vieillesse veillent aussi à délivrer des formations sur la prévention aux auxiliaires paramédicaux exerçant à domicile.

3.5. Savoir partager avec d'autres acteurs la prise en charge

En complément des soins médicaux ou d'hygiène dispensés par les professionnels de santé, toute une gamme de services est indispensable à une prise en charge globale médico-sociale, ce sont les services à la personne. Aussi de nombreux partenaires de la sécurité sociale interviennent, en tant que prestataires, auprès des personnes et des familles.

On peut citer les municipalités qui souvent organisent un portage des repas et des médicaments dans le cadre de leurs centres d'action sociale, les associations ou mutuelles qui gèrent des services de soins infirmiers, les fondations qui structurent le travail de bénévoles dans l'accompagnement des personnes…

En Grèce, les 102 programmes d'aide à domicile qui proposent un panel très étendu de prestations: soins médicaux et visites à domicile, soins infirmiers et de kinésithérapie, assistante sociale au sein d'un groupe, d'une communauté ou d'une famille, divers services pratiques (shopping, démarches administratives…) ou encore nettoyage de la maison, sont gérés en coopération avec les autorités locales et les centres de protection pour les personnes âgées (KAPI).

En France, l'Etat et les collectivités locales approuvent conjointement les schémas gérontologiques départementaux et les collectivités départementales s'impliquent fortement dans la prise en charge des personnes âgées. Certaines d'entre elles, par exemple, ont organisé ou favorisé la mise en place de centres de téléassistance qui relient une personne isolée, âgée ou handicapée, à ceux qui peuvent lui porter secours. Mais, les plus avancés dans ce domaine restent les pays scandinaves qui ont fait de la téléassistance aux personnes une véritable priorité dans leurs schémas d'aide aux personnes en perte d'autonomie.

L'information du public sur les dispositifs existants et la coordination de l'ensemble des acteurs de la prise en charge est assurée par les Centres locaux d'information et de coordination gérontologique (CLIC)[5].

3.6. Soutenir les familles

Les familles enfin jouent un rôle tout à fait indispensable et complémentaire de celui de la sécurité sociale et des autres acteurs, et pour être complet le dispositif de maintien à domicile doit intégrer une "aide aux aidants".

[5] A titre d'information, on dénombrait en France en 2002, 272 CLIC installés dans 87 départements.

- Le premier soutien des familles, c'est la prestation en espèces ou en nature qui est délivrée à la personne dépendante et permet d'assurer la continuité de la présence au domicile lorsque la famille ne peut être présente en permanence ou de l'assister sur un certain nombre de fonctions (toilette, manutention…). La prestation d'une aide-soignante, d'une aide ménagère ou d'une garde-malade est la réponse la plus fréquente.

- Dans le cas où des membres de la famille sont disponibles pour s'occuper eux-mêmes de la personne dépendante, des prestations en espèces sont prévues pour les dédommager. Ils peuvent cotiser à des régimes de retraite et bénéficier d'avantages sociaux, soit immédiats, soit à capitaliser, comme au Japon où les heures d'aide apportée bénévolement donneront droit à des heures d'aide gratuite à celui qui les a données.

- Une autre alternative dans l'aide aux familles peut être offerte par la prise en charge à temps partiel en hôpital de jour; au Ghana, par exemple, des centres de soins de jour pour personnes âgées ont été créés qui permettent aux familles de partager la responsabilité des personnes âgées et favorisent en outre la continuation du soutien familial.

- Par ailleurs, il existe en France un mode original d'organisation dans le maintien à domicile: la maison d'accueil rurale pour personnes âgées (MARPA). Lancées en 1987, il en existe aujourd'hui plus d'une centaine. De petite taille (25 places), elles proposent à leurs résidents d'être accueillis dans des conditions les plus proches d'un domicile privatif tout en bénéficiant des adaptations architecturales, de la sécurité, de l'accompagnement et des stimulations collectives d'un établissement. En optant pour un soutien "comme à domicile" des résidents, la MARPA s'appuie sur les ressources soignantes du territoire où elle est implantée.

- Dans le même ordre d'idées, des services de "répit" ont également été introduits afin de soulager physiquement mais surtout psychologiquement ceux qui sont en charge des personnes dont il faut s'occuper continuellement. Il existe dans de nombreux pays des services d'hébergement de personnes âgées prenant le relais de la famille pour un temps donné (vacances, indisponibilité momentanée de la famille).

- En Belgique, les mutuelles organisent aussi des séjours de vacances pour les personnes âgées, malades et handicapées. L'objectif est de leur permettre de partir en vacances dans des conditions de sécurité optimales, tout en soulageant les familles. Ces séjours sont encadrés par des infirmières et des bénévoles formés.

- Lorsque la famille ne peut être sollicitée, enfin, le bénévolat, souvent au travers d'associations de soutien des patients ou d'organismes caritatifs, est fortement encouragé, tout particulièrement en Amérique du Nord. Les bénévoles se rendent chez les personnes âgées, dépendantes, malades, handicapées pour leur rendre visite, pour les véhiculer pour des examens médicaux, une visite chez le médecin, faire des courses, aller à une activité de

loisirs et associative, pour des petits travaux, de l'aide administrative et tout cela en complément des professionnels des soins à domicile, afin de favoriser au maximum le maintien d'une vie sociale.

Conclusion

L'objectif des réformes conduites ces dernières années par la plupart des pays vise à contenir la place de l'institutionnalisation, en évaluant au plus juste les besoins et les potentialités des personnes en perte d'autonomie, et à développer le maintien à domicile.

Il y a eu les précurseurs, notamment les Pays scandinaves, l'Allemagne… qui ont pris rapidement la mesure de l'effort à fournir face à ce nouveau risque qu'est la perte d'autonomie. Leur expérience a mis l'accent sur les conditions de la réussite pour atteindre cet objectif et garantir une certaine qualité de vie: financement stable et neutre, approche globale associant d'une part prévention et médicalisation, d'autre part prise en charge sanitaire et sociale, accès à des prestations adaptées, professionnalisation et coordination des intervenants, soutien aux familles.

Depuis, de nombreux pays ont mis en oeuvre des programmes de maintien à domicile, ce qui témoigne d'une réelle prise de conscience.

S'il n'y a pas de modèle unique, car les réponses apportées dépendent des systèmes de protection sociale en place, tous s'appuient sur les Institutions de Sécurité sociale, dont le rôle est primordial, s'agissant des soins et de leur coordination, mais qui ne peuvent porter seules le succès du maintien à domicile. Elles doivent pouvoir, en effet, inscrire leur action dans le cadre plus large d'une politique mobilisant et responsabilisant les collectivités locales, les associations et mutuelles, garantissant l'équité dans l'accès aux prestations, rendant attractives les conditions d'exercice pour les professionnels exerçant au domicile des patients et associant dans un véritable projet de société la solidarité nationale et familiale, l'initiative locale et les services publics, au nombre desquels figurent les organismes de protection sociale.

Bibliographie

Ouvrages

AISS. 2000. *Social security issues and research capacities in Asia and the Pacific*, Social Security Documentation, no 24, Asia and Pacific Series, Association internationale de la sécurité sociale.

—. 2003. "La sécurité sociale dans une société de longue vie", Actes de la Conférence internationale de recherche en sécurité sociale, Anvers, 5-7 mai, Association internationale de la sécurité sociale.

Commission européenne. 1999. "Les soins de longue durée", *MISSOC Info*, no 1.

Dominique Acker

Brodsky, J.; Habib, J.; Hirschfeld, M. 2003. *Long-term care in developing countries, Ten case-studies*, WHO-JDC Brookdale Institute.

International Longevity Center. *Long-term care insurance: the experience of two nations*, Etats-Unis.

Lesage, I. 1998. *Quelle politique de santé pour le grand âge? Une réflexion européenne*, Institut d'études des politiques de santé (IEPS), juin.

Phillips, D.R.; Chan, A.C.M. 2002. *Ageing and long term care, National policies in the Asia-Pacific*, International Development Research Centre (IDRC)/Institute of Southeast Asian Studies (ISEAS).

PUF. 2002. *La protection sociale des personnes âgées, Que sais-je*, Presses universitaires de France, novembre.

Articles

Borsenberger, M.; Kerger, A. 2000. "La mise en oeuvre d'une assurance dépendance au Luxembourg", *Retraite et Société*, no 31, pp. 7-25.

DREES. 2002. "La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède: une étude de cas-type", *Etudes et Résultats*, no 176, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, juin.

—. 2004. "Allocation personnalisée d'autonomie à domicile: une analyse des plans d'aide", *Etudes et Résultats*, no 293, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, février.

—. 2004. "Les bénéficiaires des services d'aide aux personnes à domicile en 2000", *Etudes et Résultats*, no 296, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, mars.

—. 2004. "L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2003", *Etudes et Résultats*, no 298, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, mars.

Jarre, S. 2003. "La prise en charge de la dépendance en débat", *Espace social européen*, no 633, avril.

"L'essor des services à domicile", *Panorama du médecin*, no 4522, 20 novembre 1997.

"Le vieillissement mondial: un problème de santé publique sans précédent pour les décennies à venir", *La revue de gériatrie*, Tome 27, no 8, octobre 2002.

"Long-term care insurance, System in a nutshell", Health and Welfare Bureau for the Elderly, ministère de la Santé, du Travail et de la Prévoyance sociale, Japon.

Masuda, M.; Kojima, K. 2001. "Japanese social security for the elderly from a viewpoint of life cycles", *Review of Population and Social Policy*, no 10, pp. 37-54.

"Personnes âgées: quelles politiques en Europe?", *Décideurs en gérontologie*, no 98, novembre/décembre 2003.

Simon, M.-O. 1997. "Rester à domicile malgré la dépendance", *Solidarité Santé*, no 4.

"Vieillir dans quatre mégalopoles: New York, Londres, Paris et Tokyo", *Etudes et Résultats*, no 260, septembre 2003.

Vollmer, R.J. 2000. *Long-term care insurance in Germany*, Organisation de coopération et de développement économiques.

Sites Internet

Commission européenne: *www.europa.eu.int*

Ministère fédéral de la Santé allemand: *www.bmgs.bund.de*

Nations Unies: *www.un.org*

Office national de l'action sociale décentralisée: *www.odas.net*

Organisation mondiale de la santé: *www.who.int*