

L'OR GRIS

Comment les baby-boomers feront
de leurs soins une histoire à succès



L'OR GRIS

Comment les baby-boomers feront de leurs soins une histoire à succès

Brieuc Van Damme

Fellow à l'Itinera Institute

Professeur invité à l'Université d'Anvers

Avec la collaboration de Marc De Vos et Ivan Van de Cloot

Illustration de la couverture : Leo Timmers

Graphique : Stipontwerpt, Antwerpen

© 2010 by Roularta Books

Tel. 051/266 559

Fax 051/266 680

roulartabooks@roularta.be

ISBN 978 90 8679 383 9

NUR 740/860

Dépôt légal D/2010/5166/15

Tous droits réservés. Aucun extrait de cet ouvrage ne peut être reproduit, ni saisi dans une banque de données, ni communiqué au public, sous quelque forme que ce soit, électronique, mécanique, par photocopie, film ou autre, sans le consentement écrit et préalable de l'éditeur.

PARTIE 1	
DÉFIS	11
1 Introduction	12
2 Le tsunami gris	36
3 Nos digues institutionnelles sont-elles solides ?	60
PARTIE 2	
LES SOLUTIONS	89
4 Micro – Renforcer les capacités de l'individu	90
5 Meso – Alternatives en matière de soins et de logement : du noir et blanc au gris	134
6 Macro – Le rôle des autorités, le rôle du marché	162
PARTIE 3	
LES PROPOSITIONS	217

L'OR GRIS

Comment les baby-boomers feront de leurs soins une histoire à succès.

LES CHIFFRES DU RÉALISME

Un glissement dans la pyramide des âges entraînera la société vers deux fois plus de dépendance aux soins d'ici à 2050. Certaines projections estiment que ce glissement fera croître les besoins de soins résidentiels de 150 % et les besoins de soins non résidentiels de 120 %. Le secteur professionnel des soins aux personnes âgées, déjà confronté à une pénurie de personnel, devrait pour cela attirer 120 000 nouveaux travailleurs. Le secteur doit relever un défi organisationnel titanesque alors que la société fait face, d'ici à 40 ans, à un besoin de financement supplémentaire de 160 % pour les soins de longue durée. Entre-temps, la Sécurité sociale accumule les déficits, la croissance économique n'aura jamais été aussi faible en moyenne depuis des décennies et même les stratégies de vieillissement les plus optimistes envisagent un manque de financement de 20 %.

LES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES : DU DÉFI À L'OPPORTUNITÉ (SWOT)

Les temps s'annoncent donc plein de défis, mais prospères pour le secteur : une croissance continue et garantie pendant des décennies ! Le secteur ne doit pas avoir honte d'aborder les défis en utilisant ses propres forces, ni craindre ses faiblesses. Notre analyse SWOT est résumée dans le tableau ci-dessous.

LA ROUTE VERS L'OR GRIS : OBJECTIFS ET RECOMMANDATIONS

1. DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES DE BONNE QUALITÉ

- Une information objective et comparable à propos des prestataires de soins est indispensable (accent sur l'output et non sur l'input).
- Afin de compenser le manque de personnel naissant, nous pensons à des campagnes de promotion, à une nouvelle classification fonctionnelle, à des formations, à l'assistance administrative et ménagère, aux exigences alternatives en termes de personnel, à la reconnaissance des compétences, à une législation du travail flexible, au détachement, à une politique HRM stratégique (comme l'autoplanification des horaires), etc.
- Développer la continuité des soins par le biais d'équipes pluridisciplinaires, un système de « single entry point » au niveau communal, une nomenclature adaptée, etc. Le Trésor de l'État s'en portera mieux.
- Le sentiment de foyer peut sans trop de difficultés être favorisé.
- Tenir compte de la qualité dans le financement des soins aux personnes âgées (système de bonus).

2. DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES ACCESSIBLES

- Oser remettre en question la norme de programmation. Un système axé sur la demande n'a pas son pareil pour en percevoir les évolutions.
- Les modalités de subvention doivent être revues.
- Les forfaits doivent être plus proches de la réalité des besoins de soins.
- L'utilisateur doit être renforcé dans son rôle de consommateur via des « case managers », des associations de titulaires de budget, la technologie SIG, etc.
- Les primes d'assurance peuvent être subsidiées grâce à une condition de ressources.
- Les différents acteurs doivent pouvoir interagir sur un « terrain de jeu équitable ».

3. DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES ÉTENDUS

- Inventorier les restrictions qui existent encore aujourd'hui en matière de construction de centres de soins et de logement.
- Le concept de zone de soins et de logement doit être utilisé comme pierre de touche dans le développement des quartiers et des villages.
- Amener le secteur vers la personne âgée, pas le contraire.

4. DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES AVEC UNE LIBERTÉ DE CHOIX MAXIMUM

- Passer d'un financement de l'infrastructure à un financement de la personne.
- Préparer les seniors suffisamment tôt, par exemple via des « life coaches », pour garantir une réelle liberté de choix.
- Assouplir la réglementation et les règles internes des centres de soins et de logement et toujours approcher les seniors selon leurs capacités restantes.
- Le compte des soins peut faire office de modèle de base en vue d'une plus grande autonomie des utilisateurs quant à leurs dépenses.

5. DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES QUI DONNENT LE PLUS POSSIBLE D'OPPORTUNITÉS À L'AUTONOMIE DE LA PERSONNE ÂGÉE

- Apprendre préventivement aux personnes âgées à gérer la perte d'autonomie.
- Vivre chez soi toute sa vie doit être encouragé, tant au niveau individuel qu'au niveau du quartier.
- Les possibilités technologiques sont infinies. Les offrants et les pouvoirs publics peuvent faire encore plus pour les promouvoir : ne laissons pas filer ces opportunités économiques !

FORCES	FAIBLESSES	OPPORTUNITÉS	MENACE
Qualité	Pas d'indicateurs de qualité objectifs	S'en servir comme atout au niveau international	« Réglementite »
Accessibilité financière	Risque de pauvreté chez les seniors plus élevé que la moyenne belge	Mener une politique de solidarité intelligente via le Test de Matthieu	Égalitarisme et rationnement inopportuns
Disponibilité	Limitations de l'offre et listes d'attente	Le risque de sous-offre est le meilleur argument pour un changement de philosophie	Risque de sous-offre à l'avenir ; les normes de programmation sont un frein à de nouveaux développements de l'offre
Accessibilité géographique	Trade-off budgétaire dans le système actuel	Amener les soins vers les seniors	Régulation centralisée de l'offre
Dynamique existante	Manque de vision globale cohérente	Un pas dans la bonne direction, vers l'intégration de l'offre de soins	Autosuffisance de la politique
Bonne entente institutionnelle	Labyrinthe institutionnel	Réforme institutionnelle cohérente sur base du principe de subsidiarité	Moral hazard entre financement fédéral et politique stratégique des entités fédérées
Un marché fragmenté est synonyme de haut potentiel concurrentiel	Offre morcelée	Renforcer la politique d'intégration et de coordination	La qualité et l'efficacité peuvent être mises en danger
Bonnes intentions de la politique de subsides	Offre inégale	Économies budgétaires et effet incitant pour tous les prestataires de soins	Les déséquilibres sur le terrain nuisent à la capacité et à l'innovation
Il est encore temps pour les futurs utilisateurs de se préparer	Demande non préparée	Place pour la responsabilité individuelle	Pression financière intenable
Possibilité de jouer sur la diversité	Demande hétérogène	La solidarité intelligente protège sans limiter la liberté individuelle	Les plus faibles ne peuvent pas passer à travers les mailles du filet
Opportunités socioéconomiques	Nouveau rôle important pour les pouvoirs publics ; des réformes s'imposent	Système axé sur la demande	Place pour les initiatives privées et l'entrepreneuriat social

6. DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES QUI MISENT SUR LA COLLABORATION (INTER) GÉNÉRATIONNELLE

- Les soins de proximité peuvent être facilités via des adaptations du droit du travail.
- Donner aux proches aidants la possibilité de reprendre leur souffle.
- Les nouvelles formes de soins et de logement doivent être encouragées : de centres de soins et de logement vers des hubs de soins et de logement.

7. DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES À UN COÛT SUPPORTABLE POUR LA SOCIÉTÉ

- Les personnes âgées doivent être informées des montants dépensés par la collectivité.
- Les soins aux personnes âgées de première ligne doivent aussi être renforcés.
- Le débat relatif à un système d'assurance pour les soins aux personnes âgées, suivant l'exemple allemand, doit rapidement voir le jour. La possibilité d'une capitalisation, partielle ou totale, ne doit pas être un tabou.
- Une politique de concurrence efficace est la garantie de prix plus bas et d'une qualité plus élevée.
- Des procédures standardisées, la simplification administrative, la sécurité juridique et la focalisation sur la demande sont les piliers d'un paysage des soins aux personnes âgées dynamique.

AVANT-PROPOS

Les soins aux personnes âgées sont encore aujourd'hui un thème méconnu, et ce pour deux raisons. Premièrement, nous ne discernons pas encore suffisamment l'énorme impact qu'aura le vieillissement de la grande génération du baby boom au cours des prochaines années et décennies. Deuxièmement, les soins aux personnes âgées sont encore trop souvent assimilés à la dépendance et aux maisons de repos, à une fin de vie assumée par la famille et la communauté, mais dont nous plaignons en réalité nos aînés.

En bref, pour une large partie de l'opinion publique, les soins aux personnes âgées restent avant tout associés à une phase de la vie faite de dépendance aux soins et d'isolation croissante des générations plus âgées de notre entourage proche. Cette vision plutôt morose va connaître de profonds changements dans un avenir proche.

Il y a tout d'abord la dimension quantitative. Les baby-boomers vont faire augmenter le nombre de Belges de plus de 65 ans d'environ un million d'ici à 2050, pour atteindre ainsi presque trente pour cent de la population totale. Cela changera radicalement le visage et le contexte de notre société. Au sein même de ce vieillissement, le sous-groupe des plus de 75 ans atteindra aussi des sommets, avec des conséquences certaines, mais difficilement prévisibles, sur les besoins et les infrastructures de soins.

Parallèlement, on retrouve la dimension qualitative. Les progrès de la médecine et de la qualité de vie signifient que les baby-boomers retraités pourront vivre en général de 15 à 20 ans de manière relativement indépendante et en bonne santé avant de développer une dépendance progressive aux soins. Ce phénomène, combiné à une fortune moyenne qui en fait la génération la plus riche de notre histoire, donne naissance à un immense marché de consommation dans le domaine du confort de vie et des services personnels, stimulant déjà aujourd'hui investissements et innovations en matière de logement et de technologie de soins. Voilà le potentiel économique du vieillissement qui profitera à 600 millions de baby-boomers dans le monde.

Tous les pays possédant une génération de baby-boomers dans leur structure démographique sont donc à la veille d'une réelle révolution du secteur des soins. Des moyens et des infrastructures supplémentaires seront nécessaires dans un contexte économique et budgétaire qui rend impossible l'intervention automatique de la Sécurité sociale, qui souffre déjà sous le poids du vieillissement en matière de pensions et de soins de santé. La génération des baby-boomers, dynamique et disposant de moyens financiers importants, mettra elle-même en marche une révolution culturelle qui émancipe les personnes âgées, les place au centre de la question et leur permet de se prendre elles-mêmes en charge.

Il reste à nos structures, institutions et mécanismes de financement à s'adapter intelligemment à ces glissements tectoniques. Si nous réussissons, le vieillissement montrera alors son meilleur profil dans le secteur des soins de santé : une société plus mature et plus accessible aux personnes âgées, une solidarité plus efficace et plus ciblée, et une large dynamique de croissance économique soutenue. Si nous échouons, les listes d'attentes, la pénurie et le rationnement seront notre lot, dans une société où les soins de grande qualité resteront le privilège de ceux qui peuvent échanger le système de soins pour des services privés.

Nous avons donc besoin d'une réflexion stratégique sur le futur des soins aux personnes âgées. Il faut oser réfléchir « out of the box », quitter les sentiers battus et évaluer franchement les mécanismes existants. Voilà l'objectif de ce livre. Il offre une analyse claire des défis, identifie les opportunités, évalue sans préjugés la structure actuelle du secteur des soins et formule des recommandations concrètes pour transformer les défis du vieillissement en opportunités. Toute personne qui souhaite des soins aux personnes âgées durables, solidaires et rentables en Belgique trouvera dans ce livre matière à réflexion et l'inspiration nécessaire à l'action.

Marc De Vos
Directeur de l'Initerra Institute
Professeur à l'Université de Gand

REMERCIEMENTS

De très nombreuses personnes ont contribué directement ou indirectement à l'élaboration de ce livre. Mes sincères remerciements s'adressent en premier lieu à Marc De Vos qui m'a confié la responsabilité de ce projet et a participé activement à la définition des lignes stratégiques du livre. Je souhaite remercier Ivan Van de Cloot pour sa précieuse contribution au dernier chapitre et pour m'avoir servi de caisse de résonance économique pendant de si nombreux mois. Isabelle Martin, Katrien Schollaert et Miriam Morrens m'ont déchargé de nombreuses responsabilités au cours de l'intense période de rédaction ; rien n'aurait été possible sans leur soutien. Je remercie Jean Hindriks et François Daue de m'avoir prêté leur bureau. Les 19 experts du comité de pilotage se sont également révélés d'une valeur inestimable en balisant le projet et en offrant de nombreuses idées créatives. Je souhaite tout particulièrement remercier Pierre Gillet du Gouvernement wallon, Marc Vlaeminck et Bart Bots de Senior Living Group, Mireille Goemans du SPF Sécurité sociale et Kurt Stabel. Et enfin Nicolas Van Damme à qui je devais encore un remerciement.

Je dédie ce livre à mes grands-parents : Cécile, Brigitte et Pierre.

« Rien dans la vie n'exige plus d'attention que les choses qui paraissent naturelles ; on se défie toujours assez de l'extraordinaire. »

Honoré de Balzac



PARTIE 1
DÉFIS

01

INTRODUCTION : LE NIRVANA DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

« On devient vieux parce qu'on a déserté son idéal. Les années rident la peau ; renoncer à son idéal ride l'âme. »

General Douglas MacArthur



Pourquoi les gens vieillissent-ils et pourquoi soignons-nous nos aînés ? Jusqu'où doivent aller ces soins ? Comment procurer des soins aux personnes âgées qui soient de la meilleure qualité possible ? De quels paramètres devons-nous tenir compte et quels sont les rapports entre ces paramètres ? Dans ce chapitre introductif, nous exposons le cadre normatif dans lequel s'inscrira notre raisonnement.



POURQUOI DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES ?

L'un des récits mythologiques grecs les plus célèbres est sans conteste « *OEdipe roi* » de Sophocle. Afin de libérer la ville de Thèbes de son sphinx, et ne pas périr lui-même, OEdipe doit résoudre l'énigme suivante : « *Quel animal marche à quatre pattes le matin, à deux pattes à midi et à trois pattes le soir ?* » Après quelques hésitations, OEdipe répond : « *L'homme.* » Il triomphe ainsi du sphinx et peut alors épouser la reine Jocaste, qui en réalité est sa mère.

Vieillir modifie drastiquement notre manière de traverser la vie ; cela n'a pas échappé à OEdipe au ^v^e siècle avant Jésus-Christ. À mesure que l'homme vieillit, son corps faiblit et il doit faire appel à toutes sortes d'accessoires : d'abord la canne (la troisième jambe de l'énigme de Sophocle) et, plus proche de nous, le déambulateur et finalement la chaise roulante. À un moment donné, d'autres personnes doivent aussi intervenir pour s'occuper de la personne âgée tributaire de soins. Nous devenons dépendants. Mais pourquoi les personnes vieillissent-elles ? Pourquoi devons-nous soigner nos aînés ? Et jusqu'où doivent aller ces soins ? Quelles variables qualitatives devons-nous prendre en compte dans la définition de ces soins ? Autrement dit, qu'entend-on par soins aux personnes âgées ?

Cette question peut paraître étrange pour de nombreuses personnes, mais pourquoi subissons-nous un processus de vieillissement ? Comme pour bien des explications, les scientifiques pensent actuellement que la réponse est d'ordre génétique/évolutif. L'entretien d'un corps demande de l'énergie alors que, du point de vue évolutif, l'intérêt d'un être vivant diminue fortement une fois que ses capacités reproductives déclinent. Seuls les êtres peu complexes dont les besoins pour subsister, du point de vue évolutif, sont peu importants connaissent une vie biologique de longue durée, comme la tortue par exemple. La bonne nouvelle est que l'intelligence de l'être humain lui permet de tromper la biologie et d'augmenter ainsi son espérance de vie.

La différence d'espérance de vie moyenne entre le Moyen Âge et maintenant en est un bon exemple. Au début du ^{xiv}^e siècle, avant l'apparition de la « Peste noire » en 1348, l'espérance de vie moyenne d'un homme de nos contrées n'excédait pas 30 ans (Jonker, 2003). Aujourd'hui, en Occident, elle est plus longue d'un demi-siècle. Dans les pays

où la médecine moderne n'est pas encore bien ancrée pour des raisons économiques, on note une tendance semblable. L'Organisation mondiale de la santé estime qu'en Haïti, seuls 5 % de la population vivent jusqu'à l'âge de 65 ans, contre 85 % pour les Occidentaux modernes. Il se peut que nous ne soyons pas génétiquement programmés pour vivre extrêmement longtemps, mais la limite biologique n'est en tous cas pas encore atteinte. Nous possédons déjà une assez bonne connaissance des facteurs de risque, et bon nombre d'entre eux sont contrôlables au moyen de techniques existantes. Si nous parvenons à les appliquer, nous réaliserons encore de grandes avancées en termes d'espérance de vie moyenne de l'homme.

Dans les sociétés anciennes, les personnes âgées bénéficiaient souvent d'un respect presque magique. Les gens attachaient beaucoup d'importance à l'âge. Les personnes âgées étaient une source de connaissances, d'expérience et le seul réceptacle possible de la mémoire collective, puisque l'écriture n'existait pas encore dans la plupart des cas. En Afrique, il subsiste un adage : « *Quand un vieillard meurt, c'est une bibliothèque qui brûle.* » Les personnes âgées étaient considérées comme importantes dans la survie de la tribu et de son patrimoine culturel. Elles bénéficiaient donc d'un grand respect et étaient bien soignées, malgré l'amoindrissement de leurs capacités productives (Pillemer & Finkelhor, 1988).

Cependant, lorsqu'augmenta sensiblement le nombre de personnes âgées, et de ce fait le nombre de personnes âgées faibles et séniles, se développa alors la perception selon laquelle ces personnes représentaient une charge pour leur famille et pour la société. En outre, les connaissances, l'expérience et la culture pouvaient désormais être emmagasinées et transmises de différentes manières ; les personnes âgées perdant ainsi leur « avantage comparatif » d'antan. Les raisons de prendre soin aujourd'hui des personnes âgées sont donc tout d'abord motivées par des soucis humanistes. Parce qu'elles ont pris soin de nous auparavant, parce que tout le monde devient vieux et tributaire de soins un jour, parce que nous souhaitons être solidaires avec tous en tant que société, parce que tout le monde a le droit à une vie et à une fin de vie dignes, ou encore parce que nous sommes attachés au lien personnel entretenu jusqu'à ce jour avec nos ancêtres.

Pour de nombreuses très bonnes raisons, nos aînés ont le droit d'être soignés par la société. La question de l'ampleur des soins auxquels ont droit les personnes âgées ou de l'interprétation du concept de soins aux personnes âgées est moins évidente.

Les soins aux personnes âgées ne peuvent être vus uniquement sous l'angle de la dépendance aux soins et aux autres.

Lorsque les Belges prennent leur retraite – en théorie à 65 ans, mais à 58 ans en moyenne dans la pratique – et abordent le troisième âge, ils peuvent encore compter en moyenne sur 20 années de vie pour les hommes et même 25 années pour les femmes. Une longue période de bonne santé bien méritée les attend, période pendant laquelle des formes de soins contribuent au confort et à la qualité de vie, et répondent progressivement plus tard à des besoins médicaux de plus en plus présents.

Si le « pourquoi » semble relativement évident, le « combien » et le « comment » paraissent plus complexes. L'interprétation du concept de soins aux personnes âgées est avant tout un choix politique, ou le fruit d'un consensus social. Cela signifie que les soins aux personnes âgées peuvent être interprétés de nombreuses manières différentes, et ces interprétations peuvent évoluer aussi bien dans le temps que dans l'espace. La personne âgée d'aujourd'hui est moins tributaire des soins qu'auparavant, et l'est différemment. De nos jours, les soins aux personnes âgées dépassent la manière d'appréhender la dépendance liée à l'âge. Au contraire, comme nous le verrons dans le quatrième chapitre, les soins aux seniors modernes évoluent vers un regain maximum de l'indépendance. Les soins aux personnes âgées ne peuvent être vus uniquement sous l'angle de la dépendance aux soins et aux autres. En d'autres termes, vouloir définir un package rigide de soins aux personnes âgées n'a pas beaucoup de sens ; il est préférable d'énumérer quelques principes *qualitatifs* généraux auxquels doivent satisfaire les soins de qualité aux personnes âgées. Ces principes ont été baptisés « les sept vertus du nirvana des soins aux personnes âgées ». Mais avant de discuter de ces sept vertus, qui serviront tant de caisse de résonance que de boussole pour nos propositions politiques, il est malgré tout intéressant d'expliquer plus en détails deux principes *quantitatifs* généraux sous-jacents.

QUELLE QUANTITÉ DE SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES ?

Le cycle de vie des soins aux personnes âgées

Lorsque les Belges prennent leur retraite – en théorie à 65 ans, mais en moyenne à 58 ans dans la pratique – et abordent le troisième âge, ils peuvent encore compter en moyenne sur 20 années de vie pour les hommes et même 25 années pour les femmes. Pour la plupart des seniors, la période de dépendance aux soins ne commence que bien des années après le départ à la retraite. D'abord, une longue période de bonne santé bien méritée les attend, période pendant laquelle des formes de soins contribuent au confort et à la qualité de vie, et répondent au fil du temps à des besoins médicaux de plus en plus présents. Pendant ces premières années de retraite, les seniors sont encore en forme et cherchent à remplir leur temps libre de manière active. « Entre 1975 et 2000, les dépenses de loisirs de la population [néerlandaise] ont augmenté de pas moins de 78 %, après correction pour l'inflation. De cette augmentation, 27 % ont été réalisés lors de la période 1995-2000. Selon les chercheurs du *Sociaal en*

Cultureel Planbureau (Bureau de planification socioculturelle), il est très probable que cette forte augmentation des dépenses de loisirs puisse être attribuée aux seniors. La croissance de l'industrie des loisirs au cours de ces dernières années coïncide aussi précisément avec l'arrivée à l'âge de la retraite des baby-boomers » (NCRV, 2005, p.18). En termes de nombre et de pouvoir d'achat, les plus de 50 ans constituent un groupe de consommateurs important et en forte croissance. Au fil des ans, ils ont accumulés de la richesse et disposent au final d'un budget plus important que n'importe quel groupe d'âge dans l'histoire. En outre, les chiffres relatifs à ce groupe de consommateurs ne feraient qu'augmenter de manière exponentielle dans le futur (Pak & Kambil, 2005). Les plus de 60 ans revendiquent déjà 35 % des revenus immobiliers et même 55 % des revenus mobiliers. Et les baby-boomers ne sont pas les seuls à dépenser plus. Bien que le revenu disponible soit parfois insuffisant pour que les personnes âgées maintiennent leur mode de vie et leur style de consommation, ils semblent plutôt vouloir réduire leur épargne qu'adapter leur train de vie (Pacolet *et al.*, 2006).

En moyenne en 2008, un Belge a coûté 1 920 € à l'assurance soins de santé – à la sécurité sociale donc. En comparaison avec 2007, il s'agit d'une hausse de 8,31 % ; et d'une augmentation de 14,54 % par rapport à 2006. Le coût pour une personne de 90 ans et plus est de 12 294 €, contre 664 € en moyenne pour la catégorie de 10 à 19 ans.

Cessons de traiter la personne âgée comme un patient. Cessons de regarder les soins aux personnes âgées uniquement par le prisme de la sécurité sociale. Les soins aux personnes âgées ne se limitent pas aux soins au sens médical du terme, et doivent être abordés d'un point de vue bien plus large. L'aspect médical joue toutefois un rôle important à partir d'un certain âge, parce que les seniors ont besoin et utilisent bien plus souvent les soins médicaux que les catégories d'âge plus jeunes. En moyenne en 2008, un Belge a coûté 1 920 € à l'assurance soins de santé – à la sécurité sociale donc. En comparaison avec 2007, il s'agit d'une hausse de 8,31 % ; et d'une augmentation de 14,54 % par rapport à 2006. Le coût pour une personne entre 80 et 89 ans est en moyenne de 7 392 €, et de 12 294 € pour une personne de 90 ans et plus, contre 664 € en moyenne pour la catégorie de 10 à 19 ans (INAMI, 2010). La question de la limite des soins médicaux aux personnes âgées n'est donc pas triviale. Mais la question de savoir jusqu'où peuvent ou doivent aller les soins aux personnes âgées – y compris la composante médicale – est importante pour une seconde raison. La déchéance physique et psychique de certains seniors au cours de leurs années de plus grande dépendance aux soins peut mettre en danger leur dignité. Dans ces instants, nous devons oser nous poser la question de savoir si le moment n'est pas venu de laisser sur le côté les recettes traditionnelles de soins aux personnes âgées pour passer à des formes de soins alternatives qui laissent plus de chances à la dignité des seniors pendant cette phase de leur vie.

Quelle quantité de soins aux personnes âgées ?

Lorsque l'on pose la question de savoir quelle quantité de soins de santé doit être offerte par la société, il s'ensuit beaucoup d'agitation, voire d'indignation. Il s'agit pourtant d'une question essentielle. L'agitation qui entoure ce genre de débats est normale. Il s'agit peut-être d'un cliché de Nouvel An, mais la santé est effectivement notre bien le plus précieux. Notre intégrité physique et psychique, et celles de nos aînés, est prioritaire. Nous voulons donc, d'un point de vue individuel, la défendre coûte que coûte. C'est également ce que nous apprend le monde de la recherche. Dans un article réputé, Hall et Jones (2005) constataient que l'utilité d'une année de vie supplémentaire – contrairement à un troisième ou à un quatrième téléviseur – ne diminuait pas. Les calculs du Comité d'étude sur le vieillissement ont montré que la demande en soins de santé croissait plus vite que notre prospérité.

Ce n'est pas le vieillissement qui est le catalyseur de nos dépenses de soins de santé, mais bien notre besoin de plus de soins de santé.

Ce n'est pas le vieillissement qui est le catalyseur de nos dépenses en soins de santé, mais bien notre besoin croissant en soins de santé (Van de Clout, 2003 et NBB, 2003). Getzen (2008) a réalisé des projections de dépenses de soins de santé dans un avenir lointain et en a déduit que dans certains pays plus d'un tiers du PIB sera consacré aux soins de santé (contre un peu plus de 10 % aujourd'hui). Dans les riches sociétés postmodernes de l'Occident le bien-être est le prolongement logique du bien-vivre. Les développements technologiques et épidémiologiques permettent toujours plus de gains pour la santé, à un prix toutefois toujours plus élevé. Les économistes appellent cela la loi de la productivité marginale décroissante : il devient de plus en plus difficile, et donc plus cher, de produire une même unité de santé.

En soi, ce n'est pas un problème. Dans une économie de marché qui fonctionne bien, tant que la demande croît, l'offre doit suivre. Mais le marché des soins de santé ne peut, bien entendu, pas être mis dans le même panier que le marché des téléviseurs par exemple. En raison de la composante de solidarité vitale présente au cœur de notre économie sociale, environ 70 % de nos dépenses de santé sont payées par notre sécurité sociale. Tant que les dépenses supplémentaires peuvent être financées grâce aux revenus supplémentaires, il n'y a aucun problème. Un problème se pose toutefois lorsque l'augmentation des dépenses est sensiblement plus élevée que la croissance de la prospérité. On en arrive alors au scénario actuel dans lequel les dépenses de santé cannibalisent la prospérité aux dépens d'autres postes de dépenses intéressants.

Nous devons réaliser que, aussi grande que soit notre volonté, tous nos désirs en termes de soins et de santé ne pourront être remboursés par l'État.

À terme, ce n'est pas viable et nous devons nous rendre compte qu'aussi grande que soit notre volonté, tous nos désirs en termes de soins et de santé ne pourront être remboursés. Un jour, la croissance exponentielle des dépenses publiques atteindra sa limite budgétaire. La question n'est donc pas de savoir quel montant maximal un individu est prêt à dépenser pour sa santé, mais surtout de savoir dans quelle ampleur la santé doit être financé par l'État.

Afin d'aborder de telles questions, éthiquement très complexes et à forte charge émotionnelle, on peut utiliser des analyses coûts/bénéfices. Une analyse coûts/bénéfices compare les moyens investis, l'argent des impôts, avec le résultat atteint, la santé. Cela semble plus simple que ce ne l'est en réalité, car celui qui souhaite mener une analyse coûts/bénéfices dans le secteur des soins de santé est rapidement confronté à un double problème : 1) *comment mesurer des gains de santé ?* et 2) *comment exprimer les bénéfices de santé en argent, puisqu'il s'agit bien là du point de comparaison ?*

Pour contourner le premier obstacle, des économistes de la santé ont décidé d'exprimer les gains de santé en années de vie en bonne santé, en QALY (*Quality Adjusted Life Years*). Imaginons une transplantation cardiaque de 100 000 € prolongeant la vie de deux ans en bonne santé, une année en bonne santé (1 QALY) coûte donc 50 000 € via ce traitement. Ensuite, des économistes ont calculé la valeur moyenne d'une année de vie. Il existe pour cela différentes techniques. Auparavant, on regardait la valeur des assurances-vie, ou on additionnait les revenus moyens d'un individu (nous sommes ce que nous produisons). Depuis les années 90, les chercheurs en sciences sociales appliquent principalement la technique des préférences révélées en étudiant le montant que les gens sont prêts à payer pour éviter un risque de mortalité. Ainsi, aux États-Unis, la valeur financière d'une année de vie en bonne santé a été évaluée à 80 000 € (Cutler, 2005).

Nous pouvons donc maintenant comparer les coûts et les bénéfices. Une transplantation cardiaque coûte 100 000 € et offre deux années en bonne santé. Grâce à cette transplantation, une quantité de santé équivalente à 160 000 € a été créée (2 x 80 000 €). Le bénéfice est bien plus grand que le coût ; il s'agit donc d'une intervention valable d'un point de vue purement économique. Cependant, si le coût de la transplantation cardiaque avait été supérieur à 160 000 €, les coûts auraient alors excédé les bénéfices, et un économiste aurait conseillé d'investir ce montant dans d'autres traitements.

Lorsque les coûts d'une intervention médicale en excèdent les bénéfices – exprimés en années de bonne santé (QALY) – un économiste conseillera d'investir ce montant dans d'autres traitements.

En tant que société, nous choisissons encore souvent – inconsciemment – une vie dégradante plutôt qu’une mort digne.

🕒 OBJECTIF

Nous devons imaginer un moyen d’évaluer les traitements médicaux les uns par rapport aux autres. Il faut tenir compte de l’input (les moyens investis), de l’output (les gains de santé générés) et de la relation entre input et output : quelles sont les améliorations de santé finalement atteintes et à quel prix ? **De subtiles analyses coûts/bénéfices** pourraient être utilisées comme premier « principe de limitation » quantitatif.

😊 RECOMMANDATION

Mettre en place, sur base du modèle français, un Haut Conseil de la Santé indépendant qui évaluera le coût d’opportunité social des traitements médicaux et assurera la promotion des bonnes pratiques au sein de notre système de soins de santé.

Ne pas mettre en jeu la dignité des seniors

Le second principe concerne la dignité des seniors. La maladie et la déchéance physique et psychique mettent la dignité des personnes âgées en danger. L’acharnement thérapeutique apporte alors rarement du réconfort. En tant que société, nous choisissons encore souvent – inconsciemment – une fin de vie dégradante plutôt qu’une mort digne. Une fin de vie digne signifie donner de la vie aux jours qui restent, bien plus que donner des jours supplémentaires à la vie (Charlot *et al.* 2009). Nous appelons aussi cela les soins palliatifs. Le terme est souvent associé à la toute dernière phase de la vie. On insiste cependant de plus en plus sur l’importance de la période souvent bien plus longue pendant laquelle certaines personnes nécessitent des soins spécifiques à la fin de leur vie. Cette dépendance aux soins va crescendo jusqu’à la phase terminale. D’où l’importance de la question : « *Qu’est-ce qu’un patient palliatif ?* » (KCE, 2009). Selon notre Centre fédéral d’expertise (KCE), le statut de patient palliatif doit être étendu et attribué sur base des **besoins** de la personne et non sur base de son espérance de vie comme c’est le cas actuellement. Les patients doivent être reconnus comme « patients palliatifs » lorsqu’ils se trouvent en phase très avancée ou terminale d’une maladie grave, progressive et mortelle.

🕒 OBJECTIF

La définition que donne le Centre fédéral d’expertise (KCE) aux soins palliatifs peut faire office de seconde limite quantitative : lorsque la vie digne des personnes atteintes de maladie chronique est mise en danger, il faut oser s’engager sur la voie d’un **décès digne**. Selon le KCE, c’est aussi valable pour les patients séniles qui constituent le groupe le plus dépendant parmi la population de personnes âgées recevant des soins classiques.

En se concentrant ainsi sur les besoins des personnes, on augmente les chances d'une fin de vie humaine. Et ce n'est pas seulement une bonne chose pour la personne en question. Les résultats de l'étude-pilote du KCE montrent que les coûts quotidiens moyens des patients sont aussi moins élevés.

En se concentrant ainsi sur les besoins de la personne, on augmente les chances d'une fin de vie humaine. Ce n'est pas seulement une bonne chose pour la personne en question. Les résultats de l'étude-pilote du KCE montrent que « les coûts quotidiens moyens supportés par les patients sont moins élevés si leur dossier mentionne qu'ils ont reçu des soins palliatifs. Ce sont principalement les coûts de l'INAMI qui sont fortement inférieurs. Cela peut indiquer un revirement dans le domaine des choix thérapeutiques, avec moins d'interventions médicales lorsqu'un prestataire de soins identifie le patient comme un patient palliatif. »

😊 RECOMMANDATION

Dans son rapport, le KCE reconnaît l'importance d'une bonne **identification** des patients palliatifs, mais aussi d'une **formation appropriée pour les prestataires de soins**. Enfin, le KCE plaide pour un **modèle de soins pluridisciplinaire** sur mesure pour chaque patient palliatif et pour un renforcement des liens entre les différents environnements de soins, afin de pouvoir offrir aux patients une **continuité de soins**.

LES SEPT VERTUS DE LA POLITIQUE DE SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Maintenant que nous avons déterminé pourquoi il est important de prendre soin de nos aînés et défini ce que nous entendons par « soins aux personnes âgées¹ » – autrement dit jusqu'à quel point ceux-ci peuvent aller – il nous reste encore à déterminer ce à quoi devraient idéalement ressembler les soins aux personnes âgées. Notre **nirvana des soins aux personnes âgées** consiste en sept variables – les sept vertus – à la lumière desquelles nous allons exposer toutes nos propositions de politique. Sept pierres de touche devant être utilisées chacune séparément mais aussi comme un ensemble :

¹ Dans le cinquième chapitre, le lecteur intéressé trouvera déjà un aperçu des alternatives de soins aux personnes âgées existantes. Pour les lecteurs moins familiers avec ce secteur, cela peut se révéler être une clef de lecture pratique. Derrière la notion de soins aux personnes âgées se cachent en effet une grande diversité de soins et de services.

La qualité peut être évaluée de deux manières. La qualité objective mesure les aspects technico-commerciaux des prestataires de soins sur base d'indicateurs de qualité. La qualité subjective est mesurée au moyen d'enquêtes de satisfaction auprès des patients, des occupants, du personnel et des familles.

- des soins aux personnes âgées de bonne qualité ;
- des soins aux personnes âgées accessibles ;
- des soins aux personnes âgées répartis sur l'ensemble du pays ;
- des soins aux personnes âgées qui respectent la liberté de choix ;
- des soins aux personnes âgées qui donnent le plus possible d'opportunités à l'autonomie de la personne âgée ;
- des soins aux personnes âgées qui collaborent avec la famille et l'entourage direct ;
- des soins aux personnes âgées à un prix supportable pour la société.

Autrement dit, nous tiendrons le plus possible compte des vertus précitées dans les analyses et recommandations politiques proposées, étant donné les limites naturelles (démographie, budget, complexité institutionnelle...) Il ne s'agit pas encore ici d'une évaluation, mais bien d'une discussion sommaire de ce que comprennent ou peuvent comprendre ces sept paramètres.

1. Des soins aux personnes âgées de qualité

La qualité des soins peut être définie comme la mesure dans laquelle un produit ou un service répond aux besoins du client (Quaethoven, 2003). La qualité peut être évaluée de deux manières. La qualité objective mesure les aspects technico-commerciaux des prestataires de soins sur base d'indicateurs de qualité. Cela peut être le nombre d'infections nosocomiales contractées, le taux de mortalité, le respect des procédés de soins développés avec minutie, la présence de personnel de soutien aux soins, ou encore le nombre de plats au menu de la cantine². La qualité subjective est mesurée au moyen d'enquêtes de satisfaction auprès des patients, des occupants, du personnel et des familles, comme celles de l'Institut scientifique de Santé publique. Pour avoir une vision la plus complète possible, ces deux mesures de la qualité sont complémentaires.

La qualité des soins procurés est avant tout de la responsabilité des institutions de soins compétentes (résidentielles et non-résidentielles). Ce sont elles qui, jour après jour, s'occupent des personnes âgées tributaires de soins et sont, par conséquent, les mieux placées pour répondre aux besoins de leurs résidents. Ce sont ces institutions qui savent le mieux, en fin de compte et compte tenu des moyens disponibles de l'institution, comment

² Pour un aperçu plus complet des indicateurs de qualité (cliniques) : KCE (2006), *Indicateurs de qualité cliniques*, rapports KCE 41A.

tirer le maximum de soins et de bien-être de chaque euro. En termes de politique, il est de ce fait intéressant de placer les institutions face à leurs responsabilités en termes de qualité, et de les responsabiliser à cet égard. Si la qualité des soins procurés est élevée, elles en seront récompensées ; si elle est médiocre, l'institution doit aussi en ressentir les conséquences.

Cependant, il ne suffit pas que chaque institution développe une politique de qualité pour qu'elle puisse offrir à ses utilisateurs des soins responsables. La population des seniors est en effet aussi constituée d'une partie de personnes âgées faibles à qui il manque l'autonomie et l'énergie nécessaires pour se défendre et exiger des soins de qualité si ceux-ci laissent à désirer (*Homo homini lupus*). D'autre part, la qualité des soins ne peut pas non plus être exclusivement du ressort de l'État. Les institutions doivent disposer de la marge de manœuvre nécessaire pour agir selon leur propre mode de fonctionnement et se distinguer des autres institutions. Un carcan bureaucratique trop étroit ne peut jamais produire la dynamique clientéliste souhaitée. Ces deux alternatives échouent lamentablement. Des soins aux personnes âgées de qualité ne peuvent être garantis que si des mesures sont prises au niveau des infrastructures (le micro-niveau) comme au niveau de la politique publique (le macro-niveau). La mesure dans laquelle les institutions peuvent contribuer à des soins aux personnes âgées de qualité dépend des conditions préalables selon lesquelles elles doivent fonctionner. En d'autres mots, dans la recherche de la qualité, les aspects micro et macro sont indissociables.

La mesure dans laquelle les institutions peuvent contribuer à des soins aux personnes âgées de qualité dépend des conditions préalables selon lesquelles elles doivent fonctionner. En d'autres mots, dans la recherche de la qualité, les aspects micro et macro sont indissociables.

La responsabilisation des institutions sur le plan de la qualité n'est donc en aucun cas synonyme d'effacement des pouvoirs publics dans ce domaine. Même si veiller à la qualité fait partie du *core business* des institutions, il y a toujours quelques brebis galeuses dans le troupeau : une intervention publique reste donc indispensable. Normalement, la déontologie et la réputation jouent un rôle important, mais il peut toujours arriver que des exploitants malhonnêtes abusent de leur autorité et économisent sur la qualité. Les pouvoirs publics doivent donc prévoir les leviers nécessaires pour garantir la continuité de la recherche de la qualité. Ainsi, un sous-provisionnement des institutions par l'État est en contradiction avec le souhait de soins de qualité. Par là, nous entendons que sans une bonne politique publique, les institutions ne peuvent être tenues pour responsables d'une qualité médiocre. Les aspects micro et macro sont indissociables lorsqu'il s'agit d'atteindre la qualité.

🕒 OBJECTIF

La qualité doit en premier lieu être la responsabilité des institutions de soins, mais les politiques doivent donner à celles-ci la latitude et les moyens nécessaires d'atteindre les normes de qualité souhaitées.

2. Des soins aux personnes âgées accessibles

La qualité des soins aux personnes âgées reste un concept creux si la majorité des personnes âgées n'en profite pas. Par souci pour les plus faibles de notre société – et une partie des seniors tributaires de soins en font certainement partie – il est pour cette raison tout aussi important de garantir des soins accessibles aux personnes âgées.

Un premier aspect de cette accessibilité est financier, les soins doivent être abordables, une notion qui comporte différents niveaux. La question n'est pas seulement de savoir si les gens sont prêts à payer, mais aussi s'ils sont capables de payer.

Un premier aspect de cette accessibilité est financier – les soins doivent être **abordables**. Mais cette notion comporte différents niveaux. La question n'est pas seulement de savoir si les gens sont prêts à payer, mais aussi s'ils sont capables de payer et qui est responsable de ce paiement – car même les systèmes collectifs peuvent échouer et entraîner par définition une forme de rationnement en l'absence de mécanisme de prix. Pour nous, cette accessibilité financière combine volonté et capacité, l'un n'allant pas sans l'autre.

Les personnes *souhaitant* payer un prix (plus élevé) ne peuvent se voir refuser cette possibilité. Cela n'a pas beaucoup de sens de freiner la demande d'un service de qualité par pur fétichisme égalitaire. À l'inverse, il est évident que les personnes proposant des services de soins aux personnes âgées doivent être à même d'offrir cette plus-value et il est naturel qu'elles soient rétribuées comme il se doit pour ces services. Puisque cette plus-value est économiquement et socialement précieuse, il est important de donner la liberté aux gens de créer cette plus-value. Il est tout bonnement impossible d'interdire aux gens d'acheter des services et des produits qu'ils désirent. Les personnes qui en ont les moyens consommeront ce qu'ils veulent et ce qu'ils peuvent payer, aussi dans le domaine des soins aux personnes âgées. Même si l'on succombait à la pression de l'égalitarisme mal placée dans l'organisation publique, il existerait toujours des alternatives privées parallèles. La question politique est de savoir si l'on souhaite jouer sur cette réalité dans l'organisation publique, ou si nous choisissons de l'ignorer et laissons passer des opportunités économiques. Comme le montrera clairement le chapitre six, nous optons en premier lieu pour un système d'autofinancement couplé au choix et à l'autonomie, avec la solidarité correspondante comme accueil.

Il est toutefois au moins aussi important que les gens *puissent* payer les soins aux personnes âgées, pour que ceux-ci ne soient pas l'apanage de quelques privilégiés. Ici, une tâche importante peut être réservée à l'État. Cela ne veut pas forcément dire que les pouvoirs publics doivent assurer eux-mêmes les soins aux personnes âgées, bien qu'il s'agisse là bien entendu d'une option politique valable. Pour nous, l'essence concerne plutôt la création d'un cadre institutionnel qui garantisse aussi bien l'accessibilité que la liberté. Le chapitre six aborde largement ce à quoi pourrait ressembler ce cadre institutionnel.

Une offre suffisamment développée est le deuxième aspect important de l'accessibilité. Des soins aux personnes âgées accessibles doivent avoir une capacité suffisante pour répondre aux besoins de la population.

Une offre suffisamment développée est le deuxième aspect important de l'accessibilité. Des soins aux personnes âgées accessibles doivent avoir une capacité suffisante pour répondre aux besoins de la population. À cet égard, **les listes d'attente** peuvent être un bon indicateur de l'accessibilité : plus les listes d'attente sont longues, moins les soins sont accessibles. Vu les défis démographiques qui nous attendent, une approche holistique rassemblant tous les acteurs est probablement la seule option politique réaliste pour combattre les listes d'attente ou un sous-provisionnement des soins.

OBJECTIF

L'accessibilité est une notion à multiples facettes. Les personnes âgées doivent d'abord être capables de payer, mais celles qui souhaitent payer plus ne doivent pas se voir refuser cette possibilité. Une approche « saucissonnée » ne peut donc pas être une option. En outre, une capacité suffisante est nécessaire, car si les soins aux personnes âgées ne sont pas accessibles à tous, ils ne le sont pour personne.

3. Des soins aux personnes âgées étendus

L'accessibilité et la dispersion géographiques des institutions peuvent être considérées comme un troisième indicateur d'accessibilité (Steenbekkers, Simon & Veldheer, 2006), mais vu leur importance pour les seniors qui souhaitent souvent vieillir dans leur environnement familial, et les zones de tension potentielles avec d'autres objectifs politiques valables, nous abordons ce point séparément. Du reste, la dispersion dépasse le simple cadre de l'accessibilité. La proximité des soins procurés aura en effet aussi un impact sur la qualité de ces soins. Les longs déplacements depuis et vers le centre de soins apportent stress et fatigue et peuvent représenter un risque réel pour la santé des personnes âgées fortement affaiblies. Les personnes âgées choisissent en outre

La proximité des soins procurés aura en effet aussi un impact sur la qualité de ces soins.

Les soins doivent donc aller vers la personne âgée, et non l'inverse. En plaçant la responsabilité des dépenses dans les mains des seniors mêmes, on renforce le pouvoir de consommateur des usagers, et on donne plus de chance à la dispersion.

habituellement de rester dans leur environnement familial, là où les visites amicales et familiales sont les plus faciles, où le senior connaît le dialecte et les coutumes locales, et où la probabilité de soins sur mesure est par conséquent la plus élevée. En d'autres mots, des soins aux personnes âgées suffisamment répartis sur l'ensemble du territoire est aussi un objectif important en vue d'une offre de services de qualité.

Les soins doivent donc aller vers la personne âgée, et non l'inverse. En plaçant par exemple la responsabilité des dépenses de façon encore plus marquée dans les mains des personnes âgées elles-mêmes, on renforce le pouvoir de consommateur des usagers. De cette manière, on crée les stimuli qui inciteront à offrir à tous, où qu'ils habitent, l'accès à des soins aux personnes âgées de qualité. Dans le système actuel, de nombreux groupes-cibles des soins (médicaux) sont cependant concentrés dans les (grandes) villes, aux dépens des équipements en province. Les prestataires de soins – ambulants ou non – ne sont pas incités à approcher de manière créative de (nouvelles) niches de clientèle.

À côté de cela, l'agrandissement et les économies d'échelle jouent un rôle important au sein des formes de soins (de santé) résidentielles, ce qui ne joue pas en faveur du morcellement local de petites infrastructures de proximité. En raison des frais fixes importants liés aux équipements de soins aux personnes âgées, la taille de la maison de repos et la proximité d'autres infrastructures de soins jouent un rôle important sur le coût et les frais de fonctionnement d'une institution. On estime ainsi qu'une maison de repos doit au moins compter 80 unités de logement pour être rentable. Dans le système actuel, il est impossible d'échapper au *trade-off* budgétaire : plus les institutions sont réparties sur le territoire, plus la facture est élevée. À l'inverse, la pénurie budgétaire incitera les responsables politiques et les institutions à rechercher la concentration. Sans réforme du système budgétaire, il faudra aussi tenir compte de ce *trade-off*.

OBJECTIF

L'éparpillement des infrastructures de soins est un objectif important, aussi bien en termes d'accessibilité que de qualité. En offrant l'autonomie budgétaire aux personnes âgées, on augmente les chances que le secteur des soins vienne vers la personne âgée, et non l'inverse.

La liberté de choix suppose une offre suffisamment diversifiée et des informations fiables à propos de cette offre.

Trouver un équilibre entre protection d'une part et liberté d'autre part, et entre individu et société, est un exercice politique difficile et subtil.

4. Avec une liberté de choix

Garantir aux seniors une liberté de choix suffisante doit aussi devenir une priorité politique importante. Cela suppose que différentes alternatives de soins soient proposées, et que la personne âgée en question dispose également de la possibilité de faire des choix informés. En ce sens, on pourrait parler de soins aux personnes âgées centrés sur le patient. L'*US National Institute on Consumer-directed Long-term Care* définit les soins aux personnes âgées centrés sur le patient comme « *une philosophie et une orientation vers une offre de services communautaires et/ou à domicile permettant aux consommateurs informés de faire des choix concernant les services qu'ils reçoivent.* »

Il est évident que la personne âgée doit aussi être accompagnée dans ses choix, mais il est bien moins évident de savoir dans quelle mesure elle doit être protégée. Certaines personnes savent faire bon usage du choix et de la liberté, alors que d'autres fonctionnent plus volontiers dans des structures bien définies. Le danger est qu'une trop grande liberté de choix individuelle donne à certaines personnes le sentiment d'être abandonnés à leur sort. D'autre part, un manque de liberté de choix peut encourager l'ergotage, ce qui est très frustrant pour les personnes (encore) parfaitement capables de décider pour elles-mêmes. Le choix individuel peut aussi aller à l'encontre d'un objectif social, alors qu'un choix social peut parfois supplanter un objectif individuel. Trouver un consensus politique dans ce domaine reste un exercice d'équilibre délicat.

Prenons une personne âgée, résolument contre l'idée d'une maison de repos, et qui souhaite uniquement recevoir des soins à domicile. Tant que l'état de santé de la personne âgée le permet, les politiques prévoient de la place pour cela. À mesure que l'état de santé du senior se détériore, les coûts des soins à domicile augmentent jusqu'à dépasser à un moment donné les coûts de soins résidentiels, parce que la personne âgée nécessite des soins 24 heures sur 24. L'objectif social visant à permettre à chacun de vieillir dignement, et ceci de manière budgétairement responsable, peut se trouver en contraste criant avec le souhait individuel de mourir chez soi. Les autorités doivent-elles laisser la personne âgée en question chez elle, mais se retirer (partiellement) sur le plan financier, ou doivent-elles opter pour la solution la plus responsable budgétairement et placer la personne âgée, contre sa volonté, en milieu hospitalier ? Ces questions éthiques sont moins triviales que l'on pourrait le croire. D'une part parce qu'elles auront un impact sur la manière dont les soins aux personnes âgées seront organisés et financés, et d'autre part parce que les personnes âgées nées dans l'après-guerre sont plus loquaces et exigeantes que leurs prédécesseurs.

Que nous vivions plus longtemps n'est contesté par personne. Que nous vivions plus longtemps en bonne santé, et ayons donc besoin de soin à un âge sans cesse plus élevé, fait moins l'unanimité dans le monde de la recherche.

De plus, les nouvelles personnes âgées sont plus prospères que leurs prédécesseurs et profitent déjà d'un meilleur logement. Cela favorise non seulement leur autonomie, mais cela rend aussi plus facile l'administration de soins à domicile.

🕒 OBJECTIF

D'un point de vue politique, la liberté de choix doit être invariablement utilisée comme pierre de touche. Les personnes nécessitant un encadrement et un accompagnement (intensifs) doivent pouvoir les recevoir. La meilleure façon pour que les préférences individuelles ne supplantent pas les intérêts de la société est d'associer à la liberté donnée la responsabilité nécessaire.

5. Donner des opportunités à l'autonomie des personnes âgées

En 1994, tous les pays de l'OCDE se sont mis d'accord : la ligne de conduite générale doit être de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible chez elles et non pas dans des institutions de soins. Cela reflète aussi le souhait même des seniors. Selon l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) (2005), cela vient de l'amélioration, année après année, du bien-être des personnes âgées. Le niveau de santé et le degré d'indépendance par rapport aux soins ne cessent d'augmenter, malgré l'espérance de vie moyenne croissante. Selon l'OCDE, les gens ne vivent pas seulement plus longtemps, ils vivent aussi plus longtemps en bonne santé. Dans la littérature, cette proposition est aussi appelée la théorie de la compression de la morbidité.

Le fait que nous vivions plus longtemps n'est contesté par personne. Le fait que nous vivions plus longtemps en bonne santé, et ayons donc besoin de soin à un âge sans cesse plus élevé, fait moins l'unanimité dans le monde de la recherche. Comme la compression de la morbidité – et son pendant, l'expansion de la morbidité – a un impact important sur le degré de dépendance aux soins, il s'agit d'une hypothèse importante aux conséquences importantes. Par exemple, pour inventorier la dépendance future aux soins, ou pour obtenir une vision plus claire du type de soins qui devra être procuré (aigus vs chroniques). Le cadre ci-dessous explique plus en détails cette problématique.

Deuxième raison avancée, le fait que les nouvelles personnes âgées sont en moyenne plus aisées et profitent déjà d'un meilleur logement. Cela favorise non seulement leur autonomie, mais cela rend aussi plus facile l'administration de soins à domicile. Troisièmement, le vieillissement et l'espérance de vie croissante ont aussi pour conséquence la présence d'un plus grand nombre de personnes à la retraite et disponibles pour administrer des soins de proximité à leurs amis et connaissances tributaires de soins (Lakdawalla & Philipson, 2002). Pour cette raison aussi, les spécialistes

estiment qu'il faut miser sur les soins à domicile et sur l'autonomie de nos aînés. Enfin, certaines études montrent que l'âge moyen de prise en charge dans les institutions de soins résidentielles peut être retardé en mettant encore plus l'accent sur l'autonomie des seniors. Il n'est cependant pas dit que la facture budgétaire sera moins élevée pour autant (Pacolet, Merckx & Peetermans, 2008).

OBJECTIF

Miser sur l'autonomie de la personne âgée semble une stratégie politique justifiée. Les pouvoirs publics offrent ainsi plus de liberté et aussi plus de responsabilité à la personne âgée et à son entourage immédiat. Ceci est positif, vu qu'il existe pour y répondre la possibilité d'assumer cette responsabilité de manière raisonnable. D'un point de vue politique, il faut veiller à ce que la personne âgée puisse le plus possible prendre soin d'elle-même. L'encadrement nécessaire, via des services de toutes sortes et les instruments financiers s'y rapportant, est à cet égard indispensable.

CADRE 1 | **ÂGE, SANTÉ ET DÉPENDANCE AUX SOINS**

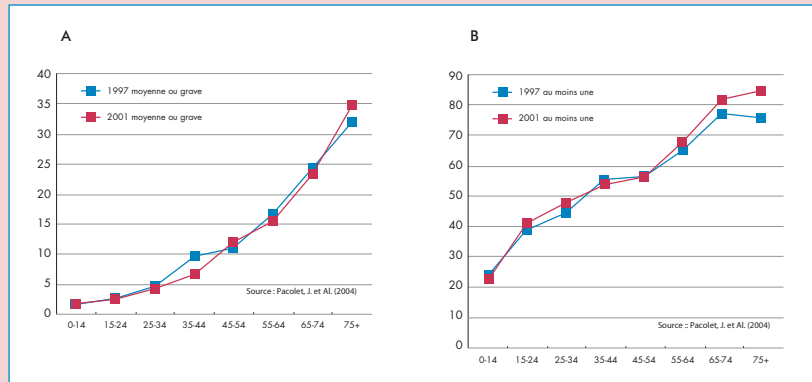
Notre corps s'use à mesure qu'il vieillit. Il n'est donc pas illogique que les personnes âgées en général aient à faire face à une moins bonne santé que les plus jeunes, et que cette santé ne fasse que de se dégrader avec les années.

Âge et santé

La figure 1.1 ci-dessous montre clairement que le risque de souffrir d'une maladie chronique et des limitations qu'elle entraîne, augmente avec l'âge. Les changements démographiques connus (plus de personnes âgées, qui en outre deviennent de plus en plus vieilles, voir chapitre 2) annoncent donc une augmentation importante de la demande de soins médicaux et non médicaux. Cela ne signifie cependant pas que tous les plus de 65 ans souffrant de l'une ou l'autre affection sont tributaires de soins ou ne peuvent plus être autonomes.

FIGURE 1.1

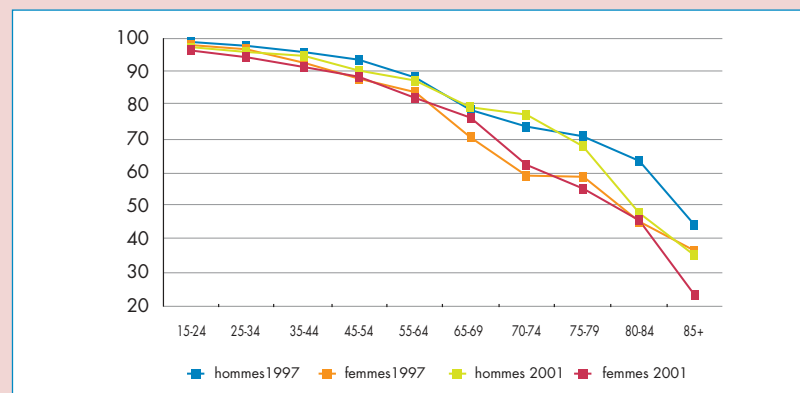
- Personnes souffrant de limitations graves ou modérées dues à une maladie chronique (en %)
- Affections chroniques au cours de l'année écoulée, par tranche d'âge (en %)



SOURCE : PACOLET, J. ET AL. (2004)

Il existe dans la littérature liée aux soins différents indicateurs pour mesurer la dépendance aux soins¹. Un de ces indicateurs internationalement reconnus est le « score SF-36 ». Celui-ci mesure le degré de fonctionnement physique pour effectuer 10 activités spécifiques telles que fournir un effort important (courir, faire du sport) ou un effort modéré (déplacer une table ou monter des escaliers). Le score est égal à 100 pour un fonctionnement normal (indépendance totale) et à 0 pour une personne limitée dans toutes les activités. La figure ci-dessous exprime la relation entre l'âge et le score SF-36. Il est une nouvelle fois évident que l'indépendance aux soins diminue avec l'âge.

FIGURE 1.2 : SCORE SF-36 SELON LA TRANCHE D'ÂGE ET LE SEXE, 1997-2001



SOURCE : MESTDAGH, J. & LAMBRECHT, M. (2003)

Espérance de vie, santé et dépendance aux soins

On s'attend à une importante augmentation du nombre de personnes âgées et de la proportion des personnes âgées dans la population globale. En d'autres termes, il ne fait aucun doute que de plus en plus de gens auront besoin de soins. Il n'y aura pas seulement plus de personnes âgées, celles-ci seront aussi vieilles plus longtemps. Cela signifie-t-il que les gens seront pour autant tributaires de soins plus longtemps et de plus en plus souvent ? Karakaya (2009) présente les trois principales théories sur l'évolution de la santé et/ou de la dépendance avec l'allongement de la durée de vie.

1. La théorie de l'expansion de la morbidité. Selon cette théorie, nous vivons plus longtemps en raison d'un recul de la *léthalité* des affections chroniques, pas en raison d'un recul de ces affections chroniques. Les défenseurs de cette théorie s'attendent donc à une hausse du nombre d'années de dépendance aux soins.
2. La théorie de la compression de la morbidité. Selon cette théorie, le début des affections chroniques se produit de plus en plus tard dans la vie, repoussant ainsi aussi la morbidité à un âge plus avancé. Le nombre d'années vécues en bonne santé augmente grâce au progrès médical, alors que le nombre d'années de dépendance est en baisse.
3. La théorie de l'équilibre dynamique combine les deux scénarios précédents. Le nombre d'années de dépendance aux soins reste donc relativement constant au fil de la progression de l'espérance de vie.

La solidarité intrafamiliale est un important moteur de création de valeur ajoutée, aussi bien pour la personne âgée elle-même que pour la communauté.

6. En collaboration avec la famille et l'entourage direct

Ceci aussi semble une évidence ; mais d'un point de vue politique, l'exercice reste difficile. La solidarité intrafamiliale est un important moteur de création de valeur ajoutée, aussi bien pour la personne âgée elle-même que pour la communauté et doit de ce fait être chérie. Dans un environnement familial, la probabilité de soins de haute qualité est plus élevée. Les soins procurés par la famille ou des tiers avec lesquels se sont tissés des liens d'amitié, comme des voisins, sont appelés soins de proximité. Selon la Mutualité chrétienne, ces soins de proximité sont « les soins supplémentaires procurés à une personne tributaire de soins par un ou plusieurs membres de son entourage direct ; les soins donnés découlent donc de la relation sociale, en dehors du cadre d'une profession sociale ou d'un volontariat organisé. » Par définition, les soins de proximité sont une activité privée, puisqu'ils découlent d'une relation sociale. Les soins de proximité se situent effectivement en dehors du cadre d'une profession sociale ou du volontariat organisé, et ne peuvent donc que difficilement être encouragés, bien qu'il existe ici aussi des zones de tensions qu'il ne faut pas sous-estimer. Nous y reviendrons au chapitre 4.

🕒 OBJECTIF

La personne âgée tributaire de soins n'est pas la seule à devoir être encouragée, son entourage direct doit aussi pouvoir être soulagé. C'est la meilleure façon de ne pas décourager les jeunes générations à prendre soin de leurs aînés dépendants.

7. À un prix supportable pour la société

Il s'agit ici sans nul doute d'un des principaux défis du débat sur le vieillissement : comment maintenir nos pensions et nos soins de santé à un niveau supportable ? Un simple regard sur les tableaux ci-dessous nous montre que ce ne sera pas une sinécure³ :

TABLEAU 1.1 : LE COÛT BUDGÉTAIRE DU VIEILLISSEMENT, EN % DU PIB EN 2030, SELON 8 RAPPORTS CONSÉCUTIFS

Rapport	Apr /02	Mei/03	Apr/04	Mei/05	Mei /06	Mei /07	Mei /08	Jun /09	Jun/10
Coût total par rapport à 2000	3,1	4,2	4,5	5,1	4,6	5,1	4,7	6,8	7

SOURCE : COMITÉ D'ÉTUDE SUR LE VIEILLISSEMENT, RAPPORTS ANNUELS 2002-2010, CALCULS PROPRES

³ Au chapitre suivant, nous approfondirons les coûts du vieillissement liés au secteur des soins. Nous nous limitons pour l'instant à une discussion générale.

Le surcoût annuel du vieillissement à partir de 2030 est systématiquement sous-estimé. Selon les dernières estimations du Conseil supérieur des Finances, il oscille quelque part entre 6,3 et 8,8 % du PIB. Le vieillissement nous place donc devant un énorme défi budgétaire. Et c'est sans compter le progrès technologique et épidémiologique qui, comme nous l'avons déjà dit, constitue la force motrice de la croissance exponentielle de nos dépenses en matière de soins et de soins de santé.

TABLEAU 1.2 : LE COÛT BUDGÉTAIRE DU VIEILLISSEMENT, EN % DU PIB EN 2050, SELON 4 RAPPORTS CONSÉCUTIFS

Rapport	Mei /06	Mei /07	Mei /08	Jun /09 (2060)	Jun/10 (2060)
Coût total par rapport à 2000	6,6	6,9	6,7	8,8	9,6

SOURCE : COMITÉ D'ÉTUDE SUR LE VIEILLISSEMENT, RAPPORTS ANNUELS 2006-2009, CALCULS PROPRES

Ces tableaux nous apprennent deux choses. Premièrement, le surcoût annuel du vieillissement à partir de 2030 a été systématiquement sous-estimé. En 2002, le Comité d'étude sur le vieillissement a estimé que l'on paierait chaque année 3,1 % du PIB en plus pour le vieillissement. Dans le dernier rapport du Comité d'étude, ce surcoût est estimé à 6,8 % du PIB, soit une sous-estimation de 120 %. À partir de 2006, le Comité d'étude a également réalisé des estimations à plus long terme. La première fois, le Comité est parvenu à 6,6 % du PIB en 2050. En 2009, ce chiffre était déjà monté à 8,8 %, une hausse de 2,2 % du PIB (ou 7 milliards d'euros), soit encore une sous-estimation d'environ 30 %. Le deuxième constat est donc que le plus dur doit encore venir après 2030. Au chapitre suivant, nous reviendrons longuement sur les dépenses à long terme spécifiquement liées au vieillissement de la population pour les soins et les soins de santé.

L'importance de ce paramètre pour le nirvana des soins aux personnes âgées ne se révèle réellement que lorsque nous y ajoutons quelques chiffres macroéconomiques de la Banque nationale⁴. Notre dette publique a dépassé en 2010 le seuil symbolique des 100 %. Selon l'itinéraire budgétaire du très ambitieux programme de stabilité, nous enregistrons encore des déficits budgétaires jusqu'en 2015. Que la marge budgétaire soit plutôt réduite doit être l'euphémisme de l'année ! La pression fiscale s'élève à 44 % du PIB. Là aussi, nous nous heurtons à une limite. La protection sociale bénéficie de 30 % du PIB, mais malgré cela, nous payons de notre poche 30 % de nos dépenses en soins de santé. Nous devons faire face à un handicap en matière de coûts salariaux de 15 % par rapport à l'Allemagne, aux Pays-Bas et à la France, et nous avons déjà perdu 23 % de parts de marché depuis 1990 par rapport à ces mêmes pays⁵. La croissance moyenne annuelle de notre produit intérieur brut potentiel jusqu'en 2015 inclus a été évaluée à un modeste 1,6 % par le Bureau fédéral du Plan (2010). Cette estimation n'a jamais été aussi basse depuis les années 80.

⁴ Voir Belgostat en ligne : <http://www.nbb.be/app/cal/F/belgohome.htm>.

⁵ Ce sont des données du Conseil central de l'Économie.

La situation critique de nos finances publiques et de notre économie va nous placer devant des choix difficiles. Le système de financement actuel devra être revu sans tabous.

La situation critique de nos finances publiques et de notre économie va nous placer devant des choix difficiles. Ainsi, nous devrons nous demander où nous pourrions trouver le financement complémentaire. Ou encore : qui doit payer quoi en premier ? Choisissons-nous la Sécurité sociale ou un système parallèle semblable au niveau régional comme l'a fait la Flandre avec son Zorgverzekering ? Ou donnons-nous un rôle à un système s'assurance privé ? Et si oui, quel rôle ?

🕒 OBJECTIF

Le vieillissement nous place donc devant un énorme défi budgétaire. Et c'est sans compter le progrès technologique et épidémiologique qui, comme nous l'avons déjà dit, constitue la force motrice de la croissance exponentielle de nos dépenses en matière de soins et de soins de santé. Afin de ne pas mettre en danger la solidarité intergénérationnelle, il ne semble pas exagéré d'affirmer qu'il faut toujours prendre en considération le facteur budgétaire lorsque nous formulons des propositions de politique. Parallèlement, nous devons revoir le système de financement actuel et, sans tabous, oser poser la question de savoir qui devra financer quoi.

Il est du reste réjouissant de lire que les acteurs du secteur ne sont pas eux-mêmes demandeurs de plus de moyens. Dans le mémorandum de l'asbl *Solidarité Pour La Famille*, un prestataire de soins privé qui emploie plus de 5 200 personnes, pour les élections de 2009, on lit que « c'est peut-être aller un peu à contre-courant lorsque nous avançons que la réponse au vieillissement futur ne consisterait peut-être pas à fournir plus de moyens au secteur. » Pas de moyens supplémentaires, mais bien une meilleure allocation des moyens : voilà en d'autres termes notre mantra. Via une organisation et un financement efficaces, nous pouvons tracer la route du nirvana des soins aux personnes âgées. C'est en tout cas l'intention de cet ouvrage.

😊 RECOMMANDATION

Mettre en place, sur base du modèle français, un Haut Conseil de la Santé indépendant qui évaluera le coût d'opportunité social des traitements médicaux et assurera la promotion des bonnes pratiques au sein de notre système de soins de santé.

Dans son rapport, le KCE reconnaît l'importance d'une bonne **identification** des patients palliatifs, mais aussi d'une **formation appropriée pour les prestataires de soins**. Enfin, le KCE plaide pour un **modèle de soins pluridisciplinaire** sur mesure pour chaque patient palliatif et pour un renforcement des liens entre les différents environnements de soins, afin de pouvoir offrir aux patients une **continuité de soins**.

02

LE TSUNAMI GRIS

«You don't need a weatherman to know which way
the wind blows.»

Bob Dylan



Dans ce chapitre, nous détaillons l'impact socioéconomique du baby boom d'après-guerre sur le secteur des soins aux personnes âgées. Le vieillissement de la population est une immense réussite sociale. Jamais autant de personnes n'avaient pu atteindre un âge si avancé en restant en si bonne santé. Bien que le vieillissement soit une belle illustration de notre prospérité, il exerce également une forte pression sur les dépenses publiques et sur le potentiel de croissance de notre économie. Nous verrons dans ce chapitre que le glissement survenu dans l'après-guerre dans notre pyramide des âges a rendu notre société d'aujourd'hui bien plus tributaire des soins et moins innovante. L'effet domino qui en résulte a propulsé la demande d'équipements de soins aux personnes âgées dans les hauteurs et a fait croître de manière spectaculaire la demande de main-d'œuvre. Les conséquences budgétaires inquiéteront la plupart des gens, mais inciteront certains, espérons-le, à agir de manière fondamentale.



Le vieillissement à deux causes à long terme : l'espérance de vie croissante et le taux de fécondité en baisse. Le *baby boom* temporaire d'après-guerre a encore renforcé ces deux effets.

Dans ce chapitre, nous détaillons l'impact socioéconomique du *baby boom* d'après-guerre sur le secteur des soins aux personnes âgées. Le vieillissement de la population est une immense réussite sociale. Jamais autant de personnes n'avaient pu atteindre un âge si avancé en restant en si bonne santé. Bien que le vieillissement soit une belle illustration de notre prospérité, il exerce également une forte pression sur les dépenses publiques et sur le potentiel de croissance de notre économie. C'est surtout ce dernier point que nous aborderons dans ce chapitre. C'est pourquoi ce dernier – qui tentera de démontrer le plus clairement possible les effets du processus de vieillissement – sera aussi paradoxalement le plus alarmant de cette étude.

Le but n'est en aucun cas de semer la panique et, admettons-le, peut-être aurions-nous dû choisir un titre moins alarmiste. Il est toutefois important de mettre en avant certains chiffres – un « *eye opener* » est souvent très efficace pour mettre les choses en mouvement. L'ignorance est peut-être une bénédiction pour certains, mais nous préférons regarder les défis droit dans les yeux afin de les affronter le plus efficacement possible.

LES PRÉMISSSES : UN TREMBLEMENT DE TERRE DÉMOGRAPHIQUE

Un héritage du passé

Au cours des dernières décennies, la structure de la population belge a subi d'importants changements. Grâce aux progrès de la science, aux découvertes technologiques, à la croissance économique et aux acquis sociaux, nous avons vu les chiffres de mortalité baisser de manière drastique. Cependant, le taux de fécondité des femmes belges, stimulé par l'euphorie des *golden sixties*, a suivi le même chemin avec comme conséquence non seulement un élargissement de la pyramide des âges à son sommet au cours du xx^e siècle, mais aussi un rétrécissement au bas de cette même pyramide. Ajoutons encore à cela le *baby boom* d'après-guerre et nous obtenons ce que nous appelons aujourd'hui le « vieillissement de la population » : relativement plus de personnes âgées pour relativement moins de jeunes. Cela ressort clairement des figures présentées ci-dessous.

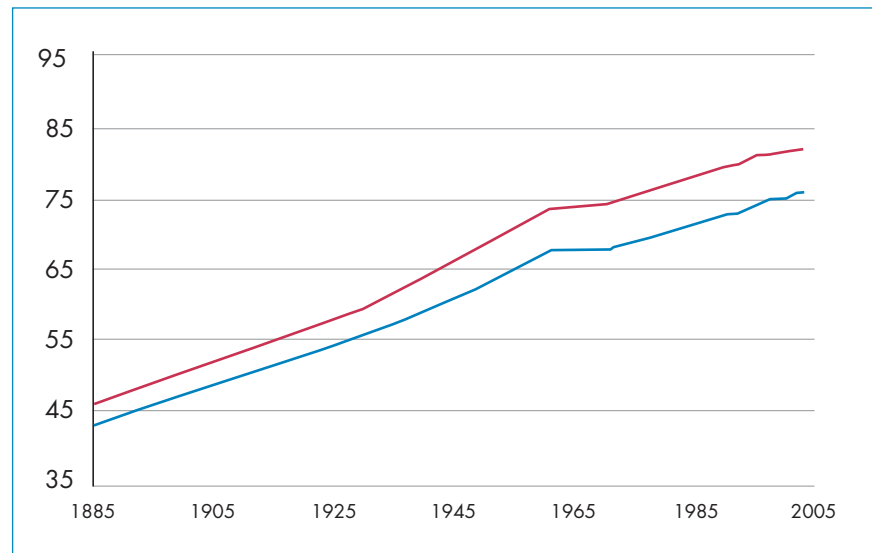
FIGURE 2.1 : STRUCTURE DE LA POPULATION BELGE (1881-2008)



SOURCE : SPF ÉCONOMIE

Même sans nouveau *baby boom* et malgré un rajeunissement de la population des grandes villes en raison de l'immigration, la structure de notre population poursuit imperturbablement sa révolution démographique. L'espérance de vie à la naissance des baby-boomers, les personnes nées entre 1945 et 1955, était de 62 ans pour les hommes et de 67 ans pour les femmes. Soixante-cinq ans plus tard, les hommes de 65 ans peuvent encore compter sur 17 années de vie supplémentaires, les femmes de 65 ans sur 21 années de plus⁶. En outre, l'espérance de vie à la naissance (et à un âge plus avancé) n'a cessé d'augmenter depuis lors, comme le montre la figure ci-dessous.

FIGURE 2.2 : ÉVOLUTION DE L'ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE EN BELGIQUE (1885-2004)

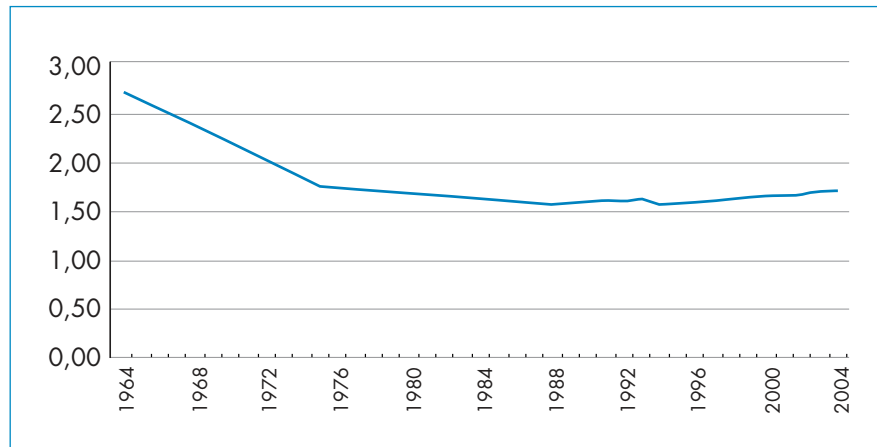


SOURCE : SPF ÉCONOMIE

⁶ Chiffres du SPF Économie et d'Eurostat.

On dit parfois que pour chaque année vécue, on reçoit presque une saison supplémentaire gratuitement. Cela vient naturellement du fait que l'espérance de vie à la naissance augmente d'environ deux ans tous les dix ans. La question est bien entendu de savoir combien de temps cette tendance peut durer⁷.

FIGURE 2.3 : ÉVOLUTION DU TAUX DE FÉCONDITÉ DES FEMMES DE 15 À 49 ANS (1964-2004)



SOURCE : SPF ÉCONOMIE ET CALCULS PROPRES

⁷ Selon Olshnansky *et al.* (1990), il existe une limite à 85 ans pour l'espérance de vie à la naissance. Vallin (1993) estime quant à lui cette limite à 95-100 ans, alors que Vaupel *et al.* (1995) pense dans ses estimations que l'homme peut aller jusqu'à 120 ans. Selon ce dernier, au moins la moitié des bébés nés dans les années 2000 atteindront l'âge de 100 ans (Vaupel *et al.*, 2009). Ce n'est pas impossible lorsqu'on sait qu'une équipe de chercheurs américains a découvert en 2009 que la rapamycine, médicament utilisé lors de transplantations, augmente l'espérance de vie des souris mâles de 28 % et celle des souris femelles de 38 % (De Standaard, 09/07/2009). Et l'université de Leeds a investi récemment 55 millions d'euros dans le projet « 50 active years after 50 », dans le but de développer une dizaine de « pièces de rechange » inusables pour notre corps défaillant (De Morgen, 21/10/2009).

Au début des années 70, le taux de fécondité des femmes a chuté pour la première fois sous le chiffre de 2,1 enfants par femme, pour ne plus jamais repasser au-dessus de cette barre – finis donc les échanges de générations (Figure 2.3).

☑ CONSTAT

Même sans nouveau *baby boom* et malgré un rajeunissement de la population des grandes villes en raison de l’immigration, la structure de notre population poursuit imperturbablement sa révolution démographique. Cela vient naturellement du fait que l’espérance de vie à la naissance augmente d’environ deux ans tous les dix ans. Moins de jeunes et plus de personnes âgées vivant plus longtemps. Voilà les ingrédients de base pour l’un des plus grands défis du futur.

Un défi pour le futur

Sur base des perspectives démographiques du Bureau du Plan et du SPF Économie, on appréhende plus clairement l’ampleur de ces défis. On constate ainsi que l’âge moyen de la population belge augmente d’un an tous les dix ans. En 2000, le Belge avait en moyenne 39 ans. En 2060, cet âge moyen sera de 45 ans. Donc, la population dans son ensemble vieillit. Mais les personnes âgées deviennent aussi en moyenne plus âgées. L’âge moyen des plus de 65 ans augmentera de 74 ans en 2000 et à 78 ans en 2060. Dans le Tableau 2.1, l’évolution du nombre de seniors en dit long également. Le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera de 83 % en 50 ans, ce qui représente plus de deux millions de personnes de plus de 60 ans en plus, alors que la proportion de personnes de plus de 80 ans fait plus que tripler, une hausse de 750 000 âmes ! Les baby-boomers deviennent des *baby-busters*.

L’âge moyen de la population belge augmente désormais d’un an tous les dix ans. En 2050, notre pays comptera plus de deux millions de personnes de plus de 60 ans de plus qu’aujourd’hui, et le nombre de plus de 80 ans aura alors triplé.

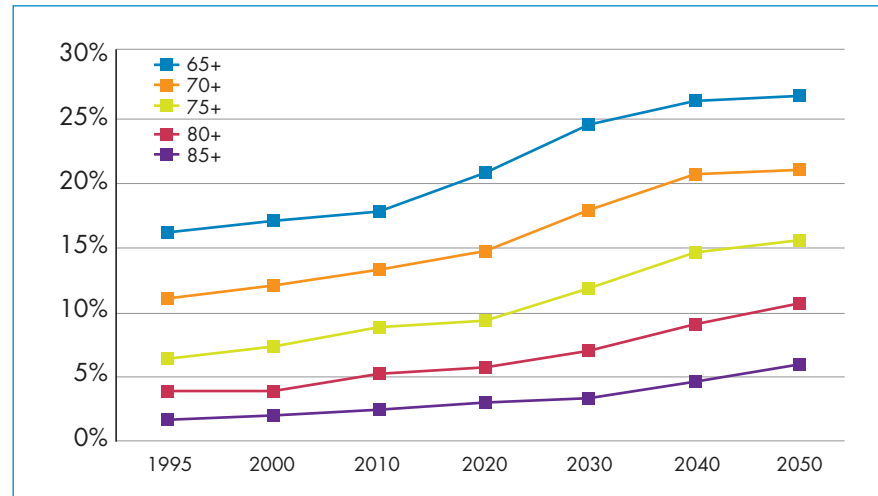
TABLEAU 2.1 : PERSPECTIVES DÉMOGRAPHIQUES (1995-2050)

	1995	2000	2010	2020	2030	2040	2050	Total
60-80 (x1000)	2 174	2 249	2 504	2 928	3 343	3 500	3558	+ 1384
60-80 (%)		3,4	11,3	16,9	14,2	4,7	1,7	+ 64
80+ (x1000)	386	377	539	609	748	982	1135	+ 749
80+ (%)		-2,3	42,9	12,9	22,8	31,3	15,6	+ 194
Tot. (x 1000)	2560	2626	3043	3537	4091	4482	4693	+ 2133 = + 83%

SOURCE : PERSPECTIVES DÉMOGRAPHIQUES DU BUREAU DU PLAN

Mais la proportion des seniors, suivant différentes tranches d'âge, augmente aussi dans la population totale (Figure 2.4).

FIGURE 2.4 : PROPORTION DE SENIORS DANS LA POPULATION TOTALE (1995-2050)



SOURCE : PACOLET, J. ET AL. (2004)

On assistera donc à un vieillissement dans le vieillissement, un « vieillissement des vieux ». L'intensité de vieillissement augmente : la proportion de personnes très âgées augmente dans le groupe des plus de 65 ans. C'est surtout ce dernier point qui aura une incidence sur l'ampleur de la population dépendante de soins⁸.

☑ CONSTAT

Le vieillissement consiste en réalité en trois flux de vieillissement simultanés : 1) l'âge moyen de l'ensemble de la population est en hausse, 2) l'âge moyen des personnes âgées augmente, et 3) la proportion de personnes très âgées augmente de manière spectaculaire. C'est surtout ce dernier point qui aura une incidence sur l'ampleur de la population dépendante de soins.

⁸ On a tendance à croire que le vieillissement est un phénomène typique des pays développés. Mais la population des pays en développement, qui subissent aussi une transition démographique importante, vieillira elle aussi à long terme. Le nombre absolu de personnes âgées y sera à terme spectaculairement élevé, simplement parce que ces pays sont déjà fortement peuplés actuellement. Près d'un demi-milliard de personnes de plus de 60 ans vivent déjà actuellement dans les pays en développement, et ce nombre devrait tripler d'ici 2050 (The Economist, 25/06/2009).

LA CONSÉQUENCE : UNE POPULATION PLUS DÉPENDANTE DES SOINS

Dans le chapitre introductif, nous avons déjà montré le lien entre *âge* et *dépendance aux soins* (cadre 1). Nous avons aussi abordé le lien entre *espérance de vie* et *dépendance aux soins*. Cette distinction est importante car bien que nous soyons certains que plus les gens vieillissent, plus ils ont besoin de soins, il n'est pas du tout évident de connaître l'impact d'une *espérance de vie* croissante sur la dépendance aux soins. Selon les défenseurs de l'expansion de la morbidité – les pessimistes –, un plus grand nombre d'années de dépendance aux soins nous attend, ce qui aura bien entendu un impact sur le volume de soins nécessaires. À l'inverse, les défenseurs de la compression de la morbidité – les optimistes – s'attendent à ce que nous devions faire face à un nombre plus réduit d'années de dépendance aux soins par personne. Pour les défenseurs de la théorie de l'équilibre dynamique, le nombre d'années de dépendance aux soins reste constant, malgré une espérance de vie accrue.

Le Bureau du Plan enregistre 566 000 personnes avec un besoin modéré à sérieux de soins en 2007, et prévoit une augmentation nette de pas moins de 600 000 (!) personnes modérément à sérieusement dépendantes de soins en 2060.

Afin de tenir compte de ces trois théories contradictoires sur la morbidité dans les projections relatives à la dépendance aux soins, les chercheurs ébauchent généralement différents scénarios : pessimiste (expansion), optimiste (compression) et neutre (*statu quo*). Nous basons nos prédictions sur le scénario neutre de Karakaya (2009) et nous utilisons en outre les perspectives démographiques les plus récentes du Bureau du Plan⁹. Pour ses prévisions, Karakaya utilise des données administratives qui ont le désavantage de mesurer l'utilisation actuelle des soins, par opposition au besoin réel de soins. Nous observons malgré tout que le nombre de Belges de plus de 75 ans dépendants des soins augmentera de manière spectaculaire au cours des prochaines décennies (Tableau 2.2).

TABLEAU 2.2 : PROJECTIONS DES PERSONNES DÉPENDANTES DE PLUS DE 75 ANS SELON LE SCÉNARIO CENTRAL

	2001	2010	2020	2030	2040	2050	Différence
Nombre de dépendants 75+	121 000	143 000	153 000	173 000	212 000	237 000	116 000

SOURCE : KARAKAYA (2009), BUREAU DU PLAN, CALCULS PROPRES

⁹ Il est important de remarquer ici que les différences entre les scénarios ne sont pas négligeables du tout. Pour un aperçu détaillé de ces différences, nous vous renvoyons à l'excellente étude de Karakaya.

Selon le scénario neutre, la Belgique comptera 10 000 personnes tributaires de soins en plus dans 10 ans, 50 000 de plus dans les 20 ans, et 116 000 en plus dans les 40 ans. Il existe toutefois d'importantes différences régionales, la Flandre s'en sortant moins bien. La Flandre fait actuellement déjà face au plus grand degré de dépendance chez les plus de 80 ans – le plus grand groupe à risque et le groupe démographique connaissant la croissance la plus importante.

CADRE 2 | DEGRÉ DE DÉPENDANCE ET ÉCHELLE DE KATZ

Le degré de dépendance est la mesure dans laquelle une personne tributaire de soins dépend de tiers pour accomplir des tâches quotidiennes. L'échelle de Katz est l'échelle utilisée en Belgique pour mesurer le degré de dépendance des personnes au moyen de plusieurs critères tels que : pouvoir s'habiller, manger, se laver, se déplacer, utiliser les toilettes... seul. Cette échelle est complétée par le médecin traitant accompagné d'un infirmier. Ensuite, l'échelle est encore contrôlée par un médecin ou un infirmier de la mutuelle. Pour chaque personne âgée, l'institution de soins perçoit de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) un forfait calculé sur base journalière et dépendant du degré de dépendance aux soins (Van Camp, Van Rensbergen & Prims, 2004). La classification des résidents utilisée pour cela est l'échelle de Katz modifiée. Cette échelle de Katz belge distingue quatre catégories principales d'autonomie, ou à l'inverse de dépendance : O pour valide, A pour semi-valide, B pour tributaire de soins et C pour fortement tributaire de soins. Pour les soins résidentiels, il existe encore une catégorie Cd pour les personnes âgées souffrant d'une forme avancée de démence.

L'AR du 3 juillet 1996 (art. 150) décrit comme suit les catégories de dépendance aux soins :

Catégorie O : y sont classés les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et qui ne sont pas déments ;

Catégorie A : y sont classés les bénéficiaires qui :

- sont dépendants physiquement : ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;
- sont dépendants psychiquement : ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et sont entièrement indépendants physiquement ;

Catégorie B : y sont classés les bénéficiaires qui :

- sont dépendants physiquement : ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et sont dépendants pour les transferts et déplacements et/ou pour aller aux toilettes ;
- sont dépendants psychiquement : ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;

Catégorie C : y sont classés les bénéficiaires qui :

- sont dépendants physiquement : ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, sont dépendants pour les transferts et déplacements et pour aller aux toilettes, et sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger ;
- sont dépendants psychiquement : ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, sont dépendants pour se laver et s'habiller, sont dépendants pour incontinence et sont dépendants pour les transferts et déplacements et/ou pour aller aux toilettes et/ou pour manger.

Catégorie Cc : c'est la catégorie des patients dits « comateux ».

Les catégories A, B et C font également une distinction pour les patients souffrant de démence.

Dans ses projections, le Bureau du Plan (Willemé, 2010) part aussi du principe que le degré de dépendance de la population belge demeure constant. Afin de mesurer le besoin réel de soins, le Bureau du Plan utilise des enquêtes et le nombre actuel d'utilisateurs de soins résidentiels (non repris dans ces enquêtes). Il enregistre 566 000 personnes avec

un besoin modéré à sérieux de soins en 2007, et prévoit une augmentation nette de pas moins de 600 000 (!) personnes modérément à sérieusement dépendantes de soins en 2060.

☑ **CONSTAT**

Nous avons vu que le nombre de seniors dépendants, et de ce fait la demande de soins (non médicaux) aux seniors, peut/va augmenter très rapidement et, suivant le scénario de morbidité et les données utilisés, presque exponentiellement. Les données administratives sous-estiment probablement le besoin réel de soins, alors que l'extrapolation à partir d'enquêtes peut mener à des surestimations. Dans les deux cas, l'augmentation « fois deux » est de toute manière spectaculaire. Quels sont les défis qui attendent les soins aux seniors demain et où en est le secteur aujourd'hui ?

CE QUE CELA SIGNIFIE POUR LES INFRASTRUCTURES DE SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Migration grise – ghettos gris

Dans le chapitre introductif, la dispersion des infrastructures de soins aux personnes âgées a été mise en avant comme l'un des 7 critères de qualité. Nous constatons cependant que les personnes âgées elles-mêmes ne sont pas réparties de manière homogène sur le territoire, et que certaines régions sont en train de devenir des réserves de personnes âgées. Et le terme réserve est à peine exagéré. En Zélande, aux Pays-Bas, des plans bien avancés existent déjà pour une ville pour personnes de plus de 55 ans. Aux États-Unis, de telles villes existent déjà depuis longtemps, les seniors y migrent en masse vers la Floride à la recherche d'un petit coin de soleil pour y passer leurs derniers jours. Avec ses 40 000 habitants, Sun City, bien qu'elle soit située en Arizona, est un exemple notoire. En Europe, l'Espagne a connu le même phénomène. En Belgique, la côte est bien entendu le pôle d'attraction des seniors¹⁰ ; un site Internet y est même spécifiquement dédié : www.kustsenioren.be.

¹⁰ En outre, près de 37 500 seniors belges résident à l'étranger. Voetnoot 13 & 14

Cela n'a rien de négatif en soi, mais les villes de seniors ne doivent pas devenir des ghettos de personnes âgées aigries. Un des défis de la politique de soins aux personnes âgées consistera à créer la mixité sociale indispensable. C'est important pour contrer cet aigrissement, mais aussi pour de nombreuses autres raisons qui seront abordées au chapitre 5. Donc, bien que des soins aux personnes âgées dispersés soit un objectif qualitatif noble, nous évoluerons aussi très probablement en partie vers une concentration des infrastructures de soins aux personnes âgées. D'un point de vue organisationnel, la difficulté sera de trouver un équilibre entre dispersion géographique et concentration à grande échelle, et de pousser les gens (les personnes âgées comme les jeunes familles) à évoluer en direction de cet équilibre.

Penchons-nous à présent plus en détails sur le volume futur des infrastructures de soins aux personnes âgées. Nous faisons ici une distinction importante qui reviendra encore à plusieurs occasions dans cette étude : la différence entre soins résidentiels et non résidentiels, ou hors établissement, pour les personnes âgées. Par souci de facilité, nous réduisons pour cette étude cette dernière notion aux soins à domicile.

OBJECTIF

L'un des défis de la politique des soins aux personnes âgées consistera à créer la mixité sociale indispensable.

Besoins futurs en matière de soins résidentiels aux personnes âgées en Belgique et dans ses régions

Par soins résidentiels aux personnes âgées, nous désignons les soins procurés dans le cadre d'une infrastructure de soins aux personnes âgées et reconnus par l'État. Le Tableau 2.3 reproduit la situation quantitative des infrastructures de soins aux personnes âgées dans notre pays.

Le Bureau du Plan estime que 180 000 lits supplémentaires seront nécessaires dans les maisons de repos pour 2050.

TABLEAU 2.3 : LITS POUR SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES, PAR TYPE D'ORGANISME ET PAR RÉGION¹¹

	Flandre		Wallonië*		Bruxelles		Belgique	
	Lits	%	Lits	%	Lits	%	Lits	%
Privé	9 607	14	23 889	50	9 793	63	43 289	33
Public	23 880	35	13 339	28	3 793	24	41 012	31
ASBL	34 189	51	10 774	22	1 882	13	46 845	36
Total	67 676	100	48 002	100	15 468	100	131 146	100
		52		37		11		100

SOURCE : INAMI, AOÛT 2010

* De Duitstalige Gemeenschap (goed voor 741 bedden in totaal) is hier al inbegrepen.

Tout comme avec la dépendance aux soins, les spécialistes prévoient en la matière une forte hausse des besoins en soins résidentiels pour les personnes âgées. Mestdagh et Lambrecht (2003) s'attendent à une augmentation de plus de 150 % de la demande de lits dans les maisons de repos d'ici 2050, soit plus de 180 000 lits supplémentaires. Pour donner une idée de ce que cela représente concrètement, une maison de repos compte en moyenne 90 lits. Cela signifie que 2 000 maisons de repos supplémentaires seront nécessaires pour 2050 (180 000 / 90). Pour tenir ce planning, 50 maisons de repos doivent donc être construites annuellement au cours des 40 prochaines années, soit presque une par semaine. C'est énorme !

CONSTAT

Si l'on en croit certaines prévisions du Bureau du Plan, il faudra construire en moyenne une maison de repos par semaine au cours des quarante prochaines années, avec la moyenne nationale de 90 lits par maison de repos.

Besoins futurs en matière de soins à domicile en Belgique et dans ses régions

Pacolet, Merckx et Peetermans (2008) définissent les soins à domicile comme la prestation de soins et de services visant spécifiquement à maintenir l'utilisateur dans son environnement naturel. Cela concerne entre autres les soins à domicile proprement dits, le soin familial, l'aide au ménage, les petits travaux, les services de garde, la distribution de repas, etc. Les soins à domicile sont donc un terme générique pour toute

En collationnant différentes données du Bureau du Plan, il en ressort que la Belgique comptera environ 400 000 bénéficiaires de soins à domicile de plus en 2050.

¹¹ Etat le 31/08/2010.

une série de services et couvrent bien plus que les soins à proprement parler. Mestdagh et Lambrecht (2003) ont réalisé une estimation prudente des besoins futurs pour ces *soins à domicile*. Sur base de données de l'INAMI, ils ont estimé que les soins à domicile allaient augmenter d'environ 124 % entre 2001 et 2050, pour atteindre environ 277 000 utilisateurs, une hausse de quelque 154 000 utilisateurs.

Disposer de données statistiques fiables pour prédire les besoins futurs en soins à domicile est une autre paire de manches. La même personne peut faire appel à différents services de soins à domicile et sera donc aussi comptabilisée plusieurs fois. Pour avoir malgré tout une idée de l'ampleur de ces besoins futurs, nous devons recourir à une autre méthode. De ce qui précède, nous connaissons le nombre prévu de personnes tributaires de soins. Nous savons aussi à peu près combien de lits résidentiels seront nécessaires en 2050 pour accueillir une partie des personnes âgées tributaires de soins. En soustrayant le second nombre du premier, nous devrions obtenir une bonne estimation du nombre de personnes âgées tributaires de soins non résidentiels. Nous utilisons pour cela les chiffres de Willemé, les données de Karakaya ne prenant en compte que les personnes modérément à sérieusement tributaires de soins alors que nous savons que de nombreuses personnes âgées légèrement dépendantes de soins font elles aussi appel à des services de soins ou d'aide à domicile (aide ménagère par exemple). Nous devons aussi supposer que le nombre de lits nécessaires dans les maisons de repos ne sera pas différent en 2060, par rapport à 2050, afin de pouvoir utiliser les chiffres dans le même calcul. Cela ne semble pas non plus être une hypothèse exagérée. Il en découle que nous compterons environ 400 000 bénéficiaires de soins à domicile de plus en 2050.

CONSTAT

La demande de services non résidentiels va elle aussi augmenter de manière spectaculaire, avec probablement, près d'un demi-million d'utilisateurs supplémentaires.

En soi, parler de soins n'est pas une question de nombre de lits ou de services ; il s'agit de personnes capables de procurer ces soins. Sans ces personnes, les lits ne servent pas à grand-chose. L'infirmier est au cœur du secteur des soins aux personnes âgées.

CE QUE CELA SIGNIFIE POUR LES PRESTATAIRES DE SOINS

Soins formels ou professionnels

En 2000, environ 85 000 personnes en Belgique étaient actives dans les missions de base de soins aux seniors, c'est-à-dire le personnel soignant et infirmier qualifié. Le personnel administratif, mais aussi les organismes pertinents : services publics, administrations, organisations de seniors, asbl et autres, n'ont pas été repris dans ces calculs. Il s'agit donc ici d'une sous-estimation grossière de l'emploi total. On compte 46 000 infirmiers et soignants actifs dans les maisons de repos et 39 000 dans le secteur des soins à domicile. 60 % des emplois se trouvent en Flandre, contre 40 % en Communautés française et germanophone, comme le montre le tableau ci-dessous.

TABLEAU 2.4 : EMPLOI DES INFIRMIERS ET SOIGNANTS QUALIFIÉS, PAR SECTEUR ET PAR COMMUNAUTÉ (2000)

	Communauté flamande	Communautés française et germanophone	Belgique	Proportion
Maisons de repos	28 364	18 018	46 382	54,3%
Soins à domicile	24 847	14 185	39 032	45,7%
Total	53 211	32 203	85 414	100%
Proportion	62,3%	37,7%	100%	

SOURCE : PACOLET, J. ET AL. (2005)

Bien entendu, bien plus de gens travaillent sur le terrain, directement et indirectement, avec ou pour des personnes âgées ayant besoin de soins. Pensons au personnel hospitalier (167 865 collaborateurs en 2005), au reste du personnel médical (généralistes, spécialistes, kinésithérapeutes, dentistes, pharmaciens, etc.), à « l'industrie pour seniors » (fabricants de déambulateurs, de prothèses, etc.), aux fournisseurs de marchandises et de services aux institutions de soins, à une partie de la Sécurité sociale, etc.¹²

Neuf maisons de repos flamandes sur dix sont actuellement à la recherche d'infirmiers. Selon nos extrapolations, le secteur des soins aux personnes âgées devra néanmoins pouvoir attirer 120 000 travailleurs professionnels d'ici 2050.

Le nombre d'infirmiers qui travaillaient dans le secteur il y a dix ans est cependant totalement insuffisant par rapport au nombre d'infirmiers dont le secteur aura besoin

¹² Le lecteur intéressé trouvera un aperçu plus complet de l'emploi dans le secteur des soins de santé dans Daue, F. & Crainich, D. (2008), p. 31 à 36.

dans dix ans. Les maisons de repos supplient déjà pour avoir du personnel. Neuf maisons de repos sur dix sont actuellement à la recherche d'infirmiers (Van Buggenhout, 2010). Ça promet ! Jo Vandeurzen, le Ministre flamand du bien-être, ne mâche pas non plus ses mots : « Sur base de perspectives économiques régionales du Bureau du Plan, on estime pour les services sociaux et les soins de santé ensemble une croissance de plus de 60 000 emplois pour fin 2014. [...] Aujourd'hui, ce secteur d'activités représente 11,5 % de l'emploi total [...]. Les perspectives prévoient une hausse jusqu'à 13 % en 2014. »

Nous avons nous-mêmes réalisé une estimation prudente sur base des chiffres de l'emploi de Pacolet *et al.* (2005) et des prévisions de Mestdagh et Lambrecht (2003). Si la demande en termes de personnel suit la demande en matière de soins aux personnes âgées, cela signifie qu'il faudra trouver presque 70 000 travailleurs supplémentaires pour les maisons de repos, et presque 47 000 pour les soins à domicile. Au total, cela signifie que le secteur devra être capable d'attirer 120 000 travailleurs. Selon nos calculs, en 2050, plus de 200 000 personnes travailleront professionnellement dans les soins aux seniors.

CONSTAT

Avec 120 000 travailleurs supplémentaires, le secteur des soins aux personnes âgées deviendra l'un des moteurs d'emploi du futur. En admettant que nous sommes capables de payer la demande et de fournir l'offre : les vrais défis politiques se trouvent là.

Soins informels

Le rôle des prestataires de soins informels, les aidants proches, va aussi gagner en importance à l'avenir. Un aidant proche est une personne qui, gratuitement et par amour, apporte des soins à une personne de son entourage. On appelle capital social le nombre d'amis et de membres de la famille d'une personne âgée. Plus ce capital social est grand, plus la probabilité de traverser la vieillesse avec succès est grande. On estime qu'en Europe, environ un quart de la population procure des soins au sein ou en dehors du cercle familial (Alber & Köhler, 2004). Selon Eurostat (2003), les aidants proches sont encore souvent des femmes, et leur âge moyen est de 55 ans. Une autre étude a observé que 6 % des Européens de plus de 25 ans, soit 19 millions de personnes, consacrent au moins 20 heures par semaine aux soins de proximité ; 24 % d'entre eux ont plus de 65 ans. On s'attend à ce que ce nombre augmente de deux millions d'ici

On estime qu'en Europe, environ un quart de la population procure des soins au sein ou en dehors du cercle familial. En raison de la légère convergence des espérances de vie des hommes et des femmes, les personnes âgées vivent actuellement encore plus longtemps avec leur partenaire, alimentant ainsi l'offre de soins informels.

2030, parmi lesquels 31 % de personnes de plus de 65 ans (Grammenos, 2005). Effet secondaire positif du vieillissement de la population : un plus grand réservoir potentiel d'aidants proches parmi les jeunes seniors retraités. En raison de la légère convergence des espérances de vie des hommes et des femmes, les personnes âgées vivent actuellement encore plus longtemps avec leur partenaire (Audenaert & Vanderleyden, 2004), alimentant ainsi l'offre de soins informels.

Selon Lakdawalla et Philipson (2002), ce facteur pourrait bien faire baisser les coûts des soins aux seniors. Pacolet (2008) ne le pense pas. Il est vrai que la réduction du fossé entre les espérances de vie des hommes et des femmes permet aux couples de mieux prendre soin l'un de l'autre. Puisque les couples n'ont plus, ou ont moins, besoin de la compagnie de tiers et peuvent se tenir mutuellement à l'œil, ils souhaiteront aussi être soignés plus longtemps à la maison – et faire appel moins rapidement aux soins hospitaliers. À partir d'un certain degré de dépendance aux soins, il est cependant bien plus coûteux de prendre soin des personnes chez elles que dans une institution. Pacolet aboutit ainsi à l'hypothèse contre-intuitive que la plus grande disponibilité des aidants proches, en premier lieu au sein du couple, pourrait bien entraîner une inflation des coûts. D'autre part, il reste à savoir dans quelle mesure les couples continueront à l'avenir à vieillir ensemble, et dans quelle mesure les enfants souhaiteront prendre soin de leurs parents. Les observations d'Audenaert et Vanderleyden s'appliquent certainement à la génération silencieuse ou (d'avant-)guerre et pour les premiers baby-boomers ; mais *quid* des baby-boomers plus récents et de la génération X qui partira à la retraite à partir de 2020-25 ? Une génération réputée pour son individualisme et son épidémie de divorces abordera-t-elle sa vieillesse en couple et souhaitera-t-elle jouer le rôle d'aidants proches pour ses parents nécessitant des soins ? Et quel en sera l'impact sur les dépenses ? Il est grand temps que nous donnions la parole au Comité d'étude sur le vieillissement pour écouter ce qu'il a à nous dire sur les implications budgétaires en matière de soins et de santé des baby-boomers vieillissants.

CONSTAT

La place des aidants proches dans le paysage futur des soins n'est pas claire. Il ne fait néanmoins aucun doute que le besoin de soins de proximité évoluera proportionnellement avec le besoin global de soins.

CE QUE CELA SIGNIFIE POUR LE CONTRIBUABLE

Moins de Belges devront contribuer pour plus de personnes qui auront besoin de plus de soins et de soins de santé. Entre 2000 et 2060, on observera presque un triplement des dépenses pour les soins à long terme.

Les développements démographiques de ces 65 dernières années font en sorte qu'aujourd'hui, beaucoup moins de personnes actives doivent financer les pensions des baby-boomers. Le degré de dépendance, comme on l'appelle, a augmenté : moins de gens contribuent pour plus de dépenses. Il n'en va pas autrement pour les soins et les soins de santé. Ils sont financés par les cotisations sociales du groupe de Belges actifs qui, proportionnellement, se réduit. En outre, de nombreuses maladies chroniques n'apparaissent qu'à un âge avancé. Le cancer et les maladies de Parkinson et d'Alzheimer sont les affections « propres » aux seniors les plus connues. Il n'est donc pas étonnant que nos aînés « utilisent » le plus les soins de santé. Une double pression s'exerce ainsi sur le budget de l'État, et plus exactement sur la Sécurité sociale.

Que cette dernière soit virtuellement en faillite ressort aussi d'un projet de rapport de la Commission de contrôle budgétaire. L'année de crise 2009 s'est clôturée sur un déficit de 2,2 milliards d'euros pour la Sécurité sociale. On le savait déjà. Sur toute la période 2010-2015, les déficits s'accumuleront pour atteindre en réalité 23,8 milliards. Savoir que nous allons devoir économiser 25 milliards d'euros de manière récurrente en plus de cela pour ne pas accumuler de déficit supplémentaire finit par complètement noircir le tableau.

Le Tableau 2.5 montre que le phénomène de vieillissement fera augmenter les dépenses en matière de soins et de soins de santé de 3,6 % du PIB à partir de 2030, soit plus de dix milliards d'euros sur base annuelle aujourd'hui. Il ressort du Tableau 2.6 que la situation s'assombrit encore dès 2060, avec une charge supplémentaire de 5,5 % du PIB, soit un peu plus de 19 milliards d'euros aujourd'hui. Si nous nous concentrons uniquement sur les soins de longue durée – soit grosso modo les soins aux personnes âgées –, nous voyons que les dépenses augmenteront de près de 0,6 % du PIB à partir de 2030 (une différence de 1,1% du PIB par rapport à 2000). et de près de 2% du PIB dans 50 ans. Ces chiffres, en euros de 2001, représentent respectivement 2 et 7 milliards d'euros par an. Le besoin de financement aura augmenté de 50% en 20 ans et de 160% en 50 ans.

TABLEAU 2.5 : LES COÛTS BUDGÉTAIRES DU VIEILLISSEMENT EN MATIÈRE DE SOINS ET SOINS DE SANTÉ, EN POURCENTAGE DU PIB EN 2030, SELON 8 RAPPORTS CONSÉCUTIFS

Report publication	Apr /02	May/03	Apr/04	May/05	May /06	May /07	May /08	Jun /09	Jun/10 (2060)
Total HC cost compared to 2000	2%	2,5%	3,1%	3,3%	3,3%	3%	2,7%	3,3%	3,6%
LT HC cost compared to 2000				0,8%	0,8%	0,7%	0,7%	0,9%	1,1%
Acute HC cost compared to 2000				2,5%	2,5%	2,3%	2%	2,4%	2,5%

SOURCE : COMITÉ D'ÉTUDE SUR LE VIEILLISSEMENT ET CALCULS PROPRES

TABLEAU 2.6 : LES COÛTS BUDGÉTAIRES DU VIEILLISSEMENT EN MATIÈRE DE SOINS ET SOINS DE SANTÉ, EN POURCENTAGE DU PIB EN 2050, SELON 4 RAPPORTS CONSÉCUTIFS

Report publication	May /06	May /07	May /08	Jun /09 (2060)	Jun/10 (2060)
Total HC cost compared to 2000	4,6%	4,3%	4,2%	5,3%	5,5%
LT HC cost compared to 2000	1,5%	1,3%	1,4%	2%	2,3%
Acute HC cost compared to 2000	3,1%	3%	2,8%	3,3%	3,2

SOURCE : COMITÉ D'ÉTUDE SUR LE VIEILLISSEMENT ET CALCULS PROPRES

Si nous partons du fait que le phénomène de vieillissement de la population coûtera à terme 9,6% du PIB – toujours par rapport à 2000 –, alors les soins aux personnes âgées représenteraient presque un quart du coût global du vieillissement. Rien que d'un point de vue budgétaire, l'attention politique devrait de ce fait bien plus se tourner vers les soins aux personnes âgées. Le vieillissement n'est pas uniquement synonyme de pensions et de soins de santé. Mettre en avant les « eye openers » nécessaires pour que les responsables politiques prennent suffisamment conscience des défis à venir, est l'un des objectifs de ce livre. Il ne s'agit toutefois pas d'un plaidoyer pour du « football panique ». Au contraire, notre intention est de contribuer aujourd'hui de façon constructive au débat, à la lumière des défis socioéconomiques naissants de demain. En toute ouverture, sans tabous ni préjugés idéologiques et toujours le plus en phase avec la réalité de la politique sur le terrain.

☑ CONSTAT

À partir de 2030, les soins de longue durée à eux seuls – soit *grosso modo* les soins aux personnes âgées – coûteront, par rapport à aujourd’hui, presque 0,6 % du PIB de plus, et presque 2 % du PIB de plus à partir de 2060. Soit respectivement 2 et 7 milliards d’euros supplémentaires par an en euros de 2010. Le besoin de financement aura augmenté de 50 % d’ici à 20 ans et de 160 % d’ici à 50 ans.

CONSÉQUENCE POUR LA CROISSANCE ET L’INNOVATION

À mesure que les gens partiront à la retraite, et que de moins en moins de jeunes prendront leur place, la population active va se réduire, ce qui fera baisser la croissance économique à moins d’une hausse plus rapide de la productivité. L’OCDE a calculé qu’à cause de ce phénomène la croissance économique des trois prochaines décennies sera inférieure de 30 % à celles des trois dernières décennies.

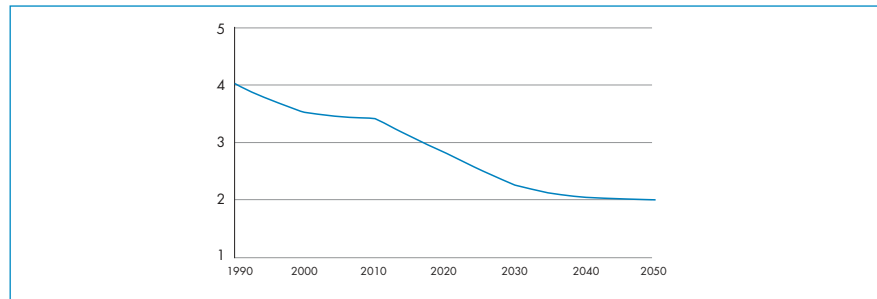
Il nous reste encore à discuter d’une conséquence importante de la vague de vieillissement : *quid* de l’innovation et de la croissance ? Une question importante car plus la croissance économique est élevée, plus les cotisations sociales nécessaires au financement des soins aux personnes âgées sont importantes. À l’inverse, une faible croissance pourrait avoir des conséquences désastreuses pour le maintien de notre bien-être.

Entre aujourd’hui et 2050, la proportion entre les personnes en âge de travailler et la population de seniors diminuera fortement. Nous comptons aujourd’hui environ 3,4 personnes âgées de 20 à 65 ans par senior de plus de 65 ans. Avant 2020, ce taux passera sous la barre des 3 personnes et d’ici 2050, chaque couple en âge de travailler sera responsable d’un senior. C’est ce qui ressort de la Figure 2.5. À long terme, le danger d’une main-d’œuvre insuffisante peut mettre en péril le potentiel de croissance économique. Il faudra produire relativement bien plus par personne qu’on ne le fait aujourd’hui pour pouvoir cotiser plus auprès de notre Sécurité sociale. À mesure que les gens partiront à la retraite, et que de moins en moins de jeunes prendront leur place, la population active se réduira, ce qui fera baisser la croissance économique à moins d’une hausse plus rapide de la productivité. Les gens seront découragés de travailler et d’entreprendre pour créer du bien-être – cela rapporte moins ! – ce qui se ressentira comme un réel frein à la croissance à l’échelle macroéconomique. L’OCDE a calculé qu’à cause de ce phénomène la croissance économique des trois prochaines décennies sera inférieure de 30 % à celle des trois dernières décennies¹³. Ces chiffres concordent avec les projections de la Commission européenne pour la Belgique (Figure 2.6 : croissance

¹³ The Economist (25/06/2009).

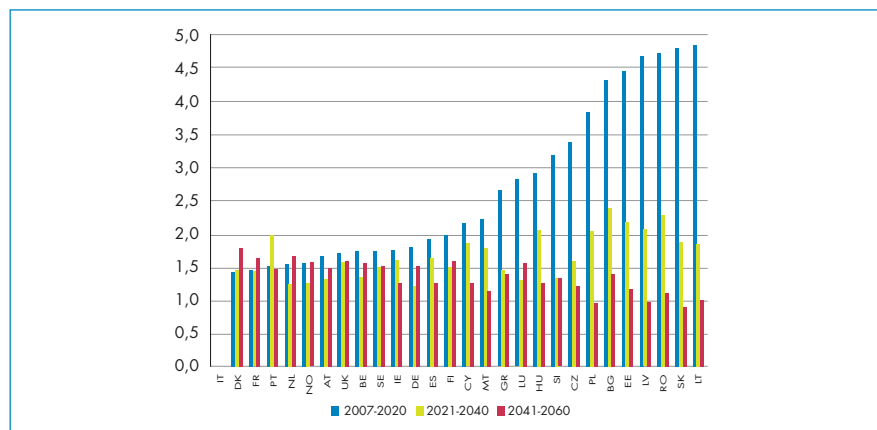
prévue du PIB par habitant dans l'UE des 27). Il en ressort que la croissance prévue du PIB par habitant ne dépassera pas 1,7 % en moyenne au cours des 50 prochaines années, et se situera plus près de 1,5 %. Le taux de croissance potentiel moyen du PIB potentiel des 30 dernières années oscillait pour sa part autour de 2 %¹⁴ (Bureau fédéral du Plan, 2010) – une baisse attendue d'environ 25 % donc !

FIGURE 2.5 : TAUX DE DÉPENDANCE (NOMBRE DE PERSONNES ENTRE 20 ET 65 ANS PAR RAPPORT AU NOMBRE DE PERSONNES DE PLUS DE 65 ANS)



SOURCE : INS (2001), PERSPECTIVES DÉMOGRAPHIQUES (2000-2050)

FIGURE 2.6 : CROISSANCE PRÉVUE DU PIB PAR HABITANT DANS L'UE DES 27



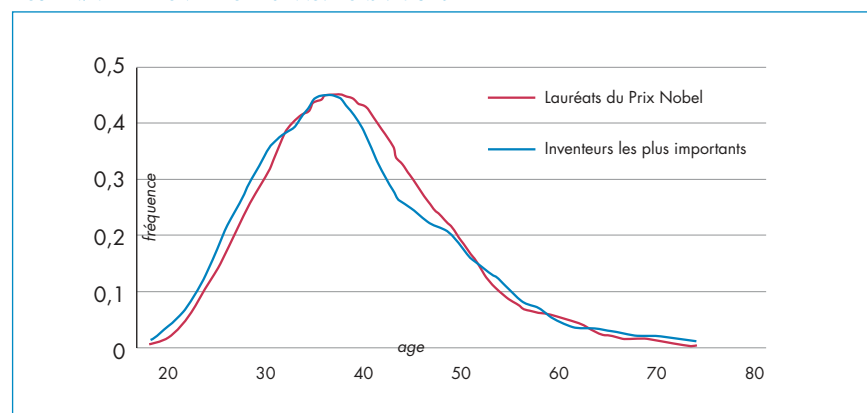
SOURCE : COMMISSION EUROPÉENNE (2009)

¹⁴ 2,0 % pour la période 1981-90, 2,2 % pour la période 1991-2000 et 1,9 % pour la période 2001-09.

Une population vieillissante est en moyenne aussi une population moins innovante.

Mais le potentiel économique est en réalité encore plus faible que ce que nous pourrions penser au premier abord. Au sein même de la population active, la structure démographique change aussi d'une manière qui ne présage rien de bon en ce qui concerne justement cette croissance prévue de la productivité. Prenons la cohorte des personnes entre 30 et 45 ans. Dans chaque société, il s'agit de la tranche d'âge où l'on trouve la plus grande concentration d'innovations et de grandes percées créatives. Jones (2005) a rassemblé des données sur les lauréats de Prix Nobel et les inventeurs des brevets les plus importants et a observé que la très grande majorité d'entre eux avaient entre 30 et 45 ans au moment de leurs accomplissements les plus mémorables (Figure 2.7).

FIGURE 2.7 : RÉPARTITION PAR ÂGE DES INNOVATIONS MAJEURES



SOURCE : JONES, B. (2005)

Malheureusement pour nous, le groupe des hommes et des femmes appartenant à cette tranche d'âge créative va rapidement se restreindre au cours des vingt prochaines années. Selon Eberstadt et Groth, il s'agirait d'une baisse de 20 à 25 % suivant les pays. En Belgique, les 30 à 45 ans représentent 30 % de la population. En 2040, ils seront à peine 24 %. En d'autres termes, nous n'échappons pas non plus au phénomène, et il existe un réel danger que notre capacité d'innovation et la croissance de notre productivité en souffre, ce qui entraînerait à nouveau des effets néfastes pour notre économie.

☑ CONSTAT

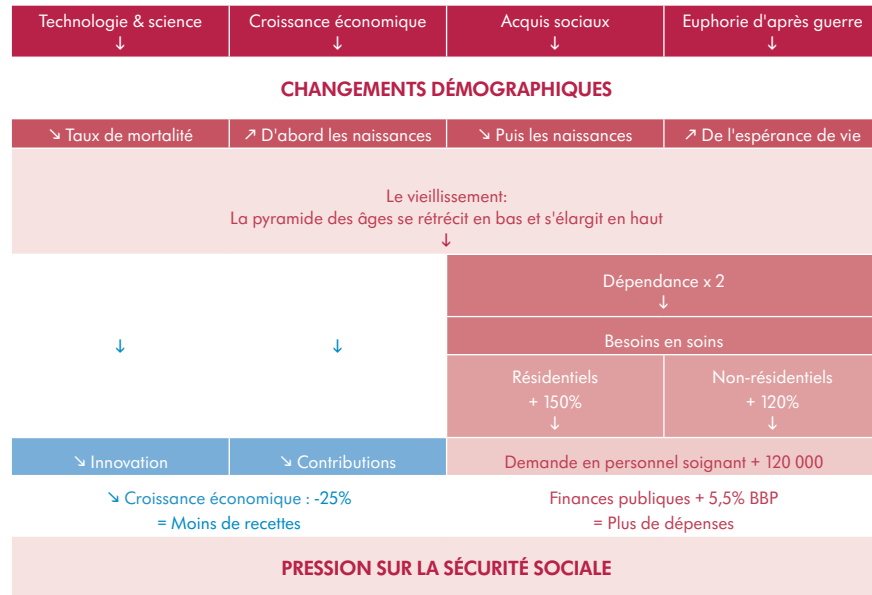
La menace d'une main-d'œuvre insuffisante, dynamisée par un taux de dépendance croissant, met en danger le potentiel de croissance économique. L'OCDE a calculé qu'à cause de ce phénomène, la croissance économique des trois prochaines décennies sera inférieure de 30 % à celle des trois dernières décennies. En outre, une population vieillissante est aussi une population moins innovante, et donc moins productive.

CONCLUSION : LES CHIFFRES DU RÉALISME

Les chiffres qui ont été discutés dans ce chapitre en disent long : la vague de vieillissement qui s'annonce a tout d'un tsunami. Si nous ne nous préparons pas correctement, elle laissera derrière elle un désastre économique et social. D'une part, les dépenses augmenteront de manière spectaculaire et d'autre part, il est très probable que les revenus baisseront eux aussi, car nous allons devoir lutter contre un potentiel de croissance économique plus faible. L'effet domino, ou l'effet cascade, du glissement démographique sur le secteur des soins aux personnes âgées, sur la dynamique de notre économie et sur les perspectives budgétaires est illustré à la Figure 2.8 ci-dessous. Le glissement de la pyramide des âges suite aux changements économiques et sociaux d'après-guerre, a rendu – et rend encore – notre société plus dépendante des soins. De ce fait, la demande d'infrastructures et de personnel soignant a atteint des sommets. Les équipements de soins aux personnes âgées, en grande partie financés par l'État, doivent suivre, ce qui ne restera pas sans conséquences budgétaires. C'est aussi pourquoi la question de savoir où placer le financement est importante. La question de savoir qui devra payer quoi en premier lieu est inévitable et le débat devra être mené sans tabous.

La question de savoir qui devra payer quoi en premier lieu est inévitable et le débat devra être mené sans tabous. D'un point de vue macroéconomique, même les stratégies de vieillissement les plus optimistes – basées sur des prémisses irréalistes –, estiment qu'il y aura un sous-financement de 20 %.

FIGURE 2.8 : LES CHIFFRES DU RÉALISME¹⁵



D'un point de vue macroéconomique, même les stratégies de vieillissement les plus optimistes – basées sur des prémisses irréalistes – estiment qu'il y aura un sous-financement de 20 % (Conseil supérieur des Finances, 2009). Le tsunami arrive, il est inévitable, mais nous ne sommes pas obligés de nous noyer. Dans la partie suivante, nous aborderons toute une série de propositions politiques stratégiques qui doivent nous permettre de garder la tête hors de l'eau. Mieux encore, nous verrons que les soins aux personnes âgées cachent de nombreuses opportunités sociales, politiques et économiques qui, moyennant l'encadrement adéquat, pourraient faire de ce secteur l'un des piliers de l'économie belge. Mais d'abord, nous devons examiner la solidité actuelle de nos dignes institutionnelles. C'est le sujet du chapitre suivant.

¹⁵ Les chiffres mesurent la différence entre 2000 et 2050.



03

NOS DIGUES INSTITUTIONNELLES SONT-ELLES SOLIDES ?

« Nous parlerons contre les lois insensées jusqu'à ce qu'on les réforme et en attendant, nous nous y soumettrons aveuglément. »

Denis Diderot



Les défis du secteur des soins aux personnes âgées sont désormais connus : une forte hausse de la dépendance aux soins, et donc de la demande de personnel soignant, d'infrastructures nouvelles et de moyens supplémentaires. Les temps s'annoncent plein de défis, mais prospères pour le secteur : une croissance continue et garantie pendant des décennies ! Certains sous-estiment probablement encore la pression qui sera exercée sur le secteur. Face à ces défis se trouve bien entendu un système qui tient bon depuis plusieurs décennies déjà et qui, avec nos soins de santé, faisait figure d'exemple international il n'y a pas si longtemps. Le secteur ne doit pas avoir honte d'aborder les défis en utilisant ses propres forces. Dans ce chapitre, nous passerons en revue les principales forces de notre système de soins aux personnes âgées aujourd'hui, et les faiblesses pouvant constituer un danger pour l'avenir. Analyser la solidité de nos digues institutionnelles, ou systémiques, est la meilleure façon de développer une vision et une stratégie politiques adaptées. C'est ce que nous ferons au moyen d'une analyse SWOT.



RELATIVEMENT SOLIDES À CERTAINS ENDROITS...

Les temps s'annoncent pleins de défis, mais prospères pour le secteur : une croissance continue et garantie pendant des décennies !

La Belgique compte presque 15 infirmiers en exercice pour 1 000 habitants, 50 % de plus que la moyenne de l'OCDE. Elle se positionne ainsi à une louable 4^e place.

Des soins aux personnes âgées de bonne qualité

Cela devient presque un cliché, mais notre État providence offre encore toujours des soins et des soins de santé de grande qualité. Le poète romain Virgile n'a-t-il pas dit à juste titre que la santé était la plus grande des richesses ? Dans le chapitre introductif, nous avons déjà vu qu'il n'était pas évident de mesurer précisément la qualité. Les indicateurs de qualité cliniques les plus objectifs qui existent ne peuvent être transposés tels quels aux infrastructures de soins aux personnes âgées. Une tentative quantitative prudente nous apprend que la Belgique compte presque 15 infirmiers en exercice pour 1 000 habitants, ce qui nous positionne à une louable 4^e place dans le classement de l'OCDE. Les infirmiers constituent véritablement le noyau des soins aux personnes âgées. On peut supposer qu'il existe une corrélation positive entre le nombre d'infirmiers, supérieur de moitié en Belgique à la moyenne de l'OCDE, et le temps qu'un infirmier peut consacrer à un senior, et par conséquent aussi en grande partie avec la qualité des soins procurés. L'OCDE ne dit cependant pas combien de ces infirmiers travaillent dans le secteur des soins aux personnes âgées. Selon Pacolet *et al.* (2005), il s'agit à peu près de la moitié du personnel infirmier et soignant. L'autre moitié serait active en milieu hospitalier. Attention : nous ne disons pas ici qu'il y a assez de personnel ou qu'aucun manque de personnel n'est à craindre pour l'avenir¹⁶. Nous disons seulement que si le nombre d'infirmiers était un étalon de qualité, le score de la Belgique par rapport à l'étranger serait tout sauf mauvais.

Sur base de l'Eurobaromètre (2007), on constate que les seniors belges sont satisfaits de la qualité des soins procurés. Nous comptons le plus faible nombre de mécontents après la France. Plus de 90 % des infirmiers trouvent également que la qualité des soins est bonne, voire excellente.

Si l'on s'intéresse à la qualité subjective, ou perçue, les suppositions faites ci-dessus sont plutôt confirmées. Sur base de l'Eurobaromètre (2007), on constate que les seniors belges sont satisfaits de la qualité des soins procurés. Nous comptons le plus faible nombre de mécontents après la France (Figure 3.1). Si l'on se penche un peu plus sur ces chiffres, on remarque que les résultats sont bons aussi bien pour les soins à domicile que pour les institutions de soins (Tableau 3.1 et Tableau 3.2), et que les seniors belges sont plus de deux fois plus nombreux que les Danois ou les Allemands à qualifier de bonne la qualité des soins. Mais les bénéficiaires des soins ne sont pas les seuls à en apprécier la qualité, les prestataires de soins partagent cette opinion. Dans une enquête

¹⁶ Voir chapitre suivant.

de Van Buggenhout (2010), les infirmiers disent que la qualité des soins procurés est bonne (80,7 %), voire excellente (11,2 %). Seuls 8,1 % d'entre eux ne qualifient les soins procurés que de « raisonnables », et aucun ne donne le score « mauvais ».

☑ CONSTAT

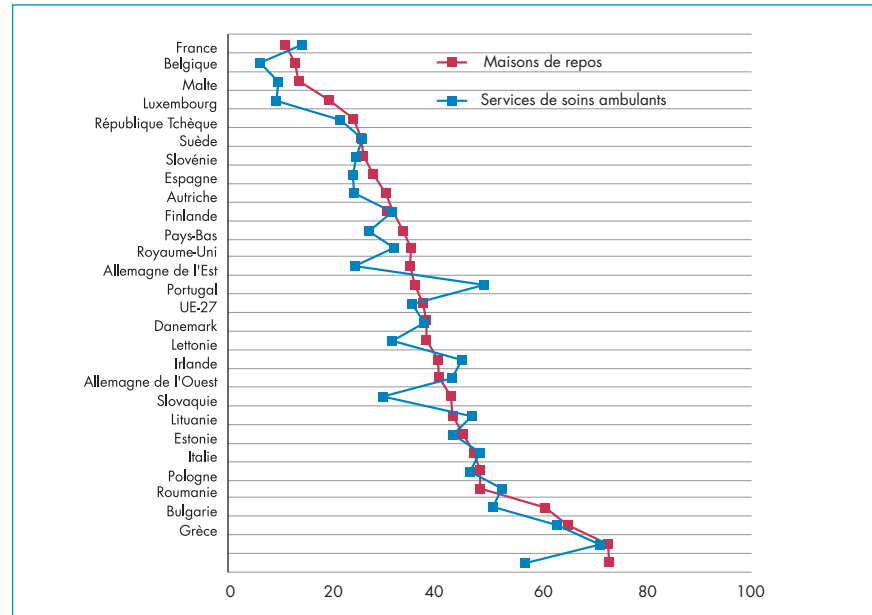
Considérer les soins belges comme étant de bonne qualité n'a rien d'un chauvinisme mal placé, ce constat saute effectivement aux yeux. Les indicateurs de qualité internationaux, tout comme les enquêtes subjectives chez les citoyens et les prestataires de soins, le confirment.

🕒 OBJECTIF

Conserver cette qualité plus que correcte à l'avenir, et éventuellement la renforcer, doit rester l'un des principaux objectifs politiques. En outre, nous pouvons jouer la carte de la qualité des soins au niveau international en attirant des seniors aux moyens financiers importants dans notre pays, et exporter notre savoir-faire en matière de soins aux personnes âgées. Ainsi, la qualité n'est pas uniquement un accomplissement social, mais se transforme également en opportunité économique.

La qualité n'est pas seulement un accomplissement social, c'est aussi une opportunité économique.

FIGURE 3.1 : QUALITÉ DES ÉQUIPEMENTS DE SOINS EN UE



SOURCE : DITTMANN, J., 2008

TABLEAU 3.1 : QUALITÉ DES SOINS À DOMICILE

	Belgique	Pays-Bas	France	Allemagne	Danemark	Royaume-Uni	Flandre	Moyenne
Bonne	77	49	58	47	36	38	74	50,8
Mauvaise	5	18	10	18	21	18	4	15
Aucune idée	18	33	32	35	43	44	22	34,2
	100	100	100	100	100	100	100	100

SOURCE : COMMISSION EUROPÉENNE

TABLEAU 3.2 : QUALITÉ DES INSTITUTIONS DE SOINS

	Belgique	Pays-Bas	France	Allemagne	Danemark	Royaume-Uni	Flandre	Moyenne
Bonne	75	46	78	37	34	30	70	50
Mauvaise	11	22	10	26	20	16	10	17,5
Aucune idée	14	32	12	37	46	54	20	32,5
	100	100	100	100	100	100	100	100

SOURCE : COMMISSION EUROPÉENNE

Des soins pour tous

Dans le chapitre introductif, nous avons argumenté que la seconde vertu – des soins aux personnes âgées accessibles – possédait deux facettes : l’accessibilité financière et la disponibilité.

- **Des soins aux personnes âgées abordables**

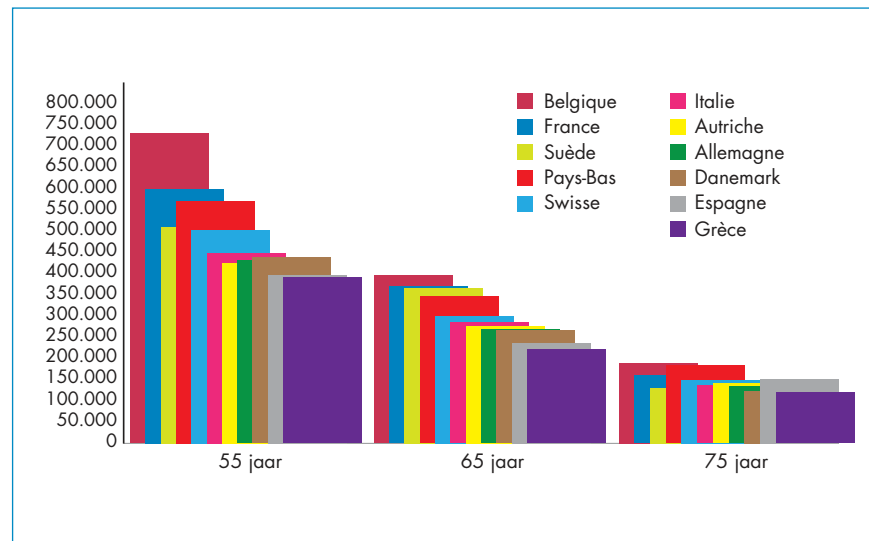
Les plus de 60 ans revendiquent 35 % des revenus immobiliers et même 55 % des revenus mobiliers. Aucune autre catégorie d’âge ne possède en moyenne autant de moyens que nos seniors. Même au niveau international, nos seniors s’en sortent plutôt bien (Figure 3.2). Néanmoins, on entend de plus en plus souvent que les soins aux personnes âgées ne sont plus abordables et que de nombreuses personnes âgées vivent dans la pauvreté. Sur base de l’enquête EU-SILC de 2008, portant sur les revenus de 2007, il apparaît que 21 % des Belges de plus de 65 ans courent un risque de pauvreté, soit 6 % de plus que la moyenne de la population¹⁷ (Conseil supérieur des Finances, 2010). La seule explication

Le risque de pauvreté chez les plus de 65 ans est de 21 %. La politique doit par conséquent toujours veiller à ce que la situation des plus vulnérables ne se dégrade pas et que les soins aux personnes âgées restent abordables pour ces personnes.

¹⁷ Cela signifie que leur revenu disponible équivalent se situe sous le seuil de la pauvreté, soit 899 euros par mois en 2007.

possible pour ce paradoxe est que la richesse est distribuée de manière très inégale entre les seniors. Certains seniors vivent largement et continueront à le faire lorsqu'ils auront besoin de soins ; pour d'autres, les soins sont tout simplement pratiquement impayables. Les pouvoirs politiques doivent par conséquent toujours veiller à ce que la situation des plus vulnérables ne se dégrade pas. Les autorités compétentes peuvent mettre en œuvre des mesures spécifiques pour diriger les soins aussi vers les seniors les plus faibles. Via une solidarité intelligente, les pouvoirs politiques ne doivent pas en faire plus pour tous, mais doivent veiller à ce que chacun soit en mesure d'en faire plus pour lui-même.

FIGURE 3.2 : PROFIT FUTUR DE LA VIE SELON L'ÂGE, EXPRIMÉ EN TERMES MONÉTAIRES



SOURCE : COVIVE (2009)

Plus de 80 % des pensions sont inférieures au prix moyen d'une maison de retraite. Il serait cependant trop simpliste d'insinuer que les soins aux personnes âgées sont inabornables pour tous ces gens.

Si l'on observe le Cadastre des pensions (2008), on observe en effet que 81,3 % de nos aînés doivent s'en sortir avec une pension inférieure au prix moyen d'une maison de retraite, soit environ 1 250 € par mois. Il serait cependant trop simpliste d'insinuer que les soins aux personnes âgées sont inabornables pour tous ces gens, et ce pour deux raisons. Premièrement, nous avons déjà vu qu'une prise en charge en maison de repos n'est qu'une des alternatives de soins aux personnes âgées, à laquelle en outre on ne fait appel que très tard dans le processus de vieillesse. Il existe des formes de soins aux

personnes âgées plus proches des besoins de soins de la plupart des seniors et plus avantageuses financièrement, aussi bien pour l'utilisateur que pour la communauté. Deuxièmement, il ne faut pas perdre de vue que la pension n'est souvent pas la seule source de revenus des seniors. En outre, différentes initiatives politiques ont été prises dans un passé récent afin de maintenir l'accessibilité financière des soins aux personnes âgées en Belgique, et même de la renforcer (Willemé, 2010). Depuis le 1^{er} janvier 2008, les indépendants sont aussi couverts pour les « petits risques » via l'assurance-maladie ; les seniors avec une carrière d'indépendant peuvent donc s'y appuyer pour le remboursement des soins infirmiers en institution. On se souvient aussi de l'introduction de la Facture maximum en 2001 qui permet de plafonner la contribution propre des malades chroniques, et donc aussi de nombreux seniors dépendants de soins, en fonction des revenus.

Parmi les personnes interrogées, 59 % trouvent les soins à domicile abordables et 18 % les trouvent inabordables. Le résultat est moins évident pour les institutions de soins. Le résultat de la Belgique est supérieur à la moyenne pour l'accessibilité et pour l'inaccessibilité.

Mais qu'en pensent les seniors ? Il ressort du Tableau 3.3 que l'accessibilité financière des soins à domicile en Belgique est estimée positivement par la plupart des gens. Parmi les personnes interrogées, 59 % trouvent les soins à domicile abordables et 18 % les trouvent inabordables. En cela, la Belgique fait mieux que la moyenne des pays analysés et que la plupart de ces pays. Le résultat est moins évident pour les institutions de soins (Tableau 3.4). En termes d'accessibilité financière, le résultat de la Belgique est supérieur de 10 points à la moyenne de 29 %. En revanche, le score de la Belgique est bien plus mauvais que la moyenne des six pays étudiés en termes d'inaccessibilité. Seuls les Allemands interrogés trouvent leurs institutions de soins encore plus « inabordables ».

CONSTAT

L'accessibilité financière des soins aux personnes âgées en Belgique est globalement considérée de manière légèrement positive.

OBJECTIF

L'accessibilité financière des soins aux personnes âgées en Belgique doit au moins être maintenue à son niveau actuel. Cela ne signifie pas que l'accessibilité financière actuelle doit évoluer de manière linéaire à l'avenir. C'est en premier lieu aux personnes âgées les plus faibles qu'il faut garantir des soins abordables. Pour les autres personnes âgées, il faut développer un système qui leur permette d'assurer une partie de leurs vieux jours par eux-mêmes, facilement, efficacement et sans trop de risques. Les pouvoirs politiques

ne doivent pas en faire plus pour tous, mais doivent veiller à ce que chacun soit en mesure d'en faire plus pour lui-même. Ils doivent donc mettre en œuvre le « Test de Matthieu plus » : la dégradation de la situation des plus dépendants est-elle évitée, et les autres ont-ils en main les instruments pour aller par eux-mêmes de l'avant ?

TABLEAU 3.3 : ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE DES SOINS À DOMICILE

	Belgique	Pays-Bas	France	Allemagne	Danemark	Royaume-Uni	Moyenne
Gratuits	4	10	3	7	21	15	10
Abordables	55	46	39	26	35	19	36,7
Inabordables	18	16	20	43	2	18	19,5
Aucune idée	23	28	38	24	42	48	33,8
	100	100	100	100	100	100	100

SOURCE : COMMISSION EUROPÉENNE

TABLEAU 3.4 : ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE DES INSTITUTIONS DE SOINS

	Belgique	Pays-Bas	France	Allemagne	Danemark	Royaume-Uni	Moyenne
Gratuits	1	11	3	7	13	10	7,5
Abordables	39	38	42	12	31	12	29
Inabordables	46	14	39	59	7	27	32
Aucune idée	14	37	16	22	49	51	31,5
	100	100	100	100	100	100	100

SOURCE : COMMISSION EUROPÉENNE

- **Des soins aux personnes âgées disponibles**

Le deuxième pilier important de l'accessibilité concerne la disponibilité. Existe-t-il suffisamment d'infrastructures de soins aux personnes âgées ? L'offre est-elle suffisamment étendue, ou sommes-nous déjà face à une pénurie ?

Pour veiller à ce qu'il n'y ait pas de manque, ni de suroffre, les pouvoirs publics programment l'offre de soins aux personnes âgées sur base de l'évolution prévue des différentes catégories d'âge. Comme nous l'avons déjà dit à plusieurs reprises, la dépendance aux soins dépend en effet en grande partie de l'âge. Ainsi, les pouvoirs publics wallons, bruxellois et flamands calculent chaque année leurs chiffres de programme sur base des pronostics démographiques à cinq ans, ce qui signifie que les pouvoirs publics évaluent chaque année la quantité de soins aux personnes âgées qui sera nécessaire cinq ans plus tard. De cette manière, on devrait avoir assez de temps pour concrétiser dans les faits les infrastructures de logement programmées.

Il n'existe pas de bilan concret du nombre de personnes âgées en attente de soins et du nombre (ou du manque) d'équipements pour y répondre. Nous n'avons à notre disposition que des suppositions.

La programmation se fait *grosso modo* par type d'institution (maison de repos, centre de soins de jour, apart-hôtel, etc.) ou par type de service (soins infirmiers à domicile, accompagnement psychosocial, aide aux petits travaux, etc.) et par unité administrative. Si les perspectives démographiques sont bien évaluées, une sous-offre devrait en principe être exclue. En somme, une large disponibilité et une dispersion suffisante des services de soins aux personnes âgées sont déjà intégrées dans la politique actuelle.

Cependant, ce n'est pas parce qu'un certain nombre de places a été prévu à l'avance que celles-ci auront été réalisées cinq ans plus tard et qu'aucun manque ne peut se faire sentir. En raison des nombreuses autorisations que la construction et l'exploitation de centres de logement et de soins exigent, il peut facilement se passer douze ans avant que ces centres soient prêts à être utilisés. Certains reprochent en outre aux critères de programmation appliqués par les pouvoirs publics pour définir l'offre d'être uniquement budgétaire. La manière la plus évidente de vérifier si les normes de programmation veillent effectivement à ce qu'il n'existe aucune pénurie, est de se tourner vers les listes d'attente. Plus facile à dire qu'à faire : en effet, « il n'existe pas de bilan concret du nombre de personnes âgées [...] en attente de soins et du nombre (ou du manque) d'équipements pour y répondre. Nous n'avons à notre disposition que des suppositions » (Van Riet, 2002). Vleeshouwers (2008) estime que 27 000 personnes se trouvent sur une liste d'attente pour la seule province d'Anvers, mais pense aussi que le nombre de personnes désirant réellement une prise en charge dans une maison de repos est considérablement moins élevé. Entre autres parce que certains se trouvent sur plusieurs listes d'attente, ou se trouvent sur une liste à titre préventif sans avoir réellement l'intention de déménager. Il ressort d'une enquête des magazines *Trends* et *Le Généraliste* (2006) que presque 68 % des généralistes interrogés pensent qu'il n'y a pas suffisamment de places dans les maisons de repos et de soins de sa région. Une sous-offre n'est pas seulement un frein pour l'accessibilité du système, elle est aussi peu *coût-efficace*. Toute une partie des personnes âgées dépendantes de soins attendent à l'hôpital qu'une place se libère dans un centre de logement et de soins. Les nuitées en milieu hospitalier sont toutefois bien plus chères, aussi bien pour le senior que pour la Sécurité sociale. Ici encore, il ne s'agit pas de l'utilisation la plus efficace des ressources rares. Selon l'enquête de *Trends* et *Le Généraliste*, le problème de pénurie est du reste sensiblement plus important en Flandre qu'en Belgique francophone. Devroey *et al.* (2001) estiment aussi que les listes d'attente pour les soins résidentiels et non résidentiels aux personnes âgées en Flandre sont probablement un peu plus longues qu'en Wallonie.

Personne ne met donc en doute l'existence de listes d'attente. Mais tout le monde hésite quant à leur longueur précise et leur pertinence comme baromètre de disponibilité.

Cela signifie que la norme de programmation n'est plus adaptée aux besoins en soins. Certains plaident pour moins de places pour les groupes d'âges plus jeunes et plus de places pour les groupes plus âgés. D'autres plaident par contre pour une suppression de la norme.

Personne ne met donc en doute l'existence de listes d'attente. Mais tout le monde hésite quant à leur longueur précise et leur pertinence comme baromètre de disponibilité. Selon un des spécialistes belges en la matière, Jozef Pacolet (2010), la programmation de places dans les centres de logement et de soins est pour le moment encore supérieure à l'usage actuel, et une adaptation de la norme de programmation en fonction de l'âge est indispensable. Concrètement, Pacolet suggère moins de places pour les groupes d'âge plus jeunes et plus de places pour les groupes plus âgés. Ce qui correspond à la tendance observée d'un « vieillissement dans le vieillissement », c'est-à-dire que bien plus de personnes très âgées auront besoin de plus de soins à l'avenir. « La programmation devrait être encore plus précise sur base de l'intensité des soins, de la forme des soins ou de la dépendance du résident », conclut-il.

D'autres plaident pour une suppression complète de la norme de programmation, à l'image de l'Allemagne. Certains prestataires de soins demandent et obtiennent des permis préalables pour une extension ou pour un nouveau projet, mais conservent ensuite ces autorisations dans leur portefeuille pendant 8 ans – leur durée de validité maximum. Certains prestataires de soins ont besoin de tout ce temps, et parfois plus, pour recueillir toutes les autorisations nécessaires. Mais comme personne ne peut être obligé de concrétiser les permis obtenus, certains acteurs s'accaparent le marché pour en interdire l'accès à la concurrence. Et les victimes de ces pratiques ne sont pas les concurrents, mais bien les seniors tributaires de soins. L'accaparement malintentionné limite l'offre, et rallonge ainsi les listes d'attente. En outre, cela crée une rente économique pour les prestataires de soins déjà présents : ils peuvent exiger des prix plus élevés en raison de la limitation artificielle de l'offre. Un quota décourage en outre les nouveaux acteurs à venir sur le marché artificiellement saturé. Il s'ensuit ce que les économistes appellent une « perte dynamique de bien-être ». Concrètement, cela signifie qu'en raison d'un manque de concurrence, les prestataires de soins existants ne sont pas incités à repenser constamment leur produit. En d'autres termes, l'innovation est bridée, avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur la qualité et l'accessibilité des soins. Le revers de la médaille de la suppression des normes de programmation est naturellement qu'elle pourrait entraîner une suroffre, comme nous l'avons déjà dit plus haut, ce qui serait à nouveau dommageable pour le contribuable. Du moins dans le modèle actuel.

Un système axé sur la demande n'a en effet pas son pareil pour en percevoir les évolutions.

Dans le sixième et dernier chapitre de ce rapport, nous proposons des modèles alternatifs de soins aux personnes âgées. Dans le cadre de ces propositions, les nouvelles modalités de financement et de dépenses sont fondamentales. Concrètement, nous proposons de financer les soins aux personnes âgées via un nouveau système d'assurance organisé soit par les pouvoirs publics (nouveau pilier au sein de la Sécurité sociale), soit via les assureurs privés, soit via une combinaison hybride des deux. En plus, le centre de gravité de la responsabilité en matière de dépenses ne se situerait plus dans le camp des institutions, comme c'est le cas aujourd'hui, mais bien chez les utilisateurs. Le but est de faire évoluer le secteur des soins aux personnes âgées d'un modèle basé sur l'offre à un modèle axé sur la demande. Dans ce cas de figure, une suroffre ne coûterait pas plus, ni pour l'utilisateur, ni pour le contribuable, puisque seul le volume des besoins de la population en termes de soins entre en ligne de compte pour le financement total – et ce volume reste fixe (en d'autres mots, il ne peut être manipulé par les prestataires de soins). Les prestataires excédentaires ne parvenant pas à attirer les utilisateurs nécessaires disparaissent alors d'eux-mêmes. À l'inverse, en cas de sous-offre, il en résulte une rente pour les prestataires de soins présents puisque la demande est alors par définition supérieure à l'offre. Tout étudiant en première année d'économie sait que cette rente va attirer de nouveaux acteurs jusqu'à ce que demande et offre soient en équilibre et jusqu'à disparition complète de cette rente. Un système axé sur la demande n'a en effet pas son pareil pour en percevoir les évolutions.

☑ **CONSTAT**

Nous constatons que nous manquons d'une vision claire de la disponibilité des équipements de soins aux personnes âgées existants. Nous présumons qu'il n'y a pas pour le moment de trop grande pénurie, mais en prévision du futur, nous ne pouvons pas continuer à tâtonner.

🕒 **OBJECTIF**

Mesurer, c'est savoir. La lumière doit être faite sur les besoins réels en termes de soins aux personnes âgées. Ces besoins doivent pouvoir être suivis en toute transparence, année après année. Le système doit être suffisamment flexible pour s'y adapter rapidement pour que les seniors et le contribuable de demain ne soient pas confrontés à une sous-offre ou à une suroffre.

☺ RECOMMANDATIONS

- Si nous décidons de conserver le système actuel dans ses grandes lignes – une possibilité qui n’a certainement pas notre préférence –, il est indispensable d’entamer une discussion sérieuse concernant le maintien ou non de la norme de programmation dans les soins résidentiels aux personnes âgées. Nous proposons pour commencer un forum réunissant toutes les parties impliquées (autorités compétentes et parties prenantes), afin de pouvoir trouver un nouveau compromis en matière de programmation. C’est nécessaire si nous voulons conserver l’accessibilité raisonnable de nos soins aux personnes âgées. Si nous choisissons d’être ambitieux et d’anticiper, nous opterons pour le passage à un système centré sur la demande qui n’a pas son pareil pour répondre à ses évolutions. Une norme de programmation est alors totalement superflue.
- Deuxièmement, nous proposons dans l’intervalle de dresser une liste d’attente centrale au niveau régional, la transparence étant le facteur absent dans la réalité de ces listes d’attente. Suivant les résultats de l’enquête de Van Buggenhout (2010b), cette liste d’attente centralisée doit être purement informative. À terme, il nous faudra en effet évoluer vers un système axé sur la demande.

En conclusion, la disponibilité ne constitue pas encore un problème, malgré l’existence de listes d’attente, et la Belgique profite encore globalement de soins aux personnes âgées accessibles. Cela ne signifie pas pour autant que « tout va bien dans le meilleur des mondes », comme le dirait Candide de Voltaire. Les besoins estimés en termes d’infrastructures détaillés au chapitre précédent, sont en effet gigantesques. C’est pourquoi il est essentiel de mener une discussion sérieuse et sans tabous sur la norme de programmation, pour éviter le danger d’indisponibilité ou de sous-disponibilité.

• Des soins aux personnes âgées accessibles

Des soins aux personnes âgées dispersés et facilement accessibles : il ne s’agit pas là uniquement d’un paramètre d’accessibilité. Dans le chapitre introductif, nous avons aussi expliqué pourquoi la dispersion est importante pour la qualité des soins. Il ressort de l’étude de la Commission européenne (2007) que la Belgique partage avec la France la première place européenne en termes d’accessibilité géographique et physique pour ses services de soins aux personnes âgées. Pour 74 % des personnes interrogées, l’accessibilité des services de soins à domicile est « aisée ». C’est le score

Il ressort de l’étude de la Commission européenne (2007) que la Belgique partage avec la France la première place européenne en termes d’accessibilité géographique et physique pour ses services de soins aux personnes âgées.

le plus élevé pour l'UE des 27. L'accessibilité des soins intramuros aux personnes âgées est décrite comme « aisée » par 61 % des personnes interrogées. Avec ce score, les institutions belges arrivent à une honorable seconde place, juste derrière la France. D'un point de vue politique, il s'agira de conserver au mieux cet atout, sans toutefois ignorer le *trade-off* budgétaire indispensable dont nous avons discuté auparavant. Et ici aussi, il nous faut revenir sur la norme de programmation. Celle-ci veille en effet à ce que les infrastructures soient suffisamment dispersées, et tient compte en théorie des préoccupations budgétaires importantes (bien qu'en pratique, on atteigne parfois l'effet inverse en utilisant ces préoccupations de manière perverse). Cet argument devra aussi être repris dans la discussion relative à la norme de programmation envisagée plus haut.

☑ **CONSTAT**

La Belgique dispose d'un des systèmes de soins aux personnes âgées les plus facilement accessibles en Europe. Ceci est probablement dû en partie aux critères de dispersion repris dans les normes de programmation, et en partie grâce à la densité démographique de notre pays.

• **Une dynamique prudente**

Un dernier atout à ne pas oublier dans la liste est la dynamique prudente avec laquelle les parties prenantes anticipent dès aujourd'hui les défis de demain. En Flandre, le *Woonzorgdecreet* en est le meilleur exemple, en anticipant sur le soutien de l'indépendance et de l'autonomie des seniors. Le décret flamand sur les soins et le logement structure également une approche globale qui doit veiller à ce que les personnes âgées n'aboutissent pas directement dans une maison de repos en harmonisant mieux soins, logement et bien-être. Et de cette manière, la collaboration entre soins à domicile, soins résidentiels et toutes les formes de soins intermédiaires est encouragée. Toujours selon le *Woonzorgdecreet*, les maisons de repos deviennent progressivement des centres de soins et de logement qui abriteront toute une série d'autres missions de soins. « L'objectif final du *Woonzorgdecreet* est la formation de réseaux de soins et de logement. Tous les partenaires du secteur des soins cherchent à organiser leur offre en commun au sein d'un réseau, avec comme but une meilleure continuité des soins. On évite ainsi les recouvrements et les fonctions de soins sont attribuées aux bons partenaires » (Polis, 2008, p. 33). Cette intégration des services est aussi recherchée

La Belgique et ses régions ne restent pas les bras croisés. À différents niveaux, les politiciens et les prestataires de soins anticipent les tendances et évolutions à venir.

avec les « Initiatives de coopération en matière de soins de première ligne » régionales. Le Gouvernement flamand essaie aussi via le *Vlaanderen Medisch Centrum* (VMC – Centre médical flamand) d’objectiver et d’améliorer les soins de qualité par le biais de l’innovation et de l’entrepreneuriat ciblé. Concrètement, le VMC veut faire de la Flandre le top mondial absolu en matière de recherche nanomédicale dans le domaine des soins et une région phare dans le domaine de la médecine translationnelle. Le Centre médical flamand mise aussi sur la technologie des soins aux personnes souffrant d’un handicap, la TIC dans les soins de santé et la valorisation internationale de toutes ces initiatives intéressantes.

En Wallonie, les soins à domicile sont coordonnés depuis 2010 par les Centres de coordination de soins à domicile qui visent une bonne qualité des soins et doivent favoriser la coopération entre les différents partenaires de soins à domicile (généralistes, aide familiale, aide aux personnes âgées et travail social) (Willemé, 2010). On voit aussi apparaître des formes de soins et de logement comme les « Cantous » qui recherchent une atmosphère très familiale et chaleureuse pour des seniors souffrant de troubles psychiques et ont pour but de faire participer au maximum les résidents aux activités quotidiennes (chapitre 5).

Au niveau fédéral, il se passe également des choses très prometteuses. Un cadre a été défini pour demander des subsides pour des projets novateurs de soins alternatifs et d’appui pour les personnes âgées vulnérables. Et via les Services intégrés de soins à domicile (SISD), les infrastructures de soins sont coordonnées en zones géographiques relativement larges. Ils reçoivent des moyens fédéraux pour financer la coopération pluridisciplinaire de la première ligne (généralistes, infirmiers, personnel paramédical et patient) (Willemé, 2010).

CONSTAT

La Belgique et ses régions ne restent pas les bras croisés. À différents niveaux, les politiciens et les prestataires de soins anticipent les tendances et évolutions à venir. C’est une bonne chose, mais il reste à savoir s’il suffira que les acteurs développent chacun une stratégie à part. Une vision politique globale et cohérente devient indispensable.

Ces quatre piliers des soins aux personnes âgées en Belgique et en Flandre ne garantissent pas que notre système fasse le poids face aux défis qui feront peser une énorme pression sur lui. Cela vient entre autres du fait que nos digues institutionnelles en matière de soins aux personnes âgées sont encore fragiles, ou en train de s'éroder, à certains endroits. Nous abordons les principaux « weak spots » dans la seconde partie de ce chapitre.

... MAIS FRAGILES À D'AUTRES

Le labyrinthe institutionnel

Cela n'étonnera personne : avec pas moins de huit ministres compétents, les soins aux personnes âgées en Belgique sont littéralement un labyrinthe institutionnel. Le Gouvernement fédéral est compétent pour la programmation et le financement des structures d'accueil pour personnes âgées. Les Communautés et Régions sont responsables de l'agrégation des institutions de soins aux personnes âgées et du volet stratégique de la politique de soins aux personnes âgées à proprement parler. Seules les institutions reconnues par les Communautés et Régions peuvent profiter du financement de leur personnel accordé par l'assurance-maladie fédérale.

La politique de soins aux personnes âgées est fixée dans des protocoles ou des accords de coopération conclus pour une durée de six ans. Le protocole d'accord 3 est encore en vigueur jusqu'au 30/09/2011. Ce protocole d'accord fixe entre autres les règles d'équivalence. Ces règles d'équivalence déterminent le nombre de lits supplémentaires pouvant être agréés sur base annuelle dans les institutions de soins aux personnes âgées par les Communautés et les Régions. De telles règles sont naturellement nécessaires pour que l'assurance-maladie fédérale ne soit pas, dans le système actuel, le dindon de la farce d'une éventuelle politique de suroffre de la part des Régions (l'État fédéral paie en effet ce que les entités fédérées dépensent). Dans le protocole d'accord 3, on lit que « les Communautés et Régions s'engagent à limiter les nouveaux accords de principe ou nouvelles autorisations préalables pour l'agrément de nouvelles unités de soins dont le nombre est précisé [...] ». Cette organisation institutionnelle complexe est schématisée à la Figure 3.3.

Cela n'étonnera personne : avec pas moins de huit ministres compétents, les soins aux personnes âgées en Belgique sont littéralement un labyrinthe institutionnel.

FIGURE 3.3 : LE LABYRINTHE INSTITUTIONNEL DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

SOINS AUX PERSONNES ÂGÉS EN BELGIQUE						
Volet santé	Volet soins		Volet bien-être			
Via l'assurance santé	Compétences liées à la personne					
Fédéral	Compétences liées à la personne					
Finance les besoins en personnel. Pour avoir droit à un forfait, les institutions doivent répondre aux conditions minimales.	Wallonie	Flandre	Région Bruxelles-Capitale		Communauté germanophone	
			COCOM	COCOF	COM. FL	
		Agrègent les institution pour personnes âgées				
Coopération par le protocole 3 et avenants: 1. Au niveau fédéral, un maximum de lits équivalents MRS pour une période de 6 ans est fixé.. 2. Libre programmation des entités fédérées. 3. Les entités fédérées s'engagent à respecter le moratoire convenu au fédéral.						

SOURCE : ITINERA INSTITUTE

Cette structure complexe est un véritable fardeau qui pèse sur la rapidité avec laquelle la politique peut réagir aux défis. À cet égard, la coordination entre le niveau wallon qui doit contrôler la qualité et le niveau fédéral compétent pour les prix manque à ses devoirs. De nombreux coûts sont également liés à ce va-et-vient – temps, énergie et possibles malentendus – connus dans le jargon économique sous l’appellation commune de « coûts de transaction ». Enfin, il nous faut encore aborder un problème récurrent dans les questions politico-économiques : le « **moral hazard** ». Parce que les entités fédérées sont financièrement à peine responsables de la politique menée, elles ne sont pas non plus pénalisées ou récompensées lorsque leur politique livre des résultats inférieurs ou supérieurs aux objectifs. En outre, le morcellement des compétences permet de rejeter plus facilement la faute au lieu d’assumer ses responsabilités. Voici ce qu’observe Elke Vastiau, collaboratrice soins aux personnes âgées à la *Vlaamse Vereniging voor Steden en Gemeenten* (Union des villes et communes flamandes), dans Trends : « Il y a beaucoup à dire pour une liste d’attente centralisée. Qu’elle n’existe pas encore est peut-être dû au fait que les compétences dans ce secteur sont réparties sur les différents niveaux de pouvoir. Ils peuvent se pointer du doigt les uns les autres tant que les listes d’attente restent peu fiables. » Dans le modèle actuel, le *saucissonnement* des compétences de la politique des soins aux personnes âgées en Belgique ronge l’efficacité et la qualité de tout le système.

L'organisation institutionnelle de la politique des soins aux personnes âgées doit être basée sur le **principe de subsidiarité** : le niveau le plus proche du citoyen doit primer, sauf si la compétence peut être exercée plus efficacement à un niveau supérieur. Ce principe est valable aussi bien pour le système actuel que pour le nouveau système qui sera proposé au dernier chapitre, et dans lequel les économies d'échelle joueront un rôle important. En effet, dans un système d'assurance, plus il y a d'affiliés au même système, plus les risques peuvent être répartis et plus les primes seront basses. Les coûts de fonctionnement aussi peuvent baisser lorsque le nombre d'affiliés augmente. En ce qui concerne les modalités des dépenses, l'objectif est de laisser le plus possible jouer la concurrence entre les prestataires de soins sous le contrôle de l'État (« *managed competition* » via rassemblement des risques par exemple). Ici aussi, la taille du marché interne joue un rôle important. Pour bien fonctionner, ce marché interne doit être le plus homogène possible : moins il y a d'obstacles, plus il y aura concurrence, et donc plus les prix et la qualité évolueront de manière avantageuse pour l'utilisateur (nous simplifions ici quelque peu ; au chapitre 6, nous exposerons les nuances nécessaires et nous plaiderons pour un rôle fort, mais repensé, de l'État). Si le système venait à être réformé dans la direction que nous proposons au chapitre 6, la politique de prix et d'accessibilité serait maintenue au niveau fédéral, comme c'est le cas aujourd'hui, et la politique de qualité – y compris l'agrégation – devrait être fédéralisée. La politique de subsides devrait être réformée et transmise au niveau fédéral.

Mais un raisonnement économique se trouve parfois très loin d'une logique politique et du réalisable politiquement. Si une des entités fédérées ne souhaite pas s'inscrire dans le nouveau modèle de financement et de dépenses proposé dans le sixième chapitre, on pourrait envisager de sortir le financement de la politique aux personnes âgées de la sécurité sociale fédérale pour le régionaliser avec le restant des compétences résiduelles en matière de soins aux personnes âgées. Survient alors la question de savoir dans quelle mesure une politique de soins pour nos aînés qui serait complètement régionalisée – financement inclus – pourrait cohabiter avec une politique de santé encore majoritairement fédérale. N'aggraverait-on pas davantage les problèmes de coordination ?

Une troisième réorganisation institutionnelle pourrait consister à maintenir uniquement le financement au niveau fédéral pour ne pas mettre en danger la solidarité interpersonnelle entre le Nord et le Sud du pays. Toutes les compétences résiduelles iraient aux entités fédérées. Ces dernières recevraient en fonction des caractéristiques démographiques de leur population, une dotation du niveau fédéral pour mener à bien leurs politiques. Par un système de bonus/malus, elles seraient cependant tenues en partie responsables financièrement pour les politiques menées. Étant donné la situation politique actuelle, c'est peut-être bien l'option qui a le plus de chances de voir le jour.

L'offre

- **Morcelée**

L'offre de soins aux personnes âgées est souvent morcelée et organisée par secteurs : via le secteur social ou le secteur médical, intramuros, extramuros ou transmuros, en milieu hospitalier ou ambulatoire... Le morcellement est ici synonyme de « manque de communication » ou de « structure trop corporatiste » et non de « diversité trop grande » (la diversité et la dynamique qui en découle sont positives). Ce morcellement n'est pas sans conséquences pour les personnes âgées. La couverture de certains besoins sera ainsi mauvaise voire inexistante. Le manque de continuité des soins peut mettre en danger la qualité des soins procurés et la santé du bénéficiaire (stress, fatigue). Enfin, une offre morcelée entraîne une utilisation mauvaise, et donc inefficace, des moyens (Jeanmart, 2009). À la lumière des défis, il s'agit d'un gaspillage que le secteur ne pourra plus se permettre très longtemps. Au chapitre 5, nous verrons comment les pouvoirs politiques devraient réagir.

- **Inégale**

Au niveau sectoriel, le secteur des soins résidentiels aux personnes âgées est organisé selon le statut des maisons de repos et de soins. On peut distinguer trois types d'institutions : les institutions du CPAS ou institutions publiques, les ASBL et enfin les institutions commerciales. Bien que ces types de prestataires aient les mêmes obligations, elles n'ont pas les mêmes droits. Pourtant, tout le monde bénéficierait d'un « *level playing field* », d'un terrain de jeu égal pour tous (voir chapitre 6).

Contrairement aux exploitants privés, les institutions publiques et les ASBL peuvent faire appel à des subsides en infrastructures pouvant couvrir jusqu'à 60 % des coûts de construction ou de rénovation. Cela peut se traduire par un désavantage concurrentiel de pas moins de 18 %.

Contrairement aux exploitants privés, les institutions publiques et les ASBL peuvent faire appel à des subsides. En Flandre, le *Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden* (VIPA – Fonds flamand de l’Infrastructure affectée aux Matières personnalisables), subventionne jusqu’à 60 % des coûts de construction ou de rénovation. Le VIPA procure un appui financier pour « proposer des équipements abordables et qui répondent en même temps aux exigences contemporaines en termes de confort de logement et de soins » (www.vipa.be). Les équipements qui bénéficient de subsides du VIPA peuvent au bout du compte conserver le bien immobilier dans leur portefeuille. Les institutions non-commerciales flamandes peuvent également bénéficier de garanties gouvernementales lorsqu’elles contractent des emprunts. A Bruxelles et en Wallonie, un système semblable est en place avec ces différences qu’il n’existe pas de garanties gouvernementales et que les autorités travaillent avec des enveloppes financières. Ceci signifie que les autorités décident à l’avance du montant total des subsides qui sera redistribué aux institutions candidates. Ce montant ne peut en théorie pas dépasser 60% des coûts des travaux des institutions, mais est en pratique bien inférieur en raison du montant limité.

Pourtant, toutes les maisons de repos, quelque soit leur statut, doivent répondre aux mêmes normes. Malgré les bonnes intentions des politiques de subsides, l’avantage concurrentiel artificiel donné de cette manière aux institutions non commerciales est un handicap à l’indispensable extension de la capacité. Des institutions efficaces et de qualité sont dès lors artificiellement trop chères, ce qui empêche de profiter entièrement du potentiel de bien-être (sous la forme d’une offre plus large et de prix moins élevés pour les utilisateurs). Le cadre 3 illustre de manière chiffrée ce problème concurrentiel.

CADRE 3 | POLITIQUE DE SUBSIDES INÉGALE ET CONSÉQUENCE SUR LE PRIX QUOTIDIEN

Considérons deux cas. Un centre de soins et de logement bénéficiant d'un financement VIPA et d'une garantie publique, et un centre de soins et de logement qui doit trouver lui-même son financement. Les chiffres se basent sur des scénarios réalistes.

1. Avec VIPA

Supposons un coût de construction de 70 000 € par unité de logement (y compris espaces et équipements communs). Les subsides s'élèvent à 42 000 € (70 000 x 0,6). Un emprunt avec garantie publique est contracté pour les 28 000 € restants. Le centre de soins et de logement paie un intérêt annuel de 4 % pour cet emprunt, ce qui revient à une mensualité de 170 €, ou 5,6 € par jour (capital et intérêts pour l'infrastructure pour une occupation à 100 % pendant 20 ans). En d'autres mots, sur le prix quotidien payé par les résidents, 5,6 € vont au financement de l'infrastructure.

2. Sans VIPA

Prenons maintenant un acteur commercial privé capable de construire la même infrastructure de logement pour 60 000 €. Puisque le centre de soins et de logement ne reçoit ni subsides, ni garantie publique, il paie un intérêt de 4,5 % sur le montant total de 60 000 €. La mensualité est alors de 380 €, ou 12,6 € par jour. Pour une occupation complète pendant 20 ans, les résidents déboursent donc 7 euros de plus pour l'infrastructure par rapport aux mêmes équipements dans un centre de soins et de logement subsidié. Lorsqu'on sait que le coût journalier moyen d'un centre de soins et de logement en Belgique est de 39 € en 2009, cela signifie donc un **désavantage concurrentiel de pas moins de 18 %**.

Un système plus équitable, plus avantageux budgétairement et qui ne fausserait pas les règles du jeu pourrait consister à remplacer les subsides par un prêt public sans intérêt qui pourrait également profiter aux institutions commerciales privées. Les opposants à cette proposition soulèveront que l'offre serait mise en danger par la suppression des subsides, et plus exactement que les ASBL se retireraient du jeu. Une réflexion justifiée, mais qui doit être complétée par la question de savoir comment certains acteurs

C'est le paradoxe de la politique de subsides. Au lieu de stimuler l'offre, elle garde artificiellement à distance des institutions efficaces et de qualité qui ne bénéficient pas du même support des prix.

parviennent à être rentables vu les mêmes conditions strictes. Pourquoi certains ont-ils peur d'échouer là où d'autres réussissent ? Second contre-argument important : la crainte de voir certaines institutions être obligées d'augmenter le prix journalier sans ces subsides pour l'infrastructure, ce qui aurait un effet néfaste sur l'accessibilité du système. Ici aussi, il faut se demander pourquoi les prix des institutions subsidiées augmenteraient malgré des conditions préalables identiques. En outre, on pourrait financer directement les seniors moins fortunés au lieu des institutions dans lesquelles ils se retireraient peut-être. Le paradoxe des subsides se situe donc ici. Au lieu de donner le coup de pouce nécessaire à l'offre, ils tiennent artificiellement à distance les institutions de qualité ne pouvant pas profiter des mêmes appuis financiers. Au chapitre 6, nous développerons un nouveau modèle de financement et nous discuterons du rôle des pouvoirs publics. Cette discussion sera alors aussi largement abordée.

Une deuxième discrimination concerne les subsides flamands à l'animation. En 2009, le Gouvernement flamand a donné 33 438 099 € de subsides à l'animation aux institutions non commerciales flamandes qui représentent au total environ 57 600 unités de logement. Cela revient à un appui financier moyen de 1,6 euros par jour et par lit, soit 4 % du prix journalier moyen ($33\,438\,099 / 57\,600 / 365 = 1,6$). La Cour constitutionnelle autorise cette différence à la lumière des limites budgétaires. Pourtant, il n'en coûterait structurellement que 4,5 millions d'euros au contribuable flamand d'éliminer ce déséquilibre – de l'argent qui pourrait en outre facilement provenir de la suppression des subsides à la construction et à la rénovation.

C'est le propre de chacun, ou presque, de sous-estimer systématiquement le risque individuel. C'est pourquoi il semble évident dans le financement des soins aux personnes âgées qu'une tâche importante soit réservée au système d'assurance. À cet égard, les pouvoirs politiques ont un rôle crucial à remplir car d'importantes faillites du marché peuvent survenir lors du développement d'un marché de l'assurance pour les soins aux personnes âgées.

Troisième et dernière distinction faite sur base de la forme juridique concerne les terrains à bâtir. Les maisons de repos dépendantes du CPAS ou d'ASBL peuvent être construites en zone bleue, c'est-à-dire en « zones de services publics et d'équipements communautaires », ce qui n'est pas le cas des institutions commerciales. Un centre de soins et de logement commercial n'est *stricto sensu* ni un service public, ni un équipement communautaire, mais les services qu'il procure sont pourtant utiles et profitables à la communauté. En raison de cette distinction, il est plus difficile pour les prestataires de soins commerciaux de trouver des terrains à bâtir bien situés. Ils démarrent donc avec un handicap concurrentiel supplémentaire qui peut à nouveau freiner l'extension de capacité souhaitée. Nous devons oser nous demander s'il importe beaucoup aux seniors de savoir si leur maison de repos a été construite par un acteur privé ou public. Dans quelle mesure est-ce spatialement et socialement pertinent ?

Les personnes âgées constituent un groupe très hétérogène. Répondre aux possibilités, aux besoins et aux souhaits de tous de la manière la plus adéquate possible demande de la finesse politique.

Tout le monde sous-estime systématiquement son propre risque individuel. C'est pourquoi il semble évident que dans le financement des soins pour personnes âgées, une place importante soit accordée à un système d'assurance.

☑ CONSTAT

Les prestataires de soins ont les mêmes devoirs, mais pas les mêmes droits. De ce fait, l'offre de soins n'évolue pas dans un cadre garantissant un développement optimal. Il existe des déséquilibres entre les différents acteurs du marché. Cela fait peser un frein sur la qualité et la capacité de l'offre, un *luxé* que nous ne pouvons pas nous permettre.

La demande

L'offre n'est pas la seule à connaître des faiblesses structurelles ; c'est aussi le cas de la demande, c'est-à-dire des utilisateurs (futurs) des soins aux personnes âgées. Nos aînés et futurs aînés ne se préparent pas suffisamment à leurs jours de dépendance aux soins. En outre, cela concerne un **groupe très hétérogène** : répondre aux possibilités et aux besoins de chacun de manière adéquate demandera par conséquent beaucoup plus de finesse politique.

• Pas assez préparée

Les jeunes seniors réfléchissent encore trop peu aux jours de dépendance aux soins qui les attendent. C'est le propre de chacun, ou presque, de sous-estimer systématiquement le risque individuel. Nous pensons trop souvent : « Ce ne sera pas si grave pour moi ». Il ne fait pourtant aucun doute que nous aurons tous un jour besoin de soins. Certains, il est vrai, moins que d'autres, mais nous en aurons tous besoin en fin de compte. Nous espérons volontairement appartenir aux seniors les moins dépendants de soins, alors que nous n'en avons tout simplement pas la moindre idée. La plupart d'entre nous ne sont dès lors pas bien préparés, c'est pourquoi nous devons nous tourner par la force des choses vers les pouvoirs publics.

C'est pourquoi il semble évident dans le financement des soins aux personnes âgées qu'une tâche importante soit réservée au système d'assurance. À cet égard, les pouvoirs politiques ont un rôle crucial à remplir car d'importantes faillites du marché peuvent survenir lors du développement d'un marché de l'assurance pour les soins aux personnes âgées. Dans de nombreux pays, le marché est très limité, et un bon rassemblement des risques pose des problèmes. Les exceptions sont la France (un marché de trois millions de polices) et les États-Unis (six millions de polices). De manière spécifique, l'assurabilité est compliquée par des coûts toujours croissants, la sélection des risques (où l'assureur est surtout confronté à des patients représentant des frais globaux très élevés) et le « *moral hazard* » (lorsque par exemple les familles externalisent les soins lorsque la personne âgée en nécessite beaucoup).

La conséquence est une sous-assurance du risque de dépendance aux soins. La réponse via une assurance soins de santé publique tente de remédier à ce problème (pensons à l'assurance soins de santé en Flandre), mais on pourrait aussi réfléchir à la régulation et à la structuration des assurances soins de santé privées, que viendraient par exemple compléter les pouvoirs publics pour certains risques. Une innovation importante en la matière est l'introduction d'une *Long Term Care Insurance* en Allemagne en 1995-96 (Theobald & Kern, 2009). Au chapitre 6, nous aborderons en détails les possibilités d'assurance.

En réalité, l'explosion démographique des besoins en soins de santé a créé une immense pression financière. Alors que certains pays s'opposaient fortement à un rôle des prestataires de soins privés, la pression sur le budget public était telle que des initiatives privées ont malgré tout été autorisées (Brodin, 2005). En Suède par exemple, c'est un gouvernement socio-démocrate qui a commencé à considérer ces quasi-marchés comme une rénovation indispensable de l'État providence (Blomqvist, 2004). En Suède, il existe aujourd'hui du reste une immense diversité d'initiatives ; certaines communes comptent uniquement des équipements privés alors que d'autres communes ne soustraient que certains services. Après tout, le lien État-marché-famille n'est pas gravé dans la pierre et peut évoluer. Nous en reparlerons au chapitre 6 lorsque nous aborderons en détails de nouvelles alternatives de financement.

☑ CONSTAT

Les gens sous-estiment systématiquement les risques qu'ils peuvent rencontrer, et il n'en va pas autrement avec le risque – raisonnablement prévisible – de devenir un jour tributaire de soins.

🕒 OBJECTIF

Un système qui assure et prépare nos vieux jours s'impose.

- **Très hétérogène en termes de composition et de pouvoir d'achat**

À la lecture de ce titre, beaucoup se demanderont sans doute en quoi une population de seniors (financièrement) hétérogène est une faiblesse institutionnelle. En fait, ce n'en est pas une. La composition hétérogène du groupe que forment nos aînés (pauvres, riches, actifs, passifs, etc.) est toutefois synonyme de difficulté supplémentaire pour apporter

Une politique « *one size fits all* » fait en effet trop pour certains et trop peu pour d'autres. En outre, elle passerait à côté des opportunités économiques profondément enracinées dans le secteur des soins aux personnes âgées en Belgique.

des réponses politiques. Certains décideurs politiques partent assez vite du principe que les différences en termes d'attentes et de pouvoir d'achat chez les personnes nécessitant des soins doivent être complètement aplanies en raison de considérations sociales. Mais solidarité n'est pas synonyme d'égalité. Nier cette diversité pourrait en outre détruire du bien-être. Une solidarité intelligente préservera la liberté de choix du senior, associera la richesse des seniors à leur responsabilité et en fera en même temps plus pour ceux qui en ont réellement besoin. Une politique « *one size fits all* » fait en effet trop pour certains et trop peu pour d'autres. En outre, elle passerait à côté des opportunités économiques profondément enracinées dans le secteur des soins aux personnes âgées en Belgique.

En fin de compte, la diversité (financière) que l'on retrouve aussi chez les personnes âgées est un atout. Seul existe le risque que les décideurs politiques omettent de profiter de cet atout, ce qui pourrait affaiblir le système de manière inhérente. C'est ici que se cache le véritable danger d'un groupe hétérogène. Prenons l'assurance soins de santé obligatoire en Flandre. Chacun contribue autant et ne peut recevoir qu'autant au maximum (125 € par mois). De telles allocations forfaitaires présentent l'avantage de permettre un meilleur contrôle des dépenses, mais le désavantage de ne pas couvrir les besoins réels (Karakaya, 2009). La différenciation du produit – via les assurances privées susmentionnées – peut ici fournir une solution. Il s'agit toutefois d'un sujet politiquement sensible, tout le monde ne pouvant pas se permettre des polices plus chères et donc plus luxueuses. On craint, à raison, des risques d'excès suite à la privatisation du marché de l'assurance soins de santé. Comme nous le verrons au chapitre 6, il est possible de trouver une solution à ce problème moyennant une régulation adéquate.

CONSTAT

Il n'existe pas de senior type. Comme c'est le cas de chaque génération, les personnes âgées ont des attentes différentes et disposent de moyens variés pour répondre à ces attentes. Nier cette diversité réduirait à néant de nombreuses opportunités économiques et sociales.

OBJECTIF

La politique doit tenir compte de la spécificité et de la diversité de la population des seniors. La meilleure garantie à cet égard, comme nous l'avons déjà mentionné, est d'assurer la liberté de choix des seniors et d'harmoniser cette liberté et l'organisation institutionnelle du système de soins aux personnes âgées.

CONCLUSION

Les fondements d'un bon système sont là. Les forces et les faiblesses de notre modèle ne sont pas en elles-mêmes bonnes ou mauvaises. Elles cachent simplement une série d'opportunités et de risques pour les développements futurs.

Les défis évoqués au deuxième chapitre semblent énormes, mais ils ne sont pas insolubles. Nous ne partons pas de zéro. On peut d'ailleurs ajouter qu'on ne détruit pas si facilement les fondations d'un État providence solide. Et les fondements d'un bon système sont là. Nos soins sont de grande qualité, certainement par rapport à l'étranger. Pour le moment, l'accès aux soins aux personnes âgées en Belgique est encore relativement aisé, surtout lorsqu'on sait que la dispersion des équipements pourrait être améliorée. Les digues institutionnelles censées faire face au tsunami gris existent déjà et il reste désormais à consolider ou à développer les endroits les plus fragiles. Nous pensons ici tout d'abord au labyrinthe institutionnel, caractéristique de tout le système belge, particulièrement développé dans le secteur des soins aux personnes âgées avec pas moins de huit ministres compétents. Le morcellement de l'offre de soins aux personnes âgées et le terrain de jeu inégal minent également le potentiel de notre système. Enfin, nous avons aussi évoqué les faiblesses de la demande. Celle-ci est encore trop peu préparée pour ses jours de dépendance aux soins. En outre, la diversité caractéristique de la population des seniors peut donner aux décideurs politiques des idées trop égalitaires, un nouveau frein au développement du secteur.

Les forces et faiblesses de notre système ne sont donc pas uniquement bonnes ou mauvaises en elles-mêmes, mais cachent aussi de nombreuses opportunités et menaces pour le développement futur des soins aux personnes âgées et de la politique qui les accompagne en Belgique. Ces différents éléments sont repris dans la matrice SWOT (Tableau 3.5) ci-dessous.

TABLEAU 3.5 : MATRICE SWOT DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES EN BELGIQUE

Forces	Faiblesses	Opportunités	Menace
Qualité	Pas d'indicateurs de qualité objectifs	S'en servir comme atout au niveau international	« Réglementite »
Accessibilité financière	Risque de pauvreté chez les seniors plus élevé que la moyenne belge	Mener une politique de solidarité intelligente via le Test de Matthieu	Égalitarisme mal placé et rationnement
Disponibilité	Limitations de l'offre et listes d'attente	Meilleur argument pour un changement de philosophie	Risque de sous-offre à l'avenir ; les normes de programmation sont un frein à de nouveaux développements de l'offre
Accessibilité géographique	<i>Trade-off</i> budgétaire dans le système actuel	Amener les soins vers les seniors	Régulation centralisée de l'offre
Dynamique existante	Manque de vision globale cohérente	Un pas dans la bonne direction, vers l'intégration de l'offre de soins	Autosuffisance de la politique
Bonne entente institutionnelle	Labyrinthe institutionnel	Réforme institutionnelle cohérente sur base du principe de subsidiarité	<i>Moral hazard</i> entre financement fédéral et politique stratégique des entités fédérées
Un marché fragmenté est synonyme de haut potentiel concurrentiel	Offre morcelée	Renforcer la politique d'intégration et de coordination	La qualité et l'efficacité peuvent être mises en danger
Bonnes intentions de la politique de subsides	Offre inégale	Économies budgétaires et effet incitant pour tous les prestataires de soins	Les déséquilibres sur le terrain nuisent à la capacité et à l'innovation
Il est encore temps pour la demande de se préparer	Demande non préparée	Place pour la responsabilité individuelle	Pression financière intenable
Place pour jouer sur la diversité	Demande hétérogène	La solidarité intelligente protège sans limiter la liberté individuelle	Les plus faibles ne peuvent pas passer à travers les mailles du filet
→ Opportunités socioéconomiques	→ Nouveau rôle important pour les pouvoirs publics ; des réformes s'imposent	→ Système axé sur la demande	→ Place pour les initiatives privées et l'entrepreneuriat social

SOURCE : ITINERA INSTITUTE

Des facteurs exogènes (la démographie) et endogènes (l'organisation institutionnelle) gênent le potentiel de bien-être d'une politique cohérente en matière de soins aux personnes âgées. Dans la partie II, nous verrons comment nous pouvons le mieux faire face aux forces externes, et comment nous devons réformer notre politique de soins aux personnes âgées pour éliminer les obstacles internes. Tout cela est possible en attribuant de nouveaux rôles et de nouvelles responsabilités à l'individu, aux institutions de soins aux personnes âgées et aux pouvoirs publics.

☺ RECOMMANDATIONS

Si nous décidons de conserver le système actuel dans ses grandes lignes – une possibilité qui n'a certainement pas notre préférence –, il est indispensable d'entamer une discussion sérieuse concernant le maintien ou non de la norme de programmation dans les soins résidentiels aux personnes âgées. Nous proposons pour commencer un forum réunissant toutes les parties impliquées (autorités compétentes et parties prenantes), afin de pouvoir trouver un nouveau compromis en matière de programmation. C'est nécessaire si nous voulons conserver l'accessibilité raisonnable de nos soins aux personnes âgées. Si nous choisissons d'être ambitieux et d'anticiper, nous opterons pour le passage à un système centré sur la demande qui n'a pas son pareil pour répondre à ses évolutions. Une norme de programmation est alors totalement superflue.

Deuxièmement, nous proposons dans l'intervalle de dresser une liste d'attente centrale au niveau régional, la transparence étant le facteur absent dans la réalité de ces listes d'attente. Suivant les résultats de l'enquête de Van Buggenhout (2010b), cette liste d'attente centralisée peut être purement informative. À terme, il nous faudra en effet évoluer vers un système axé sur la demande.

« Donne-moi la sérénité d'accepter ce que je ne peux changer, donne-moi le courage de changer ce que je peux changer, et donne-moi la sagesse d'en connaître la différence ».

Reinhold Niebuhr



PARTIE 2
LES SOLUTIONS

04

MICRO – RENFORCER LES CAPACITÉS DE L'INDIVIDU

« Sure, he, that made us with such large discourse,
looking before and after, gave us not that capabi-
lity and god-like reason, to fust in us unused. »

William Shakespeare, Hamlet



Pour nos années de dépendance en matière de soins, nous pouvons compter sur trois types de prestataires de soins. Nous pensons spontanément aux prestataires professionnels. Dans la littérature spécialisée, on parle de soins formels. Mais il existe aussi des soins dits informels ou soins dispensés par l'entourage. Ces soins reposent sur l'accomplissement bénévole de tâches de soins par l'entourage immédiat et non immédiat de la personne tributaire de soins. Il s'agit d'abord du compagnon ou de la compagne, mais les enfants, petits-enfants, frères, sœurs, amis et voisins peuvent également être associés à la prestation de soins informels. Les personnes tributaires de soins peuvent aussi s'aider mutuellement à renforcer leur autonomie. Aux Pays-Bas, on parle dans ce cas de « *samenredzaamheid* » (autonomie collective). Enfin, une personne âgée tributaire de soins peut récupérer elle-même une partie de son autonomie. Cela suppose un renforcement de sa capacité à s'occuper d'elle-même. L'« empowerment » (autonomisation) est le terme anglo-saxon à la mode utilisé pour cela. En français, on parle de « renforcement des capacités individuelles », qui doit aussi être vu comme une pierre de touche politique : l'optique selon laquelle la finalité des soins aux personnes âgées est de faire jouer un rôle primordial à la personne âgée même et d'être le pivot d'une offre variée, sur mesure et au choix, plutôt qu'une offre globale et standardisée.

En d'autres termes, les personnes tributaires de soins peuvent compter sur des prestataires de soins professionnels, des aidants proches et eux-mêmes. Ils ont une caractéristique essentielle en commun : ce sont des personnes qui s'occupent de personnes. Il est donc essentiel que l'individu soit renforcé dans sa capacité à prodiguer plus de soins et de meilleurs soins que ce n'est le cas aujourd'hui, quelle que soit la « catégorie de soins ». Nous verrons dans ce chapitre comment donner une plus grande capacité d'action à chacun de ces prestataires.



AUTONOMISER LA PERSONNE ÂGÉE !

Qu'est-ce que c'est et pourquoi ?

L'« autonomisation » est devenue un mot à la mode, y compris dans le domaine des soins aux personnes âgées, qui résume pourtant bien la voie stratégique que nous allons devoir prendre dans nos soins aux personnes âgées. L'autonomisation dans les soins a au fond une double connotation. Il s'agit aussi bien de retrouver un sentiment d'autonomie que de devenir soi-même acteur dans les soins dispensés. Cette autonomisation nécessite un changement durable dans le comportement des personnes âgées tributaires de soins. Le but étant une autonomie maximale : l'autonomisation doit créer les conditions nécessaires à ce changement de comportement pour une autonomie maximale.

L'autonomisation a au fond une double connotation. Il s'agit aussi bien de retrouver un sentiment d'autonomie que de devenir soi-même acteur dans les soins dispensés. Cette autonomisation nécessite un changement durable dans le comportement des personnes âgées tributaires de soins. Le but étant une autonomie maximale : l'autonomisation doit créer les conditions nécessaires à ce changement de comportement pour une autonomie maximale.

Il est important de préciser le comportement exactement visé ici. Il s'agit plus précisément d'amener la personne âgée tributaire de soins à changer de comportement de façon à ce que celle-ci soit à même de s'occuper en partie d'elle-même et de (re)prendre le contrôle de sa vie. Selon Poiesz (1999), trois conditions doivent être remplies pour parvenir à ce changement de comportement :

1. Motivation : dans quelle mesure la personne est-elle intéressée par ce comportement (autonomie) ou son effet ?
2. Capacité : dans quelle mesure la personne est-elle capable de montrer elle-même ce comportement (connaissance, possibilités physiques) ?
3. Circonstances opportunes : dans quelle mesure les circonstances sociales et physiques (infrastructure, temps) favorisent-elles ou empêchent-elles la manifestation du comportement ?

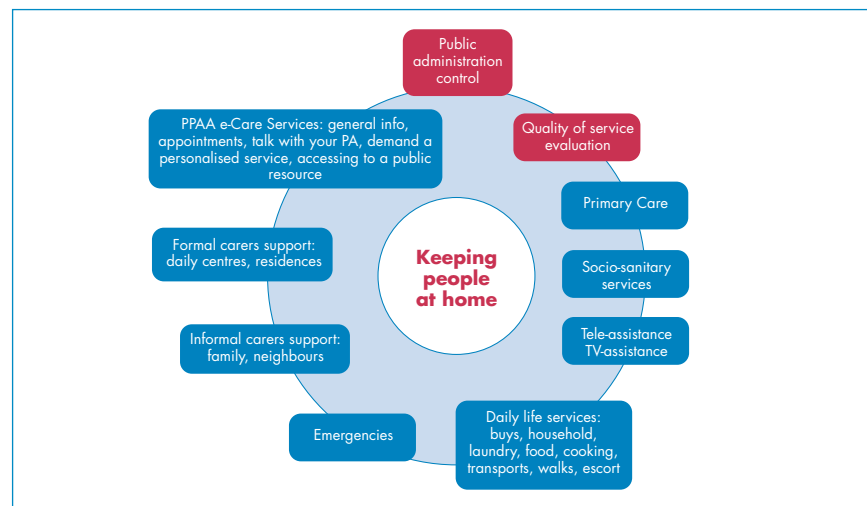
L'autonomisation est le résultat d'un renforcement des capacités d'un individu et du développement des bonnes structures de concertation et des bons processus qui donnent aux intéressés un choix réel, essentiellement par le biais d'une réglementation adaptée.

Dans le même esprit que « *l'approche axée sur les capacités* » d'Amartya Sen, économiste à Harvard, l'essentiel de l'autonomisation réside donc dans le fait **de rendre possibles de véritables choix**, vu les entraves naturelles de l'individu en question, mais en dépit des contraintes sociales. La politique doit jouer sur cette liberté positive. Il est aussi important d'amener le professionnel, le patient, le réseau social et les acteurs institutionnels à réfléchir à une autogestion. L'autonomisation est donc le résultat d'un renforcement des capacités d'un individu, par exemple par le biais de la technologie, et du développement des bonnes structures de concertation et des bons processus qui donnent aux intéressés (individu et collectivité) un choix réel, essentiellement par le biais d'une réglementation adaptée.

L'autonomisation est donc aussi une pierre de touche politique : l'optique selon laquelle la finalité des soins aux personnes âgées est de faire jouer un rôle primordial à la personne âgée même et d'être le pivot d'une offre variée, sur mesure et au choix, plutôt qu'une offre globale et standardisée.

Concrètement, l'autonomisation se traduit par le fait de permettre à la personne tributaire de soins de continuer à vivre chez elle « le plus longtemps possible » en jouant autant que possible sur l'argument de son autonomie. L'autonomisation est donc aussi une pierre de touche politique : l'optique selon laquelle la finalité des soins aux personnes âgées est de faire jouer un rôle primordial à la personne âgée et d'être le pivot d'une offre variée, sur mesure et au choix, plutôt qu'une offre globale et standardisée. La prévention et la technologie sont les instruments d'autonomisation les plus évidents. Mais la fourniture d'informations et la liberté de choix, les fondements de la délégation de pouvoir aux consommateurs, sont aussi des leviers importants. Enfin, la collaboration avec les prestataires de soins formels (médecin traitant, centres de services de soins et de logement, services de soins à domicile, etc.) et les prestataires informels (famille, amis, voisins) est tout aussi cruciale. En d'autres termes, l'autonomisation est en contradiction flagrante avec l'isolement et vise autant que possible la collaboration au niveau micro de tous les acteurs associés à un processus de soins. L'individu et son autonomie sont au centre des préoccupations, mais l'individu peut compter pour cela sur un éventail de services et d'instruments qui l'assistent dans ce processus d'autonomisation (illustration 4.1)

ILLUSTRATION 4.1 L'AUTONOMISATION DANS LES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES



SOURCE : PROJET ETEN DE LA COMMISSION EUROPÉENNE

Les soins dont on n'a pas besoin sont non seulement les meilleurs soins, mais ce sont souvent aussi les moins chers.

L'autonomisation est un concept très large qui peut avoir différentes connotations. Nous le voyons surtout comme un processus qui renforce l'individu dans sa capacité à jouer son rôle d'auto-soignant. Dans le large éventail d'instruments, nous avons identifié quatre leviers d'autonomisation particulièrement efficaces : la prévention, la délégation de pouvoir au consommateur, l'aménagement du territoire et la technologie.

Les meilleurs soins sont ceux dont on n'a pas besoin

Les adeptes des talk-shows politiques auront certainement déjà entendu cette belle parole bien des fois sous d'autres formes. C'est peut-être parce qu'elle dit des choses importantes. Les soins dont on n'a pas besoin sont non seulement les meilleurs soins, mais ce sont souvent aussi les moins chers. La prévention des besoins en soins est en effet la meilleure façon d'être autonome le plus longtemps possible et est donc un excellent levier d'autonomisation. La prévention comprend l'ensemble des activités qui permettent de limiter les risques de maladie à venir. On fait généralement une distinction entre prévention primaire, prévention secondaire et prévention tertiaire, même si les actions de prévention n'appartiennent pas nécessairement ni exclusivement à l'une de ces trois catégories. La prévention primaire est liée à des actions qui limitent la probabilité d'apparition d'une affection. La prévention des chutes réduira ainsi le risque de fracture de la hanche. La prévention secondaire comprend les actions qui limitent la gravité d'une affection lorsque celle-ci se présente. C'est par exemple le cas avec le dépistage précoce du diabète, une maladie typique des personnes âgées, qui permet de traiter la maladie plus vite et plus efficacement. La prévention tertiaire comprend les actions qui visent à réduire les risques de rechute. Il s'agit par exemple de faire davantage attention à son alimentation pour éviter un nouvel infarctus (Daue et Crainich, 2008).

La prévention demande d'abord d'importants efforts dans le comportement même de l'individu. L'hygiène et un bon mode de vie, même à un âge avancé, peuvent prévenir bien des maux par la suite. L'investissement dans la prévention n'a guère de sens sans une bonne dose de motivation de la personne tributaire de soins, surtout lorsque ces choses demandent de plus en plus d'efforts. Il arrive aussi qu'à cause de leur régression psychique et physique, certaines personnes ne soient tout simplement plus à même de montrer le comportement souhaité. Il est alors tout aussi inutile d'investir dans la prévention. Mais cet investissement est bien utile dans tous les autres cas, et c'est la tâche des pouvoirs publics de créer dans tous ces autres cas les conditions – pour reprendre les

Si nous voulons que les gens restent chez eux le plus longtemps possible, il faut obligatoirement un volet prévention pour apprendre aux personnes âgées à gérer leur perte d'autonomie.

mots de Poiesz – qui encourageront le comportement souhaité. Les actions de prévention ont donc en même temps un caractère individuel et un caractère collectif. Mais même lorsqu'il s'agit de décisions individuelles concernant l'état de santé, l'investissement des pouvoirs publics peut inciter les individus à modifier positivement leur comportement. Les autorités régionales pourraient ainsi œuvrer à la prévention des chutes chez les personnes âgées¹⁸. En leur apprenant à bien tomber, on peut éviter pas mal de fractures de la hanche et par conséquent réduire le nombre de prothèses de hanche. Cela profite non seulement à la mobilité et à l'autonomie de la personne âgée, mais aussi à la sécurité sociale avec les belles économies que cela peut représenter¹⁹.

Le budget total des soins de santé est encore trop souvent basé sur le curatif, au détriment du préventif. À peine 0,1 % du budget est consacré à la prévention. Cela équivaut, en tout et pour tout, à 29 euros par Belge par an. Soit un montant ridiculement bas. Nous proposons déjà d'y consacrer au moins 88 millions d'euros supplémentaires pour atteindre la moyenne européenne – certes encore trop basse. Une partie de ces moyens pourrait aller aux soins préventifs aux personnes âgées pour leur apprendre à gérer leur dépendance progressive. Si nous voulons que les gens restent chez eux le plus longtemps possible, il faut obligatoirement un volet prévention pour apprendre aux personnes âgées à gérer leur perte d'autonomie. À partir d'un certain âge, se laver soi-même peut devenir une entreprise risquée. De petites adaptations dans la salle de bains et un processus d'apprentissage simple et opportun peuvent néanmoins apporter des solutions peu coûteuses. Il faut une approche particulière par type de risque et d'affection pour limiter ainsi les risques et les effets de fractures et de maladies typiques des personnes âgées.

☺ RECOMMANDATIONS

- Œuvrer à la prévention des chutes pour éviter les fractures de hanche.
- Libérer plus de moyens budgétaires pour soutenir la prévention. De manière préventive, nous devons apprendre à nos aînés à gérer leur perte d'autonomie.

¹⁸ La prévention est en effet une compétence régionale, tandis que le budget pour les soins de santé curatifs est une compétence fédérale. Cela crée aussi des problèmes d'inefficacité du fait du « moral hazard ». Voir chapitre 3.

¹⁹ De plus, une fracture de la hanche donne souvent lieu à une admission dans une maison de repos.

Le baby-boomer de l'après-guerre devient un consommateur de soins actif, bien plus qu'un patient passif. Les prestataires de soins et les décideurs politiques ne peuvent pas ignorer cette nouvelle réalité sociale, ni la force dynamisante qui existe chez le consommateur de soins et de soins de santé responsable.

La délégation de pouvoir au consommateur

Les personnes âgées elles-mêmes sont un deuxième levier important pour le renforcement des capacités individuelles. L'aide et les soins de santé connaissent en effet une révolution culturelle. Les personnes âgées de demain n'accepteront pas de revoir à la baisse leur niveau de vie simplement parce qu'elles sont âgées et nécessiteront des soins progressivement au fil du temps. Le baby-boomer de l'après-guerre devient un consommateur de soins actif, bien plus qu'un patient passif. Les prestataires de soins et les décideurs politiques ne peuvent pas ignorer cette nouvelle réalité sociale, ni la force dynamisante qui existe chez le consommateur de soins et de soins de santé responsable. Il faut donc tendre vers un rôle actif des personnes âgées dans les soins et le choix des soins. **La fourniture d'informations joue un rôle clé dans ce domaine.** Et l'intention est double. On veut d'une part sensibiliser la personne âgée tributaire de soins aux coûts que représente un système de haute qualité et accessible, tel que le nôtre. On veut d'autre part que le patient puisse choisir lui-même ses prestataires de soins et son type de soins d'une façon plus consciente. Et les prestataires capables de répondre parfaitement à ces attentes, par exemple avec une haute qualité de soins, pourront de cette façon accroître leur « part de marché ». En d'autres termes, la qualité est utilisée comme « argument de vente ».

Le premier objectif est facile à atteindre. La personne âgée tributaire de soins doit être stimulée à se comporter comme un consommateur de soins responsable, même s'il ne paie qu'une partie des frais. Il faut pour cela que les tributaires de soins soient mieux informés du coût réel des choix qu'ils font. Nous proposons donc d'informer chaque année les tributaires de soins sur les dépenses supportées par la collectivité.

La fourniture d'informations est aussi cruciale pour le deuxième objectif, une forme de concurrence dirigée entre les prestataires de soins qui profite à la qualité et à l'accessibilité de tout le système. Il existe cependant très peu de manières de comparer les prestataires de soins entre eux. Les personnes âgées et/ou leur famille choisissent donc souvent leurs soins sans connaître vraiment la qualité des soins du prestataire en question. Sur le site Internet de Medicare, les personnes âgées américaines peuvent par exemple comparer la qualité des maisons de repos (<http://www.medicare.gov/NHCompare/>), alors que chez nous la proximité devient le principal critère de sélection. Mais notre système est aussi caractérisé par une grande liberté de choix. C'est une bonne

La personne âgée de demain posera de plus en plus d'exigences et des exigences de plus en plus strictes en matière d'information. Le risque est que le manque d'informations soit comblé par des entreprises ou des organisations dont le seul but est de défendre leurs intérêts. Il faut œuvrer à la fourniture objective et indépendante d'informations actualisées.

chose, mais c'est aussi frustrant vu le manque d'informations claires et objectives. Nous pouvons en effet presque tout faire, mais nous ne savons au fond presque rien. Nous gambadons joyeusement, tels des touristes égarés, dans un secteur de la santé sans carte, ou guide de voyage pour nous diriger vers les meilleurs prestataires de soins.

Une source d'informations indépendante est donc cruciale pour la prise de bonnes décisions. Nous sous-exploitions aujourd'hui la liberté de choix si précieuse dans notre système de soins. Avec les technologies de l'information disponibles, l'évolution vers un plus grand pouvoir des patients est de toute façon inévitable. La personne âgée de demain posera de plus en plus d'exigences et des exigences de plus en plus strictes en matière d'information. Le risque est que le manque d'informations soit comblé par des entreprises ou des organisations dont le seul but est de faire du profit sans se soucier de la qualité de l'information. Nous plaçons donc pour la mise à disposition d'informations plus fiables et actualisées sur la qualité des prestataires de soins dans notre pays.

Nous devons réellement donner à nos aînés la possibilité d'évoluer du (futur) tributaire de soins vers un consommateur de soins responsable. Nous devons de plus en plus devenir l'actionnaire principal de notre santé et de nos propres soins. Si l'on ne compte pour cela que sur la liberté de choix – sans y associer la fourniture d'informations nécessaire –, l'intention sera vaine et l'occasion manquée.

☺ RECOMMANDATIONS

- Une source d'informations indépendante est cruciale pour la prise de bonnes décisions. Les tributaires de soins doivent être informés chaque année sur les dépenses supportées par la collectivité.
- Les pouvoirs publics doivent œuvrer à la mise à disposition d'informations objectives, fiables et actualisées sur la qualité des prestataires de soins (aux personnes âgées) dans notre pays.

Habitat à vie

Une habitation inadaptée freine les personnes âgées dans leur autonomie. Il ne leur est plus possible de cuisiner parce que la cuisine est difficilement accessible. À partir d'un certain âge, la salle de bains au premier étage mène à un dangereux parcours du combattant. La salle de séjour accumule un tel nombre de fonctions domestiques qu'il y fait sale et que les conditions de vie dans cette pièce sont souvent contraires à l'hygiène.

Avec tout ce désordre nécessaire, on n'ose plus inviter personne et on s'isole, avec toutes les conséquences que cela peut avoir sur la santé et le bien-être psychologique. Une mobilité, une sociabilité et une autonomie de soins réduites sont la conséquence directe d'une habitation inadaptée et sont pour la personne âgée un motif important de recherche d'une MR-MRS. Au fond, le besoin de soins de quelqu'un ne peut avoir d'influence (négative) sur son confort d'habitation. On parle parfois de « dissociation entre l'habitat et les soins », une description qui manque quelque peu de clarté selon nous. Nous préférons parler d'« habitat à vie », qui renvoie à la construction ou à l'adaptation d'une habitation permettant à une personne âgée tributaire de soins de ne pas renoncer à son autonomie (et de rester par conséquent plus longtemps chez elle).

Il y a un risque de surabondance de maisons inadaptées sur le marché.

En 2005, le centre de recherche OASeS de l'université d'Anvers sur l'inégalité, la pauvreté, l'exclusion sociale et la ville a publié le rapport qui met en garde contre le risque de surabondance de maisons inadaptées sur le marché. « Les pouvoirs publics devraient consacrer beaucoup plus d'énergie à la rénovation d'habitations existantes et leur adaptation aux besoins des personnes âgées, mais aussi des jeunes ménages ». Dans ce qui suit, nous parlerons de ce que les pouvoirs publics peuvent faire pour favoriser l'habitat à vie.

En respectant un certain nombre de critères de base, le déménagement pour cause d'obstacles physiques dans le logement peut devenir superflu.

Une première étape dans la réalisation du levier de l'habitat à vie est l'introduction d'un label. Ce label ne doit pas nécessairement être quelque chose de nouveau, on peut très bien s'inspirer de l'*Ontwerprijds Levenslang Wonen* (Guide de conception Habitat à vie) du Ministère de la Communauté flamande (Denef, 1999). « Le label est une garantie par rapport à des exigences de base en matière de confort, de sécurité et d'accessibilité. En respectant un certain nombre de critères de base, notamment repris dans le guide, le déménagement pour cause d'obstacles physiques dans le logement deviendrait superflu. Cela ne signifie pas que les logements concernés doivent être entièrement adaptés aux personnes en chaise roulante. Le fait que les critères de base soient repris dans la conception de l'habitat permet cependant une adaptation aisée et peu coûteuse de l'« habitat à vie » en fonction de la mobilité plus réduite ou d'autres exigences de confort de l'occupant. Ces critères de base ne s'appliquent pas nécessairement à tout l'habitat, mais bien à l'habitat de base comprenant au minimum un espace de vie, une cuisine, une chambre à coucher, une salle de bains et une toilette sur un étage. Si l'habitat de base répond aux critères de base, cela signifie que l'habitat est adaptable moyennant des mesures minimales aux besoins à venir de l'occupant.

Les critères de base ne peuvent pas être appliqués de façon linéaire, ils doivent être suffisamment généraux pour permettre une certaine flexibilité et une préférence individuelle, et ils ne peuvent pas être gravés dans le marbre.

Les mesures destinées à promouvoir les logements labellisés doivent voir le jour le plus rapidement possible pour que le parc de logements des baby-boomers soit adapté à temps. Cela nous donne un cadre temporel d'environ 15 ans.

La plupart des critères de base, selon le guide, sont directement applicables : il s'agit d'exigences en matière de proximité entre les pièces (par ex. : cuisine et espace de vie) et d'exigences minimales en matière d'espace de rangement et d'installation pour les appareils sanitaires, de hauteur de placement des interrupteurs, etc. Les critères de base comprennent en outre un certain nombre d'exigences assez strictes en matière de percements, d'espace extérieur, de zones d'accès, etc. » (Beusen *et al.*, 2004, p.12-13)

Nous ne disons pas par là que tous les critères de 1999 doivent être directement repris. Il faut donc faire preuve d'une certaine réserve quant à l'applicabilité intégrale de ces critères de base, par exemple dans les projets de rénovation. En d'autres termes, les critères de base ne peuvent pas être appliqués de façon linéaire, ils doivent être suffisamment généraux pour permettre une certaine flexibilité et une préférence individuelle, et ils ne peuvent pas être gravés dans le marbre.

Afin de promouvoir la construction et la propagation de « logements labellisés », le think tank Habitat et Bien-être propose quelques instruments politiques. Ces instruments ou d'autres stimulants doivent voir le jour le plus rapidement possible pour permettre une adaptation du parc de logements existant des baby-boomers lorsque ceux-ci commenceront à perdre leur indépendance. Cela nous donne un cadre temporel d'environ 15 ans. Le think tank Habitat et Bien-être suggère par exemple de tenir compte lors de la construction de nouveaux logements sociaux des critères de base du label, et tous les logements sociaux pourraient devenir à long terme des logements labellisés. Mais il faut aussi veiller à ce qu'un maximum d'habitations dans les zones de soins et de services à domicile satisfassent aux exigences du label Habitat à vie. Cela peut se faire en stimulant la construction d'habitations labellisées par le biais d'initiatives privées ou de particuliers. Voici quelques propositions concrètes du think tank :

- primes à l'adaptation²⁰ ;
- taux de TVA moindres pour la construction de nouveaux logements labellisés ou l'adaptation de logements existants en logements labellisés ;
- insertion (d'une série) de critères des logements labellisés dans les prescriptions urbanistiques ;

²⁰ Il existe déjà aujourd'hui un certain nombre de primes, telles que la prime à l'adaptation du logement pour les personnes âgées ou la prime à l'aménagement spécial du logement. Ces primes pourraient toutefois être étendues. Pour le financement de ces primes, une partie des subventions accordées pour les panneaux solaires pourrait être investie dans les maisons spécialement aménagées.

- droit de préemption : la commune peut instituer le droit de préemption territorial dans des zones proches de structures de soins existantes de façon à ce que les sociétés de logements sociaux, les CPAS et les communes puissent veiller dans ces zones à une offre accrue de logements labellisés ;
- la formule SICAF qui offre de nombreux avantages²¹ ;
- étendre la mission des sociétés de logements sociaux de façon à ce qu'elles puissent aussi développer des projets pour des groupes cibles spécifiques tels que les personnes âgées, les personnes handicapées et d'autres tributaires de soins ;
- adapter l'arrêté sur la location sociale de façon à ce que les sociétés de logements sociaux puissent aussi développer une politique axée sur des groupes cibles dans leur règlement d'attribution ;
- on peut progressivement prélever un montant (croissant) sur les canaux de subvention existants pour l'adaptation de logements (plus le nombre de logements labellisés augmente, moins il faudra d'argent pour les adaptations).

Moyennant un bon encadrement et un contrôle budgétaire, l'habitat à vie peut aboutir à une situation gagnant-gagnant-gagnant : le parc de logements existant sera amélioré, les nouveaux logements permettront de faire face aux défis démographiques à venir et les gens pourront rester plus longtemps dans leur maison, ce qui permettra de réaliser des économies sur les soins résidentiels.

😊 RECOMMANDATIONS

- Un label habitat à vie, dépendant du respect de quelques critères de base simples, peut être instauré. Ces critères de base ne peuvent toutefois pas être appliqués de manière linéaire, ils doivent être suffisamment généraux pour permettre une certaine flexibilité et une préférence individuelle, et ils ne peuvent pas être gravés dans le marbre.
- Créer le cadre politique et développer les stimulants qui promouvoir les logements labellisés.

²¹ Pour une analyse, voir Beusen *et al.*, 2004, p.15.

Les personnes âgées doivent être suffisamment mobiles pour pouvoir se rendre aisément d'un service à l'autre, pour ne pas se retrouver isolées socialement et pour devenir de nouveaux et puissants acteurs économiques. Le développement de quartiers socialement durables joue un rôle clé dans ce domaine. Ces investissements se récupèrent dans le gain pour la santé, la moins grande consommation de soins, la revalorisation du quartier et le nombre accru d'activités économiques.

Le levier appelé aménagement du territoire

L'aménagement spécial ne doit pas seulement concerner le logement, mais aussi les quartiers si l'on ne veut pas contribuer à l'apparition de ghettos de personnes âgées. De plus, un aménagement du territoire favorable aux aînés cadre parfaitement avec l'idée des centres de services de soins et de logement qui fonctionneront plus comme une « plaque tournante de soins » que comme une institution de soins (voir chapitre 5). L'intégration des services occupe une place prépondérante dans le décret sur les soins et le logement, mais elle ne s'obtient pas uniquement au niveau organisationnel, le niveau urbanistique doit aussi le vouloir et le pouvoir. Les personnes âgées doivent être suffisamment mobiles pour pouvoir se rendre aisément d'un service à l'autre, pour ne pas se retrouver isolées socialement et pour devenir de nouveaux et puissants acteurs économiques. Le développement de quartiers socialement durables joue un rôle clé dans ce domaine.

Les quartiers sont des carrefours de contacts sociaux du fait que les gens y vivent, se détendent et travaillent les uns près des autres. Les quartiers socialement sains sont des quartiers de composition diverse, où les gens se sentent chez eux, en sécurité, vus et soutenus. Nos quartiers et notre voisinage doivent retrouver une certaine vitalité avec, pour chaque quartier, une diversité appropriée dans les fonctions, dans la répartition par âge et la composition de la population. Faisons en sorte que nos quartiers redeviennent des quartiers inclusifs et prévoyons de la place pour les personnes handicapées ou tributaires de soins. Cela peut se faire en organisant et en prévoyant des activités communes dans des lieux publics de rencontre. Il est crucial que les parties comprennent que l'investissement dans les quartiers ne vaut la peine que s'il est non seulement fait dans l'infrastructure physique, mais aussi dans l'infrastructure sociale. Ces investissements se récupèrent dans le gain pour la santé, la moins grande consommation de soins, la revalorisation du quartier et le nombre accru d'activités économiques (DRIFT, 2009).

CADRE 4 | PRINSENHOF, RENCONTRES DE QUARTIER

Dans le quartier Het Lage Land, à Rotterdam, les occupants de 1200 appartements spécialement aménagés se sont regroupés en une organisation d'habitants. Cette organisation a créé en collaboration avec la corporation locative Woonstad Rotterdam, les organisations Pameijer et Laurens un centre de rencontre dans le quartier, appelé Prinsenhof, axé sur les personnes âgées. Ce centre de rencontre a été créé pour et par les habitants du quartier et est aussi géré par eux. Des activités sont quotidiennement organisées pour les habitants du quartier dans le domaine de l'éducation, de l'exercice physique et de la créativité. Outre ces services de bien-être, le centre propose également différents traitements curatifs comme la kinésithérapie et mène des actions de prévention. Le centre de rencontre Prinsenhof veille au renforcement des liens sociaux dans le quartier et prévient l'isolement social chez les personnes âgées. Les habitants du quartier se sentent chez eux dans leur quartier et peuvent continuer à y vivre plus longtemps grâce au système de soutien.

SOURCE : INSTITUT DE RECHERCHE NÉERLANDAIS SUR LES TRANSITIONS

Les « **villes amies des aînés** » de l'Organisation mondiale de la Santé sont des villes et des communes qui peuvent être reconnues par les pouvoirs publics comme favorables aux personnes âgées après avoir suivi un plan quinquennal.

En d'autres termes, un quartier socialement durable part d'une approche holistique qui intègre aussi bien l'accessibilité que la culture, les soins, le logement, le bien-être, la sécurité, etc. L'aménagement du territoire devra encore plus tenir compte de cette approche dans l'avenir que ce n'est le cas aujourd'hui. L'approche globale de l'individu doit se traduire par une organisation globale de l'espace dans lequel l'individu opère et doit par conséquent intégrer des facteurs médicaux, psychologiques et sociaux. Dans cette optique, les pouvoirs publics français ont développé le label « Bien Vieillir – Vivre ensemble » qui a été lancé en 2009. Au fond, les Français ne font qu'appliquer les recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé sur l'art d'aménager des « **villes adaptées aux aînés** ». Les villes et les communes peuvent être reconnues par les pouvoirs publics comme favorables aux personnes âgées après avoir suivi un plan quinquennal. Au cours de la première année, un audit urbain est organisé sous la direction d'un comité de pilotage. Il va de soi que beaucoup de représentants des associations locales de personnes âgées font partie de ce groupe de pilotage. Durant la deuxième année, la commune doit élaborer un plan d'action sur la base des recommandations

du groupe de pilotage. Des indicateurs doivent également être développés pour que l'évolution soit mesurable et évaluable. Le plan d'action est exécuté pendant les trois années suivantes. Après cinq ans, une première évaluation est effectuée en vue d'une éventuelle reconnaissance. Les communes peuvent s'inspirer du réseau « villes adaptées aux aînés » que l'Organisation mondiale de la Santé a mis sur pied »²².

☺ RECOMMANDATIONS

- Développer à l'exemple de la France un label « Bien vieillir – Vivre ensemble ».

Le monde merveilleux des T(IC)

La télémédecine, la technologie cyborg, les marqueurs RFID ou les dossiers de santé électroniques, la technologie et les TIC évoluent aussi dans le secteur des soins et de la santé. Le développement de technologies (de l'information) dans les soins connaît depuis quelques années une croissance exponentielle. Celles-ci peuvent être utilisées de deux façons complémentaires : premièrement, pour améliorer l'efficacité et la qualité de tout le système et deuxièmement, pour favoriser l'autonomie de la personne tributaire de soins.

1. La technologie peut apporter des améliorations systémiques

Dans une enquête de Trends et de la revue Le Généraliste, qui a été publiée en 2007, 63 % des 422 généralistes interrogés reconnaissent que les maisons de repos et de soins qu'ils visitent ne disposent pas de dossiers médicaux électroniques pour leurs résidents. D'après l'indice européen des consommateurs de soins de santé 2009, la Belgique partage en matière de télésanté la 17^e place sur 33 pays européens avec 7 autres pays. Elle appartient par là même à la partie la moins performante de la classe. Il est cependant prouvé que la technologie peut apporter trois avantages importants pour la qualité des soins de santé : une meilleure observation des directives et des normes sanitaires, un meilleur contrôle et une meilleure surveillance du patient, et enfin une diminution du nombre d'erreurs de médication. Par un usage plus intensif des TIC dans le secteur des soins, on peut en outre améliorer l'efficacité du système de soins. On consomme d'abord moins de soins. Et cela est notamment dû à la précision accrue des tests, à l'accès à un plus grand nombre d'informations sur le patient, aux rappels automatiques, etc., qui font que les analyses et les diagnostics sont toujours plus précis.

La technologie peut apporter trois avantages importants pour la qualité des soins et des soins de santé : une meilleure observation des directives et des normes sanitaires, un meilleur contrôle et une meilleure surveillance du patient, et enfin une diminution du nombre d'erreurs de médication. L'utilisation de TIC dans le secteur des soins peut en outre améliorer l'efficacité du système.

²² Le lecteur intéressé trouvera ici toutes les informations utiles : http://www.who.int/ageing/age_friendly_cities_network/en/index.html

Pour pouvoir comparer l'efficacité de technologies, des Health Technology Assessments ont été développées. Une HTA est un processus qui évalue l'efficacité, les coûts des technologies de la santé et leur impact plus large sur le système de soins de santé et la société.

Cette diminution de la consommation est évaluée dans les études à un pourcentage allant de 8,5 à 24 % de la consommation de soins. Ensuite, le prestataire de soins peut mieux utiliser son temps, c'est en tout cas ce que dit une étude de Kuperman *et al.* (1999). Ils ont constaté que les prestataires mettaient 11 % de temps en moins pour dispenser les mêmes soins. Des chercheurs tels que Hillestad *et al.* ont enfin démontré que l'utilisation de nouvelles technologies de l'information permettait d'économiser beaucoup d'argent à moyen et à long terme, malgré les coûts d'apprentissage et d'investissement non négligeables.

Avec l'augmentation importante des dépenses en soins et de santé liées au vieillissement, il faut saisir l'occasion d'investir davantage dans les technologies qui améliorent la qualité et l'efficacité de notre système de soins. Cette efficacité accrue, qui va de pair avec l'utilisation des technologies de l'information, peut aider à limiter les dépenses. Cela nécessite néanmoins le soutien, la collaboration et une responsabilité partagée des autorités, des assureurs, des institutions de soins et des prestataires de soins informels. Si l'on consacre de plus en plus de moyens aux nouvelles technologies, il est bien sûr aussi important de soumettre ces investissements à une évaluation approfondie. Pour pouvoir comparer l'efficacité de technologies, des HTA, ou évaluations des technologies de la santé, ont été développées (Scales et Laupacis, 2007). Une HTA est un processus qui évalue l'efficacité, les coûts des technologies de la santé et leur impact plus large sur le système de soins de santé et la société. Nous recommandons donc d'utiliser autant que possible des HTA de manière non discrétionnaire lorsqu'un investissement technologique important doit être fait²³. De cette façon, on ne consacrera de l'argent qu'aux technologies les plus efficaces et la possibilité de faire des économies sera exploitée au maximum.

😊 RECOMMANDATION

- Miser sur la technologie pour améliorer la qualité et l'efficacité de l'aide et des soins de santé. Ce faisant, utiliser des HTA (évaluations des technologies de la santé) pour voir quelles sont les applications les plus avantageuses en matière d'aide et de soins de santé.

²³ Dans *What Price for a Year of Life? The Threshold Discussion in Health Technology Assessment* (2008), Pugath et Meir formulent des critiques sur les HTA actuelles et font même quelques propositions d'amélioration. Cette publication est disponible en ligne sur le lien suivant : http://www.stockholm-network.org/downloads/publications/HTA_4.pdf.

Le deuxième objectif important de la technologie des soins est de permettre à la personne âgée tributaire de soins de récupérer une partie de son autonomie.

Des applications telles que la télévigilance multifonctionnelle, la télémédecine, la vidéosurveillance, le système d'alarme mobile avec localisation et la vidéocommunication sont aujourd'hui des produits technologiques de base qui commencent à faire leur chemin dans le secteur des soins aux personnes âgées.

2. Technologie et autonomie

Le deuxième objectif important de la technologie des soins est de permettre à la personne âgée tributaire de soins de récupérer une partie de son autonomie. On parle parfois dans ce cas de « gérontechnologie ». De cette façon, les personnes âgées peuvent vivre et être soignées plus longtemps dans leur environnement familial, ce qui correspond tout à fait à leurs attentes. De plus, les applications gérontechnologiques peuvent générer à terme des économies. Premièrement, le maintien à domicile de personnes tributaires de soins coûte en principe moins au contribuable (mais pas forcément à la société) (Gimbert, 2009). Deuxièmement, Monnier (2007) démontre que le report d'une entrée en institution de quelques années peut limiter l'augmentation attendue des besoins en capacité pour les soins hospitaliers.

On ne peut imaginer plus fou, mais un technologiste y a pourtant bien réfléchi un jour. Des applications telles que la télévigilance multifonctionnelle, la télémédecine, la vidéosurveillance, le système d'alarme mobile avec localisation et la vidéocommunication sont aujourd'hui des produits technologiques de base qui commencent à faire leur chemin dans le secteur des soins aux personnes âgées. En Australie, un système de surveillance peut être installé chez les personnes âgées démentes pour détecter les comportements étranges et avertir le médecin traitant le cas échéant. Un rapport de l'Organisation mondiale de la Santé cite l'exemple d'une certaine « M^{me} P » qui souffre d'une forme légère de démence. Un jour, le système de surveillance a constaté un comportement inhabituel chez M^{me} P et a averti le médecin traitant. Celui-ci a découvert qu'une constipation était à l'origine du comportement étrange de M^{me} P et il l'a tout de suite envoyée à l'hôpital, où elle a été soignée et renvoyée chez elle le jour même. La détection rapide du problème et l'hospitalisation d'urgence ont peut-être permis d'éviter une longue hospitalisation. Le projet « Dichtbije zorg op afstand » de la Croix Jaune et Blanche anversoise (Cadre 5), destiné à l'encadrement de patients déments, et le projet ZorgTV des Mutualités Libres, destiné à l'encadrement des patients diabétiques de type 2 par l'information, l'éducation et un accompagnement personnel via la télévision, sont deux beaux projets belges qui valent la peine d'être mentionnés. Sur www.novatouch.nl, vous pouvez télécharger et essayer gratuitement pendant 30 jours une application logicielle pour les personnes âgées.

CADRE 5 | PROJET « DICHTBIJE ZORG OP AFSTAND »

Gestion d'agenda pour les personnes en début de phase démentielle

Le projet « Dichtbije zorg op afstand » est une initiative commune du centre de services de soins et de logement De Hazelaar et de la Croix Jaune et Blanche anversoise. Le but de ce projet est de rappeler aux personnes en début de phase démentielle qui vivent chez elles leurs rendez-vous et les tâches planifiées, 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Cela peut aller de la prise de médicaments à une après-midi de cartes ou une fête de famille en passant par un rendez-vous chez le kiné ou le coiffeur. Dans la plupart des cas, cela se fait par le biais d'un contact téléphonique, mais dans certains cas, ils utilisent aussi la vidéocommunication (un téléphone avec écran) pour vérifier si cette technologie apporte une valeur ajoutée à la prestation de services. Le centre De Hazelaar veille dans le cadre du projet à une prise de contact consciencieuse avec le bénéficiaire de l'aide et le gestionnaire de l'agenda (généralement un intervenant de proximité) ; la Croix Jaune et Blanche anversoise s'occupe des contacts quotidiens avec le bénéficiaire de l'aide et de la communication continue avec le gestionnaire de l'agenda depuis le dispatching sanitaire.

Objectif

Le but du projet est de permettre aux personnes en début de phase démentielle de rester plus longtemps chez elles et de conserver leur autonomie dans leur environnement familial – en collaboration avec et par un soutien aux intervenants de proximité, infirmiers, soignants, aides-soignants, etc. – et ainsi de postposer voire d'éviter un accueil résidentiel.

Premiers résultats

Les premières expériences limitées montrent que le bénéficiaire de l'aide voit effectivement sa journée mieux organisée et bénéficie parfois aussi de l'attention particulière des centralistes. Une autre constatation est que cela allège considérablement la tâche des intervenants de proximité. Notamment au niveau des nombreux coups de fil ponctuels qu'ils devaient passer chaque jour.

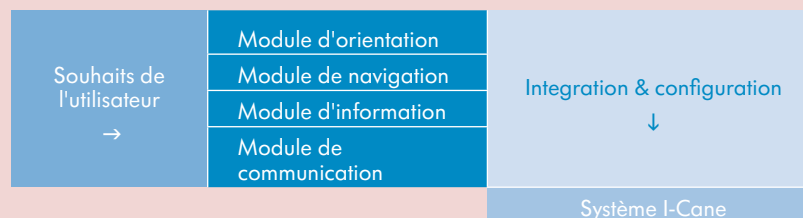
SOURCE : CROIX JAUNE ET BLANCHE ANVERSOISE

D'autres applications technologiques sont moins évidentes et paraissent vraiment futuristes.

D'autres applications technologiques sont moins évidentes et paraissent vraiment futuristes. En 2001, le projet « 21st Century Robot Challenge » a été lancé au Japon. Ce projet visait le développement de robots domestiques. La fondation i-Cane aux Pays-Bas a développé une canne pour aveugles, malvoyants et personnes perdant la vue qui possède notamment des fonctions de communication et de navigation (cadre 6), et l'association Living Tomorrow à Vilvorde a conçu le prestigieux appartement du futur pour personnes âgées (cadre 7)²⁴. Et ce n'est que la partie visible de l'iceberg. Avec le développement de la nanotechnologie et de la biotechnologie, les seules limites semblent être d'ordre éthique.

CADRE 6 | LE PROJET I-CANE

Il existe déjà aujourd'hui différents outils technologiques de détection d'obstacles et d'aide à la navigation pour les personnes visuellement handicapées. Ces outils ne sont toutefois pas adaptés les uns aux autres, ils ne travaillent pas ensemble et font largement appel aux aptitudes perceptives et cognitives de l'utilisateur. Outre les avantages de la canne classique (caractère reconnaissable, transmission de signaux physiques), il faut donc une solution intégrée qui ajoute à cette canne les possibilités offertes par les technologies modernes.



²⁴ Dans Chan *et al.* (2009), le lecteur intéressé trouvera un aperçu des technologies et des applications de « smart homes » ou maisons intelligentes existantes, des possibilités à venir et de leur impact social potentiel.

Le système i-Cane est équipé de différents modules possédant chacun plusieurs fonctions parmi lesquelles un choix peut être fait à l'aide d'éléments plug-and-play. La possibilité de choix modulaire des fonctions selon les besoins représente sur le plan de la mobilité assistée une énorme avancée pour l'utilisateur. Intégration et configurabilité sont les concepts clés.

Le système est ainsi basé sur une structure modulaire intégrée pour les fonctions annexes suivantes :

1. détection d'obstacles : pour éviter que la personne ne heurte des obstacles sur son chemin ;
2. navigation : pour aider la personne à trouver son chemin selon un itinéraire enregistré à l'avance ;
3. intégration de la communication venant de sources externes, comme un changement dans les horaires des transports en commun ou une information locale ;
4. fourniture d'informations à l'aide de la flèche tactile sur la poignée ;
5. intelligence centrale pour la sécurité.

SOURCE : FONDATION I-CANE

CADRE 7 | L'APPARTEMENT DU FUTUR POUR PERSONNES ÂGÉES DE LIVING TOMORROW

Living Tomorrow a conçu avec ses partenaires un appartement où les nouvelles technologies et les nouveaux systèmes peuvent offrir des solutions pour l'autonomie individuelle et collective de la personne âgée.

Cet appartement pour personnes âgées n'existe pas encore, mais il est un bon exemple de la façon dont les personnes âgées pourraient vivre dans un futur pas si lointain et montre en outre que les possibilités technologiques peuvent déjà aujourd'hui aller très loin. Living Tomorrow a opté pour un logement résistant aux aléas de l'existence, un logement sûr, confortable et accessible à tous et à chaque phase de la vie. Ce logement s'adapte à l'évolution des conditions de vie sans nécessiter de grandes transformations. Ses concepteurs ont mis l'accent sur la sécurité, le confort, l'accès aux soins de santé et la communication avec le monde extérieur.

La personne âgée veut se sentir en sécurité dans son propre environnement

Une cuisine équipée intelligente aide la personne âgée dans la préparation quotidienne de ses repas. Le four intelligent et la hotte aspirante sont équipés de capteurs qui mesurent en permanence la teneur en eau et la température spécifiques des aliments. Si une situation anormale se produit (par ex. nourriture collée au fond de la casserole), ces équipements la détecteront immédiatement et se mettront automatiquement hors service en cas de danger. Le revêtement de sol innovant constitue également un maillon indispensable à la sécurité. Ce revêtement interactif intègre une sorte de système d'alarme capable de notifier toute situation anormale. En cas de chute de la personne âgée, les capteurs incorporés au revêtement de sol détectent toute pression prolongée. Le revêtement de sol entre alors en contact avec le personnel soignant par l'intermédiaire d'une centrale d'alarme. Cette prise de contact permet une aide immédiate et permet donc aussi de prévenir nombre de complications en cas de fracture ou d'infarctus. Ces deux innovations contribuent à rehausser le sentiment de sécurité de la personne âgée.

La technologie favorise les contacts avec le monde extérieur

Le contact avec le monde extérieur et les membres de la famille est très important pour les personnes âgées. C'est la raison pour laquelle Living Tomorrow a intégré, par le biais de l'internet et d'un système domotique, une innovation permettant à la personne âgée de rester en contact direct avec le domicile de ses petits-enfants. Elle pourra ainsi raconter chaque soir une histoire à ses petits-enfants sans avoir à se déplacer. Le téléphone installé dans l'appartement facilite lui aussi la communication. Les touches chiffrées du combiné sont associées à des photos des enfants et petits-enfants, et les icônes des services de secours sont bien sûr présentes.

Les soins de santé sont désormais possibles à domicile

La technologie conviviale équipant l'appartement pour personnes âgées permet à la personne âgée de bénéficier de soins de meilleure qualité à domicile. Le logement intègre un « miroir sanitaire » intelligent aux fins de prévention. Les paramètres les plus importants (pouls, tension artérielle et température) de la personne âgée sont mesurés par le biais de différents **capteurs corporels incorporés dans la brosse à dents** et sont transmis sous une forme sécurisée et cryptée au médecin traitant de la personne concernée. En cas de mesure suspecte, le médecin est en mesure de rappeler son patient pour prévenir toute aggravation. À chaque visite, les mesures représentatives des paramètres permettent également au médecin de consacrer davantage de temps à l'examen approfondi de son patient et au développement d'un contact personnel avec celui-ci. Les personnes âgées doivent souvent prendre des médicaments. En cas d'oubli, l'effet et l'efficacité de ces médicaments diminuent considérablement. Le miroir sanitaire intelligent est donc là pour indiquer les heures auxquelles le patient doit prendre ses médicaments.

SOURCE : LIVING TOMORROW

La technologie est sans aucun doute un des piliers qui nous aideront à supporter la pression du vieillissement. Mais la technologie n'est pas la panacée. Le point de départ doit être une adéquation réfléchie entre les besoins réels de l'utilisateur final, son entourage et la valeur ajoutée de la technologie d'assistance.

La technologie est sans aucun doute un des piliers qui nous aideront à supporter la pression du vieillissement. Mais la technologie n'est pas la panacée. Le point de départ doit être une adéquation réfléchie entre les besoins réels de l'utilisateur final, son entourage et la valeur ajoutée de la technologie d'assistance. La valeur ajoutée de la solution technologique est déterminée par 1) le maintien de l'indépendance que l'on

La technologie doit satisfaire à des exigences strictes. Les « sept principes de la conception universelle » sont cruciaux.

éprouve en tant qu'utilisateur et 2) le soutien que ressent l'entourage par l'utilisation de la technologie proposée. Les soins ne peuvent donc pas être uniquement confiés aux machines, et surtout pas dans les soins aux personnes âgées où les composantes sociale et psychologique des soins jouent aussi un rôle.

la technologie doit encore satisfaire à d'autres exigences. Elle doit être, surtout lorsqu'elle concerne un individu tributaire de soins, pratiquement invisible pour éviter toute stigmatisation. Elle doit aussi être fiable à 100 %, car chez les personnes âgées la technologie n'aura pas de seconde chance. Si la technologie est défaillante, il y a de fortes chances pour que la personne âgée n'ait ensuite plus la motivation nécessaire pour s'engager dans une nouvelle aventure technologique. « Une approche professionnelle est donc une nécessité dans la fourniture d'une technologie de soutien », dit Peter Deboutte, directeur d'In-Ham, une ASBL qui vise le développement du centre d'expertise multidisciplinaire en technologie d'assistance²⁵. « Une adéquation correcte entre la demande et l'offre technologique et la connaissance du profil de l'utilisateur final sont d'une importance primordiale. La préconisation d'une technologie d'assistance nécessite donc une collaboration interdisciplinaire pour garantir le bon choix », conclut Deboutte. Nous retiendrons également cette recommandation.

La transition doit être progressive et la technologie doit dans la mesure du possible être « *accordable et reconfigurable* », c'est-à-dire que les applications doivent être capables d'apprendre et d'observer, d'être personnalisées et adaptées. Il est enfin crucial de prendre en considération les sept principes de la « *Conception universelle* » de l'architecte Ron Mace :

- usage pour tout le monde
- flexibilité d'usage
- usage simple et intuitif
- informations perceptibles immédiatement
- tolérance à l'erreur pour limiter les risques et les conséquences indésirables de mauvaises manipulations ou d'actions involontaires
- faible niveau d'effort physique
- dimensions et normes d'utilisation appropriées

²⁵ Lors de l'après-midi d'études « Nu zorgen voor morgen 2010, Technologie in eerstelijnszorg » à Roulers, le 27/04/2010.

Sur le plan de la politique à suivre, nous devons tirer les leçons de la révolution générale et permanente des TIC de notre temps : l'innovation et l'évolution sont le fruit d'un marché privé dynamique et international. Un énorme potentiel économique difficile à mettre dans un plan de politique. Les décideurs politiques ne peuvent pas réaliser ce potentiel, mais ils peuvent cependant le bloquer ou le faciliter. Nous préférons la dernière solution. La question est alors la suivante : que faut-il faire pour mener à bien cette évolution technologique en Belgique et quels sont les points qui méritent une attention particulière ?

Seulement 10 % des personnes de plus de 65 ans utilisent régulièrement l'internet, contre une moyenne de 47 % pour la population de l'UE à 25. Les personnes âgées risquent de se voir privées des avantages que représente la société de l'information puisqu'elles ne disposent pas d'un accès de base à la technologie et aux technologies de l'information.

Les personnes âgées risquent particulièrement de se voir privées des avantages que représente la société de l'information puisque nombre d'entre elles ne disposent pas d'un **accès de base** à la technologie et aux technologies de l'information. Cela signifie concrètement que le retard des personnes âgées en la matière doit être comblé. Seulement 10 % des personnes de plus de 65 ans utilisent régulièrement l'internet, contre une moyenne de 47 % pour la population de l'UE à 25 (Commission européenne, 2007). Ce taux de pénétration limité s'explique souvent par un manque de motivation, de moyens financiers, de compétences numériques et de formation en la matière. Le marché n'investit de ce fait pas assez dans l'innovation en matière de solutions utiles et abordables pour les personnes âgées. Le marché est trop petit parce que le taux de pénétration de nouvelles technologies et de nouvelles applications chez les personnes âgées est trop faible. Le marché est fragmenté et cette fragmentation freine la prise de **risques d'innovation et d'entreprise**. « Il faut briser le cercle vicieux des carences en solutions adaptées, en sensibilisation, en économies d'échelle, en normes et en modèles d'activité viables, qui débouche à son tour sur un investissement insuffisant dans la recherche et les solutions novatrices », écrit la Commission européenne (p. 7). Mais comment ?

Pour promouvoir l'accès des personnes âgées à la technologie et aux outils TIC, il faut d'abord initier les personnes âgées à ceux-ci. Des chèques-formation peuvent être utilisés pour les pensionnés, et la présence d'ordinateurs et d'équipements à large bande peut être encouragée. Les associations professionnelles, l'industrie, le monde académique et les associations de consommateurs peuvent en outre être stimulés à travailler ensemble pour améliorer l'accès des personnes âgées à l'Internet et à d'autres applications TIC. Il faut cependant signaler que comparativement à leurs prédécesseurs, les baby-boomers

Du côté de l'offre, les risques d'innovation et d'entreprise sont dissuasifs. Mais il existe différents instruments politiques pour réduire les risques existants de manière drastique.

connaissent déjà un peu mieux les ordinateurs et la technologie. L'accès des personnes âgées va donc probablement s'améliorer en partie de lui-même dans les années à venir.

Pour réduire les risques d'innovation et d'entreprise, il existe différents instruments politiques. Le marché des TIC et des applications gérontologiques doit d'abord être développé. La priorité doit être donnée au développement de normes et de critères communs au niveau international pour que des systèmes différents soient compatibles. L'absence actuelle de normes et de critères communs est due au sérieux manque de coordination et de coopération entre les acteurs du marché tout au long de la chaîne de prestation de services. « La coopération entre l'industrie, les utilisateurs et les autorités est essentielle pour atteindre un degré élevé de visibilité et de sensibilisation, obtenir une plus grande rentabilité, accroître la transparence en comprenant les besoins des utilisateurs, trouver des solutions pour l'interopérabilité, adapter les cadres réglementaires, partager les risques en matière de recherche et d'innovation et, de façon générale, suivre les progrès » (p. 8). Concrètement, il faut élaborer des agendas communs de recherche, partager les ressources rares et développer des plateformes communes. Il est réjouissant de lire que les projets de recherche et de développement au niveau européen seront rassemblés avec d'autres initiatives afin de créer un cadre commun d'interopérabilité en matière de services et de solutions TIC pour les personnes âgées. Pour réduire les coûts fixes d'investissement et confronter autant que possible les idées, il faut concentrer les efforts et travailler à grande échelle. On peut aussi appliquer le principe de l'innovation ouverte²⁶. Et les contrats de partage de risque, où les coûts d'investissement sont juridiquement répartis entre différents acteurs (les autorités étant souvent l'un de ces acteurs), peuvent concilier des besoins importants, des coûts considérables et éventuellement des avantages considérables.

☺ RECOMMANDATIONS

- Du côté de la demande, le retard numérique des personnes âgées doit être comblé. Les autorités peuvent améliorer l'accès à la technologie et aux outils TIC en investissant dans la formation (par exemple au moyen de chèques-formation) et en mettant à disposition des solutions et des services correctement élaborés.

²⁶ Plus d'informations sur <http://www.openinnovatie.nl>

- Du côté de l'offre, il faut veiller à ce que les produits soient développés en concertation avec les utilisateurs et faire attention à toute une série de conditions (la stigmatisation est par exemple inadmissible). Les sept principes de la conception universelle sont en la matière un excellent modèle à suivre.
- Les autorités ont une tâche importante à assumer dans la limitation des risques d'innovation et d'entreprise du côté de l'offre. La coordination, par le biais de normes et de critères généraux et l'harmonisation internationale des agendas de recherche, l'interopérabilité, les économies d'échelle à réaliser par une régulation coordonnée, les cadres juridiques qui permettent la conclusion de contrats de partage de risque et l'incitation à l'application du principe de l'innovation ouverte peuvent effectivement être déterminants. Il est conseillé aux autorités de mener une politique industrielle « *light* », mais – et c'est une des leçons tirées de l'histoire économique – certainement pas plus que *light*.
- Les autosoins par l'autonomisation ne peuvent évidemment constituer qu'une partie de l'offre globale de soins, et nous finirons tout de même par devenir plus ou moins dépendants des autres pour nos soins. Ces aidants doivent donc aussi être renforcés dans leurs capacités à jouer leur rôle de prestataire.

RENFORCER L'ENTOURAGE !

L'importance de la première ligne

Les médecins traitants sont parfois considérés comme les gardiens de notre système de soins de santé. Ils dirigent en effet les patients vers des spécialistes lorsqu'ils pensent qu'un diagnostic plus poussé et un autre traitement éventuel s'avèrent nécessaires. Les médecins traitants veillent donc à ce que tout le monde ne se rende pas chez un spécialiste, que les personnes qui ont besoin de soins spécialisés les reçoivent à temps et que leurs propres patients soient examinés et traités à temps de façon à éviter autant que possible des interventions ultérieures (spécialisées) plus coûteuses. De nombreuses études indiquent donc qu'une première ligne performante et accessible est la clé d'un système de soins de santé rentable et de qualité.

Cela n'est guère différent pour notre système de soins aux personnes âgées. Van Camp-Van Rensbergen (2005) constate que « bien que le profil sexe, âge et santé des résidents de MR/MRS soit globalement comparable [...], on ne trouve pas de profil similaire pour

De nombreuses études indiquent qu'une première ligne performante et accessible est la clé d'un système de soins de santé rentable et de qualité. Il en va de même pour notre système de soins aux personnes âgées : les médecins traitants assurent en effet un adressage correct.

les patients dirigés vers l'hôpital. Les institutions se différencient considérablement, tant sur le plan du taux d'hospitalisation (nombre d'hospitalisations) que sur le plan de l'indication d'hospitalisation. » (p. 35) Dans certains cas, les personnes âgées sont parfois, parfois pas, adressées à l'hôpital sans aucune raison médicale objective. Une orientation inadaptée est évidemment en contradiction flagrante avec une pratique de soins efficaces et de qualité²⁷. Des adressages inutiles peuvent entraîner des déplacements inutiles et un risque accru d'infection qui peut à son tour donner lieu à des hospitalisations plus longues et plus intensives. Van Camp-Van Rensbergen conclut donc que la pertinence des orientations dépend de la qualité des soins en médecine générale. « La connaissance et le savoir des médecins traitants (généralistes), mais aussi leurs priorités avec le comportement d'adressage qui en découle déterminent fortement le taux d'hospitalisation des patients. La littérature nous apprend en tout cas que bien des adressages peuvent être évités. » (p. 35-36)

Le rôle de la médecine de première ligne doit aussi être renforcé dans les soins aux personnes âgées. Ce renforcement peut concrètement se faire par une revalorisation de la profession de médecin généraliste²⁸, en faisant jouer aux médecins généralistes un rôle (de régisseur) plus important dans les MR/MRS²⁹, en soulignant l'importance des directives cliniques (Berlowitz *et al.*, 2001) et en s'appuyant en cas de doute concernant l'adressage d'un résidant sur l'expertise d'une consultation gériatrique. Étant donné que certains généralistes adressent trop vite des patients par ignorance, ceux qui travaillent (souvent) avec des structures de soins aux personnes âgées pourraient suivre une formation en gériatrie. Le résidant tirera aussi avantage d'un centre de services de soins et de logement mieux équipé pour remédier aux problèmes médicaux fréquents chez les personnes âgées (infections des voies urinaires, pneumonie, thrombose veineuse, défaillance cardiaque) sans hospitalisation (Ackermann, 2001). Cet équipement devrait s'accompagner de moyens financiers supplémentaires. Vu que « mesurer, c'est savoir », nous proposons dans le droit fil des constatations de Van Camp-Van Rensbergen d'enregistrer « correctement » tous les adressages hospitaliers – c'est-à-dire compte tenu

²⁷ Lynn (1997) dit que la réduction du nombre d'hospitalisations est aussi intéressante pour des raisons financières.

²⁸ Nous avons argumenté ailleurs sur la façon de revaloriser la profession de généraliste en Belgique (Van Damme, 2009).

²⁹ Étant donné que le médecin traitant a une idée claire de l'ensemble des soins à dispenser, il peut agir comme un régisseur. Et sur la base de cette idée globale, il peut donner des indications à tous les prestataires de soins concernés.

des caractéristiques des résidents de l'institution de soins pour personnes âgées – pour pouvoir vérifier quel niveau d'hospitalisation est acceptable par rapport à la moyenne de référence. Un système discret de bonus-(malus) devrait donner aux établissements de soins les incitants financiers appropriés.

☺ RECOMMANDATIONS

- Le rôle de la médecine de première ligne doit aussi être renforcé dans les soins aux personnes âgées parce qu'il garantit un adressage plus pertinent. La **profession de généraliste** même doit être revalorisée, et les généralistes qui travaillent beaucoup avec des personnes âgées doivent bénéficier d'une formation.
- Au niveau méso, certains **centres de services de soins et de logement** peuvent assumer plus de fonctions médicales et les adressages hospitaliers doivent être correctement enregistrés. Un système de bonus-(malus) peut veiller aux incitants financiers nécessaires.

Les soins professionnels aux personnes âgées sont une profession en pénurie.

• Quelles perspectives d'avenir ?

Malgré l'afflux le plus important de candidats infirmiers en vingt ans (Hertogen, 2010), les professions liées aux prestations de soins de santé restent des professions en pénurie. Mais la question est aussi de savoir de quelle marge le secteur dispose pour attirer de nouveaux étudiants et des professionnels, nonobstant des augmentations salariales ciblées (par exemple pour des horaires inconfortables)³⁰. Vu la demande croissante de soins, la raréfaction de la main-d'œuvre et les aspirations des personnes âgées « Génération 2.0 », tout indique donc que la pénurie actuelle va se prolonger dans les années à venir.

Les chiffres présentés dans le deuxième chapitre sont clairs et nets. Dans les quatre prochaines années, le secteur flamand des soins et de la santé devra réussir à attirer 60 000 nouvelles personnes, admet le cabinet Vandeurzen. Selon Van Buggenhout (2010), 9 maisons de repos sur 10 cherchent actuellement des infirmiers³¹. On finit bien par

Tout indique que l'actuelle pénurie de personnel va se prolonger dans les années à venir. Dans 54 % des centres de services de soins et de logement interrogés, la pénurie structurelle dure depuis des mois, voire des années pour 20 % d'entre eux. Dans ces institutions, le nombre moyen de postes vacants est égal à 1,75 pour les infirmiers.

³⁰ De Morgen, 05/03/2010. La Ministre Onkelinx promet une augmentation salariale pour cent mille infirmiers.

³¹ Van Buggenhout a interrogé pour son enquête 274 centres de services de soins et de logement flamands responsables de quelque 24 000 résidents.

trouver le personnel recherché, mais de plus en plus souvent à l'étranger – et moyennant un surcoût considérable. Toujours selon l'étude de Van Buggenhout, plus de 60 % des directeurs de maisons de repos interrogés envisageaient de rompre le contrat de travail d'un ou de plusieurs infirmiers au moment de l'enquête, mais ils ne le font pas à cause de la pénurie du côté de l'offre. L'organisation d'une permanence de 24 heures avec l'équipe ordinaire de soins semble être problématique pour 46 % des maisons de repos interrogées. Dans 54 % des centres de services de soins et de logement interrogés, la pénurie structurelle dure depuis des mois, voire des années pour 20 % d'entre eux. Il n'est donc pas exagéré de parler d'un problème chronique. Dans ces institutions, le nombre moyen de postes vacants est égal à 1,75 pour les infirmiers et 46 % des postes vacants ne sont pas pourvus dans les six mois. La réponse à la demande est tellement faible que les responsables de la politique du personnel n'ont pas le choix dans la moitié des cas vu qu'un seul candidat se présente.

Dans notre propre enquête non représentative menée auprès de directeurs de maisons de repos, ce manque de personnel est immanquablement le défi des années à venir. Actuellement, il faut presque un diplôme d'ingénieur pour pouvoir établir la grille de service dans une institution de soins. D'une part, la demande de soins augmente et devient plus complexe. D'autre part, la main-d'œuvre disponible se raréfie et se diversifie culturellement. Tout le monde s'accorde à dire que le secteur des soins est confronté à un défi de taille en matière de personnel³². Intéressons-nous dès lors aux possibles solutions.

- **Recommandations politiques**

SOIGNER L'IMAGE DE MARQUE DU SECTEUR DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

« En 2009, le secteur des soins de santé a été le deuxième plus grand secteur visé par les demandeurs d'emploi », pouvait-on lire cette année dans le Journal du Médecin, « car c'est le seul secteur à offrir des emplois durables. » Dans les 10 années à venir, la Flandre comptera quelque 40 à 50 000 nouveaux infirmiers en plus (Van Buggenhout, 2010). Le défi consistera donc à convaincre la plus grosse partie de ces nouveaux infirmiers de choisir les soins aux personnes âgées. Sur les quelque 3000 infirmiers sortis en 2010, la moitié au moins devrait passer aux soins aux personnes âgées. Seuls 300 infirmiers

Sur les quelques 3000 infirmiers sortis en 2010, la moitié au moins devrait passer aux soins aux personnes âgées. Seuls 300 infirmiers opteront cependant pour les soins aux personnes âgées – soit un déficit structurel de près de 75 % par an.

³² Pacolet et al. (2005) écrivent « Le manque de soins sera dû à un manque de moyens de financement. [...] Nous craignons donc que ce ne soit là le principal souci, et non le manque de professionnels. » (p. 72) Nous préférons parler d'un double manque : le manque de moyens et le manque de professionnels.

opteront cependant pour les soins aux personnes âgées, de sorte que si la tendance n'évolue pas, nous aurons un déficit structurel de près de 75 % par an.

Il ne sera pas simple d'infléchir la tendance. Le secteur des soins aux personnes âgées est en effet confronté à un problème d'image. Il ressort de l'enquête de Van Buggenhout (2010) que seulement 37 % des étudiants de dernière année de nursing pensent que les centres de services de soins et de logement paient bien à très bien, contre 92 % par exemple pour les hôpitaux universitaires. Avec les organisations humanitaires, les centres de services de soins et de logement doivent de ce fait laisser passer leurs six concurrents pour se retrouver en dernière position. Et dans une interview avec De Standaard, (05/03/2010), Kurt Stabel, vice-président de la Federatie Onafhankelijke Seniorenzorg (fédération regroupant les maisons de repos privées de Flandre), a déclaré que l'énorme problème d'image était le principal point névralgique du secteur : « Les infirmiers pensent manifestement que travailler dans une maison de repos équivaut à passer son temps à laver les personnes âgées et à changer des couches-culottes, alors qu'ils se voient souvent attribuer plus de responsabilités que dans les hôpitaux parce que les maisons de repos n'ont pas de médecins à demeure. »

Les infirmiers pensent manifestement que travailler dans une maison de repos équivaut à passer son temps à laver les personnes âgées et à changer des couches-culottes, alors qu'ils se voient souvent attribuer plus de responsabilités que dans les hôpitaux.

Une campagne de communication ciblée devrait donc être organisée pour dissiper en partie ces (faux) préjugés. Les hautes écoles qui enseignent les soins infirmiers doivent devenir le public cible privilégié. À la lumière de l'importance (future) des soins aux personnes âgées, la formation pourrait davantage intégrer les soins gériatriques. Les infirmiers des centres de services de soins et de logement se voient beaucoup plus vite et beaucoup plus souvent attribuer des responsabilités de gestion qui peuvent plaire aux étudiants ambitieux et peuvent être mises en évidence dans la formation. Cela profitera non seulement à l'image du secteur, mais aussi aux étudiants qui acquerront un savoir très important. Associer activement les infirmiers en formation au monde merveilleux de la technologie d'assistance dans les soins aux personnes âgées peut tout autant contribuer à l'effet magnétique souhaité. Le secteur pourrait aussi mettre sur pied une campagne de sensibilisation annuelle destinée aux étudiants de dernière année de l'enseignement secondaire général, technique et professionnel pour que plus d'étudiants de dernière année choisissent une formation en art infirmier et soient sensibilisés à temps aux possibilités de développement que renferme le secteur des soins aux personnes âgées. « Les seniors ne doivent pas être mis hors course ! » Au contraire,

Le message selon lequel les soins aux personnes âgées deviennent l'un des piliers de notre économie devrait pouvoir attirer des étudiants en quête de sécurité d'emploi et – si la pénurie persiste – de salaires plus élevés.

le message selon lequel les soins aux personnes âgées deviennent l'un des piliers de notre économie devrait pouvoir attirer des étudiants en quête de sécurité d'emploi et – si la pénurie persiste – de salaires plus élevés.

☺ RECOMMANDATIONS

- Les autorités et le secteur doivent travailler ensemble et lancer une campagne de communication à grande échelle, mais ciblée. Le but doit être de dissiper certains préjugés injustifiés et de faire passer le message que les seniors ne doivent absolument pas être mis hors course.
- Mettre davantage l'accent sur la gestion et la technologie dans la formation en nursing gériatrique.

- **S'orienter vers une plus grande diversification des fonctions**

Pour renforcer les soins professionnels aux personnes âgées, l'image des soins aux personnes âgées et le métier doivent être rendus plus attrayants. L'image et le métier ont du reste un effet renforceur mutuel. La réorganisation des tâches et la différenciation des fonctions sont des pistes extrêmement importantes pour l'image de marque et le contenu de la profession. Nous ne pouvons pas reprocher à un étudiant qui travaille dur d'avoir peur de devoir accomplir des tâches de soins « dévalorisantes » une fois sur le terrain. La réorganisation des tâches et la différenciation des fonctions sont en outre des instruments importants pour garantir une utilisation optimale du personnel et une offre de soins sur mesure.

Dans la réorganisation des tâches, les tâches de soins (moins complexes) sont structurellement déléguées. Dans la différenciation des fonctions, les tâches sont réparties dans de nouvelles fonctions. Les fonctions sont de ce fait plus attrayantes, la pression du travail diminue du fait que l'on se désengage de certaines tâches et il y a un enrichissement du fait que de nouvelles tâches peuvent être assumées. La réorganisation des tâches comme la différenciation des fonctions donnent au personnel soignant hautement qualifié plus de temps pour se concentrer sur des demandes de soins plus complexes. Cette épuration des tâches dans l'exercice de l'art infirmier va également de pair avec une élévation du niveau de qualification et de spécialisation des infirmiers qui travailleront beaucoup plus qu'avant dans des équipes pluridisciplinaires. Cela signifie que l'on mise alors sur la complémentarité des différentes professions de soins.

La réorganisation des tâches et la différenciation des fonctions sont des instruments importants pour garantir une utilisation optimale du personnel et une offre de soins sur mesure. Elles offrent une meilleure perspective de carrière aux personnes qui travaillent déjà dans le secteur des soins et permettent l'entrée de personnes moins qualifiées, précisément dans le personnel soignant.

La réorganisation des tâches et la différenciation des fonctions offrent une meilleure perspective de carrière aux personnes qui travaillent déjà dans le secteur des soins et permettent l'entrée de personnes moins qualifiées, précisément dans le personnel soignant (ZIP, 2009). En Allemagne, il existe contrairement à beaucoup d'autres pays une qualification spécifique pour le personnel de soins aux personnes âgées.

😊 RECOMMANDATION

- **Élaborer une nouvelle classification des fonctions offrant davantage de possibilités de parcours professionnels avec la rémunération correspondante, en termes d'avancement et de croissance verticale ou latérale dans la fonction.**

- **Soutenir les prestataires de soins**

Pour ne pas rogner sur la qualité et la quantité dans l'offre de soins, les prestataires de soins professionnels doivent aussi être accompagnés et renforcés dans leur fonction. Et il est conseillé de le faire dans quatre domaines importants : le soutien technologique, le soutien administratif, le soutien « domestique » et la formation.

Les tâches physiquement lourdes peuvent être effectuées par des machines et des robots, cela réduit les risques d'érosion du personnel et ménage le personnel soignant.

Un peu plus de 560 infirmiers ETP s'occupent déjà aujourd'hui en Flandre des admissions au lieu de s'occuper des patients. Ils doivent pouvoir se concentrer sur leurs tâches essentielles : s'occuper des personnes âgées.

1. L'investissement dans la technologie permet aux prestataires de soins d'améliorer la qualité des soins dispensés et de décharger le soignant de certaines tâches pour avoir plus de temps à consacrer aux aspects sociaux et psychologiques de l'ensemble des tâches. Les tâches physiquement lourdes peuvent être effectuées par des machines et des robots, cela réduit les risques d'érosion du personnel et ménage le personnel soignant. Cela contribue aussi directement ou indirectement à la réduction de l'absentéisme maladie. Les exemples les plus connus sont le dossier médical électronique, les distributeurs de médicaments, les instruments d'aide à l'affectation de personnel et un lieu de travail ergonomique (Theunis, 2010).
2. Les prestataires de soins doivent aussi être assistés sur le plan administratif. Rien qu'en Flandre, un peu plus de 560 infirmiers équivalents-temps-plein (ETP) s'occupent déjà aujourd'hui des admissions au lieu de s'occuper des patients (Zorgnet Vlaanderen, 2010). Ils doivent pourtant pouvoir se concentrer sur leurs tâches essentielles : s'occuper des personnes âgées. Cela peut se faire à l'aide des technologies de l'information et de la communication (par exemple le dossier médical global), mais aussi en faisant appel à des collaborateurs logistiques. Un financement public peut éventuellement être prévu pour cela, à condition de mieux adapter les exigences en

Une carrière d'infirmier n'est pas facilement conciliable avec le rythme de la vie de famille. Les autorités peuvent apporter un soutien en la matière.

La formation permanente, la qualification et l'enseignement continué doivent faire partie de l'accompagnement.

- matière de personnel (voir infra). Des incitants financiers peuvent aussi être instaurés pour promouvoir l'utilisation d'outils TIC d'assistance.
3. Une institution de soins ne peut pas être paralysée. Il faut prévoir une permanence de soins suffisante 24 h sur 24 et 7 jours sur 7. Le personnel soignant est de ce fait confronté à des horaires « inconfortables » qui ne sont pas facilement conciliables avec le rythme de la vie de famille. Les institutions de soins, éventuellement aidées par les autorités, peuvent ici aussi soutenir leur personnel en proposant par exemple des services de lessive et de repassage ou un service de garderie. Une meilleure rémunération pour des prestations irrégulières et des primes de rappel, dont ont déjà usé plusieurs fois nos décideurs politiques, sont aussi des possibilités intéressantes.
 4. Enfin, la formation permanente, la qualification et l'enseignement continu doivent faire partie de l'accompagnement. La recommandation de Van Buggenhout (2010) est la suivante : « Des formations de référence peuvent être développées, mais bien en collaboration avec le personnel concerné, en fonction des besoins du secteur et de ses collaborateurs. Certaines formations peuvent être ouvertes aux aides-soignants. Outre ces formations, il faut accorder une attention particulière à la formation continue et au recyclage des travailleurs du secteur de la santé. Des cours spéciaux peuvent être élaborés (développés) pour encourager le personnel infirmier plus âgé à retravailler dans le secteur de la santé. Un besoin réel a aussi été observé en matière de langue et de gestion. » Zorgnet Vlaanderen, la coupole flamande des associations du secteur catholique non marchand, pense amener plus d'étudiants de l'ESG dans le secteur en créant un « master professionnel en art infirmier » au niveau universitaire.

Deux initiatives intéressantes méritent d'être mentionnées ici. Le Projet 600 offre pour l'année académique à venir des formations supplémentaires pour les membres du personnel des secteurs privé et public de la santé. Les candidats ou candidates sélectionnées ont la possibilité d'étudier pendant trois ans tout en conservant leur salaire pour obtenir le diplôme de bachelier en soins infirmiers ou d'infirmier breveté. En attendant, des remplaçants peu scolarisés sont engagés pour remplacer les membres du personnel concernés pour la durée de la formation, des remplaçants qui acquièrent ainsi une expérience professionnelle utile. L'État fédéral supporte les coûts salariaux du personnel de remplacement. L'hôpital Sint Elisabeth à Tilburg utilise quant à lui les possibilités offertes par l'ère numérique de façon innovante pour offrir une formation permanente à son personnel (cadre 8).

CADRE 8 | ESPACE NUMÉRIQUE DE FORMATION POUR LE PROFESSIONNEL (HÔPITAL ST. ELISABETH À TILBURG)

L'hôpital St. Elisabeth à Tilburg s'est donné pour objectif, il y a quelques années, d'améliorer la qualité des formations disponibles pour les infirmiers et les médecins, et a créé à l'époque un nouvel espace numérique de formation.

- **Innovation** : L'enseignement a été conçu et développé en collaboration avec et pour les professionnels de l'organisation, et donne une nouvelle impulsion à la cohésion entre la formation dans des situations (de formation) formelles et l'apprentissage sur le lieu de travail.
- **Approche** : La nouvelle formation numérique comprend à la fois un nouveau système de gestion de l'apprentissage et un bâtiment scolaire virtuel dans lequel les collaborateurs parcourent et suivent eux-mêmes les modules d'enseignement. Elle est axée sur la recherche permanente d'une jonction entre théorie et pratique, et la différenciation selon différents styles et besoins d'apprentissage des participants.
- **Résultat** : L'espace numérique de formation connaît un grand succès : 4000 à 5000 heures de connexion par mois, 3000 modules d'enseignement étalés sur 2 ans et demi, tandis que le nombre d'heures de formation collective a été réduit de 20 à 50 pour cent. L'approche concertée contente tout le monde, les médecins comme les infirmiers qui suivent les formations. L'environnement d'apprentissage numérique a entre-temps été introduit dans plusieurs hôpitaux aux Pays-Bas.

Source : Zorginnovatieplatform

😊 RECOMMANDATION

- Soutenir aussi les prestataires de soins professionnels par le biais de la technologie, d'une assistance administrative et domestique, de la formation et de la qualification.

- **Repenser les besoins en personnel**

Pour pouvoir bénéficier d'un financement INAMI, les centres de services de soins et de logement doivent satisfaire à certaines normes de personnel. Ces normes sont calculées par 30 résidents présentant le même profil de soins et selon la « nature du lit » (MR

Nous devons oser remettre en question les normes de personnel actuelles pour obtenir plus de soins ou de meilleurs soins d'un même nombre ou d'un plus grand nombre de personnes.

ou MRS). Nous devons oser remettre en question les normes de personnel actuelles pour obtenir plus de soins ou de meilleurs soins d'un même nombre ou d'un plus grand nombre de personnes. Cela rejoint du reste parfaitement les recommandations précédentes en matière de réorganisation des tâches et de différenciation des fonctions. Mais voyons plutôt cela avec un exemple. Voici la norme de personnel pour 30 lits MRS de catégorie C sur l'échelle de Katz (profil de soins) :

Aujourd'hui	Infirmiers	Aides-soignants	Paramédicaux	Ergo et logo	Total
	5	6	0,5	1	12,5

Vu la réorganisation des tâches et la différenciation des fonctions nécessaires, nous pouvons sans trop de problèmes imaginer la norme de personnel suivante :

Demain ?	Infirmiers	Aides-soignants	Paramédicaux	Ergo et logo	Personnel d'appui	Total
	3	7	0,5	1	2	13,5
	-2	+1	=	=	+2	+1

Les infirmiers pourront ainsi s'occuper davantage de leurs tâches de soins techniques et de coordination, tandis qu'on libère plus d'effectifs pour les tâches de soins plus quotidiennes. Les deux profils d'appui supplémentaires déchargeront les infirmiers et les aides-soignants de leurs tâches administratives et logistiques, de sorte que ceux-ci auront plus de temps à passer avec les résidents. Le fait de faire appel à un personnel d'appui signifie aussi que l'on devra trouver moins d'infirmiers et d'aides-soignants, ce qui réduira la pression de la demande sur ces professions critiques. D'autres études devront établir les conséquences financières d'un ajustement de la norme du personnel. Un glissement des moyens financiers des soins aigus vers les soins chroniques ne doit pas être exclu. Mais avant tout, il s'agit d'oser remettre en question les normes de personnel existantes et de les faire évoluer dans le sens d'une meilleure réorganisation des tâches et d'une plus grande différenciation des fonctions.

Par le biais de procédures d'agrément officielles, l'expérience et les compétences peuvent être mises dans la balance pour obtenir un diplôme équivalent (ou un certificat) approprié.

Par le biais de procédures d'agrément officielles, l'expérience et les compétences peuvent être mises dans la balance pour obtenir un diplôme équivalent (ou un certificat) approprié. De cette façon, la modernisation des normes de personnel et la possibilité de faire valoir ses compétences profiteront à l'offre de personnel dans le secteur des

soins. Cela semble surtout être une piste intéressante pour attirer plus d'aides-soignants. La connaissance des compétences présentes permet de former (recycler) plus vite et de manière plus ciblée le nouveau personnel et le personnel en fonction. Cette perspective est certainement alléchante pour les personnes qui réintègrent le marché de l'emploi ou les entrants indirects venant de spécialités voisines. Et la disponibilité des collaborateurs peut être sensiblement accrue. Cela améliorera également la mobilité générale dans le secteur des soins et aboutira par conséquent à une « pollinisation croisée » et à l'innovation. La procédure d'agrément spéciale doit cependant être soutenue avec des parcours de formation adaptés permettant de combiner au maximum l'apprentissage et le travail. Il ne peut être question de confier des tâches de soins à du personnel non qualifié.

😊 RECOMMANDATIONS

- Oser remettre en question les exigences en matière de personnel. Un glissement des moyens financiers des soins aigus vers les soins chroniques ne doit pas être exclu.
- Connaître aussi les compétences présentes pour faciliter la formation et le recyclage et accroître la disponibilité. Prévoir dans l'offre de formations des parcours de formation mieux adaptés pour faciliter la mise en avant des compétences.

• Miser sur une organisation créative et flexible du travail

Enfin, la classe politique comme les institutions de soins vont devoir faire preuve de créativité et de flexibilité pour éviter une trop grande pénurie. Ce ne sera pas évident et il ne faut pas compter sur des solutions miracles. Les décideurs politiques visent différents objectifs qui ne peuvent pas tous être entièrement réalisés. Cela revient souvent à danser sur la corde entre la demande du personnel d'une flexibilité suffisante et la demande des employeurs d'une prévisibilité et d'une stabilité suffisantes. L'équilibre trouvé doit en outre garantir une offre de personnel capable de satisfaire aux exigences de qualité.

Que peuvent faire les autorités ? La **législation du travail** peut d'abord être assouplie et simplifiée. Cela doit se faire en concertation avec les organisations patronales et les organisations ouvrières. En guise d'illustration, nous donnerons quelques exemples liés à deux organisations coordinatrices importantes. Zorgnet Vlaanderen demande 1) l'assouplissement dans certaines circonstances de la période de repos obligatoire de 11 heures entre deux services, 2) l'augmentation du crédit d'heures supplémentaires pour les travailleurs à temps partiel, 3) la flexibilisation de la période de travail minimale

Cela revient souvent à danser sur la corde entre la demande du personnel d'une flexibilité suffisante et la demande des employeurs d'une prévisibilité et d'une stabilité suffisantes.

de 3 heures et 4) une base législative pour l'intégration judicieuse d'équipes mobiles. Elle œuvre aussi pour un soutien (financier ou fiscal ?) de l'emploi à temps plein dans un secteur où le travail à temps partiel est particulièrement populaire. La Federatie Onafhankelijke Seniorenzorg plaide surtout pour une simplification de la législation pour obtenir plus de personnel. Selon la fédération, les autorités doivent simplifier la procédure prévue pour employer des infirmiers étrangers en Belgique, mais aussi simplifier l'administration du personnel, la réglementation en matière de crédit-temps, de congés sociaux et de réduction du temps de travail en fin de carrière.

Il ressort d'une enquête de Portegijs *et al.* (2008) que si les femmes disposaient de possibilités de congés plus souples, elles seraient prêtes à faire plus d'heures. Si l'on assouplit le système d'épargne-congé, les femmes presteraient plus d'heures, mais ces heures seront vraisemblablement réparties sur l'année d'une autre façon. Les autorités doivent donc créer le cadre légal nécessaire pour permettre une utilisation flexible des congés économisés (comme le congé parental) pendant les vacances scolaires ou pour s'occuper d'un membre de la famille qui a besoin de soins. Cela contribuera aussi au développement des soins de proximité et à une meilleure répartition du travail et des soins entre les parents (ZIP, 2009). L'offre en personnel devrait donc augmenter, bien que des pénuries temporaires puissent par exemple se présenter pendant les périodes de vacances. Pour compenser plus facilement ces pics, la politique du personnel des institutions de soins devra elle aussi évoluer.

La continuité de la fourniture de soins dans les périodes où l'on manque d'effectifs peut par exemple être garantie par des infirmiers détachés. En Belgique, Care Talents met directement à la disposition des institutions de soins une banque de données d'infirmiers et d'infirmières immédiatement appelables pour faire correspondre la demande et l'offre. Aux Pays-Bas et en France, ce genre de banque de données existe depuis longtemps et on ne peut plus faire abstraction de ce concept de **détachement**. Des entreprises comme Link 2 Europe et Moving People se sont quant à elles spécialisées dans le recrutement de personnel soignant étranger pour le marché belge. Une TVA de 21 % doit être payée sur l'achat de services, la location de personnel et les autres frais de fonctionnement, et cette TVA est répercutée sur les patients. La Nederlandse Zorginnovatieplatform (plate-forme d'innovation néerlandaise dédiée au secteur des soins) propose donc d'étudier la possibilité de créer un fonds de compensation pour la TVA de façon à éliminer cet obstacle à la location flexible de personnel.

Une mesure plus fondamentale et plus structurelle au niveau des institutions de soins consiste à élaborer une **politique de gestion des ressources humaines (GRH) stratégique** et concrète, axée sur la « responsabilisation » du personnel. Dans ce modèle de politique, les collaborateurs disposent d'une plus grande autonomie pour prendre leurs propres décisions, tandis que les cadres dirigeants aident à la résolution de problèmes selon un mode de gestion participatif et stimulent le développement professionnel de leurs collaborateurs. Des instruments sont introduits pour accroître la transparence dans la communication et le processus décisionnel, comme le modèle « feux de signalisation » conçu pour gérer la charge de travail, une structure organisationnelle plate, un processus décisionnel décentralisé et un lien fort entre l'institution de soins, l'infirmier et le patient. La grille horaire que les collaborateurs peuvent compléter via l'internet et dont ils assument la responsabilité conjointe constitue un de ces instruments (cadre 9).

😊 RECOMMANDATIONS

- Discuter avec les employeurs et les organisations ouvrières des possibilités d'adaptation de la législation sur le travail en vue d'une plus grande disponibilité du personnel. Une solution encore meilleure serait d'apporter des modifications générales à la législation sur le travail au lieu de se concentrer sur une flexibilité sectorielle spécifique.
- De multiples possibilités existent pour apporter au secteur un soutien financier et des avantages fiscaux qui permettraient de faciliter l'organisation du travail propre au secteur (par exemple un fonds de compensation TVA pour les services de détachement dans le secteur des soins). Il nous semble toutefois plus judicieux de jouer sur la flexibilité externe et interne. Une des caractéristiques du secteur des soins est en effet un travail varié et à temps partiel : il ne s'agit pas ici de flexibilité dans la jungle de la concurrence internationale, mais bien d'une flexibilité qui est aussi appréciée par les prestataires de soins, eu égard à la nature de la profession.
- Introduire au niveau de l'institution même des instruments conduisant à plus de transparence dans la communication et le processus décisionnel. L'autoplanification des horaires en est un bel exemple.

CADRE 9 | AUTOPLANIFICATION DES HORAIRES (SERVICE AMBULANCIER DANS LE LIMBOURG SEPTENTRIONAL)

La fusion de deux services ambulanciers et du poste d'alerte en RAV Limburg-Noord a été l'occasion de revoir la planification des services. Outre la question du rendement, le but était aussi de mieux répondre aux souhaits des collaborateurs en matière d'horaires.

- **Innovation** : Dans l'organisation de RAV Limburg, la responsabilité des horaires incombe aux collaborateurs et il n'y a plus de planificateur central des services.
- **Approche** : Toutes les grilles horaires sont mises à la disposition des collaborateurs via l'internet. Ils peuvent ainsi compléter leurs grilles horaires et faire des échanges de service. En dehors des collaborateurs, les assistants planificateurs, les chefs d'équipe, les chefs de service et la direction sont conjointement responsables de l'élaboration et de la réalisation ultérieures du planning des services.
- **Résultat** : La réorganisation du planning des services a surtout sensibilisé les collaborateurs au processus de planification et leur a permis de mieux comprendre le lien avec le budget heures (personnel affecté, formation, heures en plus/en moins, congés et autres). Elle a aussi contribué à une diminution du coût opérationnel (6,7 pour cent par rapport à 15 pour cent en moyenne). Le concept (y compris le logiciel d'assistance) est fréquemment utilisé dans d'autres services ambulanciers aux Pays-Bas : plus de 90 pour cent des collaborateurs d'un service ambulancier et 22 des 24 secours régionaux travaillent suivant ce concept.

SOURCE : ZORGINNOVATIEPLATFORM

La quantité de soins et de soins de santé dans l'offre publique est d'abord un choix social qui va certainement devoir évoluer dans les années à venir.

Vu l'immensité des défis et les attentes toujours plus grandes, nous devons nous poser la question de savoir quelles demandes de soins nous voulons adresser au secteur de l'aide et des soins de santé professionnels. Dans le chapitre introductif, ces questions fondamentales ont déjà été abordées et nous avons argumenté que la quantité de soins et de soins de santé dans l'offre publique était d'abord un choix social qui va certainement devoir évoluer dans les années à venir. Quel que soit le choix (plus, moins ou autant de soins), nous devons en tant que société avoir le courage de vivre selon nos moyens. Une fois que nous aurons maximisé les gains d'efficacité, nous aurons plus de

Le secteur des soins deviendra dans les années à venir un véritable moteur de création d'emplois. Il serait franchement inadmissible socialement de ne pas sauter dans le train.

Le rôle des soins de proximité dans tout l'éventail des soins est sans aucun doute une discussion difficile. Un individu pourra compter sur ses proches, un autre pas. Étant donné que l'offre de soins informelle dépend de toute une série de facteurs, elle est aussi très sensible à toutes sortes de variables incontrôlables et imprévisibles.

moyens de réserve pour répondre aux attentes croissantes. L'innovation pourra combler une partie de ces attentes, mais pas toutes et pas à elle seule. Le secteur doit aussi être soutenu dans ses efforts d'innovation parfois risqués si nous ne voulons pas être confrontés à une offre d'innovations suboptimale. Nous ne pouvons pas attendre du secteur qu'il prenne tous les risques et supporte tous les coûts. Une bonne règle pratique est donc que celui qui régule le financement éventuellement requis paie.

Une deuxième conclusion importante concerne les fantastiques possibilités d'emploi liées au vieillissement de la population. Le secteur des soins deviendra dans les années à venir un véritable moteur de création d'emplois. Il serait franchement socialement décadent de ne pas sauter dans ce train.

Les soins de proximité³³, un potentiel inexploité ?

Le rôle des soins de proximité dans tout l'éventail des soins est sans aucun doute une discussion difficile. Un individu pourra compter sur ses proches, alors qu'un autre ne le pourra pas. Sur le plan politique, on ne peut malheureusement pas faire grand-chose au niveau du capital social d'un individu – le lien avec la famille, ses amis, le réseau social. L'évaluation du capital social sur lequel notre société peut s'appuyer en matière de soins est essentielle mais complexe en raison de l'interdépendance et de la complémentarité avec les soins formels. Deux questions essentielles importent donc. Sur quelle quantité de soins de proximité peut-on raisonnablement compter ? Dans quel rapport mutuel les soins formels et les soins informels se situent-ils ?

Dans le deuxième chapitre, nous avons sommairement parlé de quelques déterminants sociaux et démographiques de l'offre de soins de proximité. Il faut encore y ajouter des facteurs psychologiques et économiques qui peuvent interagir de toutes sortes de façons et font qu'il est souvent difficile d'avoir des pronostics fiables quant à la quantité disponible de soins informels. Nous disposons de toute une littérature sur les variables qui influencent l'offre de soins informelle. Les structures familiales, l'esprit du temps, l'évolution du marché de l'emploi, les facteurs d'offre, l'évolution démographique, la culture... sont tous des facteurs dont il faut tenir compte. Les enquêtes menées permettent bien de conclure à l'une ou l'autre chose. Bonsang (2009) utilise les données de SHARE

³³ Ou soins informels.

2004 et arrive, pour chaque personne de plus de 65 ans avec minimum un enfant ne vivant pas à la maison, à une moyenne de 8 heures de soins dispensés par les enfants par mois (Tableau 4.1). Mais les données conduisent à une sous-estimation grossière de la quantité réelle de soins de proximité, et même si l'offre de soins de proximité devait se limiter aux facteurs démographiques, elle n'est pas extrapolable du fait d'un niveau de détail insuffisant. Étant donné que l'offre de soins informelle dépend de toute une série de facteurs, elle est aussi très sensible à toutes sortes de variables incontrôlables et imprévisibles.

TABLEAU 4.1 HEURES DE SOINS DE PROXIMITÉ DISPENSÉS PAR LES ENFANTS CHAQUE MOIS

Pays	Moy- enne	AT	BE	DK	FR	DE	IT	NL	ES	SE
Nombre d'heures	5,6	7,7	8,1	4,6	7,0	11,6	11,6	1,6	12,4	3,4

SOURCE : SHARE 2004 ET BONSANG, 2009

Les soins formels et les soins informels ne sont pas des substituts réciproques, mais bien des compléments.

Notre première recommandation politique n'est donc pas l'adaptation de l'offre de soins formelle aux possibles estimations et prévisions de l'offre de soins informelle. D'autant que les soins formels et les soins informels ne sont pas de véritables substituts réciproques, mais bien des compléments. Telles sont les constatations de différentes études. Fassbender (2001) conclut dans une étude canadienne qu'une dépense supplémentaire de 1 \$ pour des soins informels entraîne une dépense supplémentaire attendue de 1,09 \$ en soins formels. En d'autres termes, l'étude semble indiquer qu'un renforcement de la capacité de soins du secteur informel n'entraîne pas d'économies dans le secteur formel. Dans le même esprit, Viitanen (2007) démontre que les dépenses publiques en capacité de soins formels sont par contre une façon rentable d'accroître le taux de participation au marché de l'emploi, et surtout le taux d'activité des femmes. Un investissement dans la capacité de soins formels peut donc être vu comme une méthode de financement indirecte et (partiellement) autosuffisante lorsque les cotisations sociales tirées d'un taux d'activité accru servent à développer l'offre de soins formelle. Eric Bonsang (2009, p. 154) de l'ULg (Université de Liège) met lui aussi en garde contre la vision volontariste selon laquelle les soins de proximité seraient un substitut rentable des soins professionnels : « En Europe, plusieurs pays réfléchissent à la façon de limiter l'augmentation attendue des dépenses de soins de santé à long terme. Parmi les solutions possibles, certains décideurs politiques ont suggéré d'encourager

l'aide informelle dispensée par la famille, comme une alternative à l'aide formelle plus coûteuse. L'efficacité de ces politiques sur les dépenses de soins de santé à long terme dépend fortement de l'hypothèse d'une substituabilité entre l'aide informelle et l'aide formelle. Cet article donne à penser que la substitution entre l'aide informelle et l'aide formelle ne vaut que pour une aide non qualifiée aux personnes âgées peu dépendantes, limitant le rôle potentiel de l'aide informelle à la gestion des besoins futurs de la part croissante de personnes âgées dans la population. »

Les intervenants de proximité ne peuvent-ils et ne doivent-ils pas dans ce cas être encouragés et soutenus ? La réponse est un « mais si ! » sans réserve.

Que peut donc faire la classe politique ? Les intervenants de proximité ne peuvent-ils et ne doivent-ils pas dans ce cas être encouragés et soutenus ? La réponse est un « mais si ! » sans réserve. Non pas en raison du coût qui ne semble pas encore clair, mais bien dans l'intérêt de la qualité des soins.

Les soins de proximité peuvent être facilités par des adaptations dans le droit du travail. Il y a par exemple le compte épargne-temps ou le compte carrière³⁴ qui permet à des individus d'épargner du temps et de l'argent pour des périodes de soins à assumer durant la vie (De Vos et Konings, 2007). Le statut d'intervenant de proximité doit être reconnu en Wallonie, comme cela a déjà été fait en Flandre, et doit être pourvu d'une base légale³⁵. Il est essentiel pour les personnes tributaires de soins comme pour les prestataires de soins informels que les deux parties connaissent leurs droits et leurs obligations et puissent s'y raccrocher en cas d'éventuelles complications. Cette base légale peut certainement à elle seule rassurer les intervenants de proximité potentiels dans le sud du pays et les gagner à la cause. Le soutien peut même être apporté sous la forme d'une fourniture d'informations et d'une assistance psychologique pouvant alléger une tâche de soins de longue durée. Un système bien organisé de congés pour raisons familiales peut aussi être envisagé.

34 L'épargne-temps permet à un travailleur de travailler plus ou moins d'une manière flexible, par exemple pour consacrer temporairement plus de temps à la famille ou pour s'occuper d'un membre de la famille dépendant. En épargnant du temps de travail sur un compte-temps individuel transférable (par exemple en prenant moins de congés d'ancienneté, en prestant plus d'heures supplémentaires, etc.), on peut constituer un crédit qui peut être utilisé plus tard pour travailler moins ou autrement. L'épargne-temps peut aussi être vue comme un complément au deuxième voire troisième pilier du régime de pension lorsqu'un travailleur travaille plus longtemps aujourd'hui pour recevoir plus tard une somme d'argent (épargne d'argent) ou pour prendre sa pension plus tôt (épargne de temps).

35 Le Secrétaire d'État Delizée souhaite œuvrer au développement d'un statut social pour les aidants proches et a commandé à ce sujet une étude préliminaire intéressante : <http://www.aidants-proches.be/rshared/File/reconnaissance-legale-des-aidants-proches.pdf>

Bon nombre de communes flamandes versent des primes pour la prestation de soins de proximité (beaucoup moins en Wallonie et à Bruxelles). Nous nous demandons si ces primes sont socialement les meilleurs investissements à faire dans les soins et ce, pour deux raisons. Il y a d'abord la question de savoir si les dépenses de soins informels n'entraînent pas une surconsommation de soins, comme le suggèrent les constatations de Fassbender (2001). Ensuite, ces primes peuvent aboutir à ce que les économistes appellent un « *effet perte sèche* » : rémunérer des gens pour quelque chose qu'ils auraient de toute façon fait et sans rémunération (Wanless, 2006). Breda *et al.* (2002) se rallie aux constatations de Viitanen (2007) en disant que le meilleur soutien aux soins de proximité qui puisse exister réside dans des structures de soins à domicile et des structures transmurales bien organisées. C'est le sujet du prochain chapitre.

☺ RECOMMANDATIONS

- Les soins de proximité peuvent être facilités par des adaptations dans le droit du travail. Il y a par exemple le compte épargne-temps ou le compte carrière qui permet à des individus d'épargner du temps et de l'argent pour des périodes de soins à assumer durant la vie.
- Reconnaître partout en Belgique le statut d'intervenant de proximité et lui donner une base légale solide mais flexible.
- Des structures de soins à domicile et des structures transmurales bien organisées sont le meilleur moyen de soulager et de soutenir les intervenants de proximité.

CONCLUSION

Les soins sont d'abord dispensés par des individus à des individus. L'individu doit donc être prioritairement renforcé dans ses capacités à jouer son rôle de prestataire de soins. Grâce à de nouveaux modèles de prévention et à la technologie moderne, les personnes âgées sont plus à même de s'occuper d'elles-mêmes qu'on ne le suppose souvent. Mais cela ne suffira pas. Des efforts supplémentaires devront également être fournis pour qu'un nombre suffisant de prestataires de soins professionnels trouvent le chemin des soins aux personnes âgées. Et ces prestataires devront être eux aussi renforcés dans leurs capacités à dispenser ces soins. C'est bon pour les professions de soins et pour la qualité des soins dispensés. C'est en outre une façon intelligente de décharger les intervenants de proximité de certaines tâches et de les laisser respirer,

moyennant une bonne organisation des structures de soins. Dans le chapitre suivant, nous approfondirons la question des structures de soins aux personnes âgées résidentielles, non résidentielles et transmursales.

Le principal défi qui entraînera le plus gros gain social ou la plus grosse perte sociale est sans aucun doute celui de la prestation de soins professionnels. Le besoin de prestataires de soins professionnels est tellement élevé que la facture peut facilement s'élever à 1 % du PIB en plus (voir chapitre 2). Nous pensons donc que les efforts doivent être concentrés sur ce domaine. Différentes solutions – non-miraculeuses – ont été avancées. Ensemble elles pourront faire de ce problème une fantastique opportunité d'emplois. Que pensez-vous de l'exemple de calcul suivant de la Zorginnovatieplatform (p. 50) pour les Pays-Bas ? Si les plus de 900 000 travailleurs occupés à temps partiel dans les soins travaillent en moyenne 2 heures de plus par semaine, cela équivaut à 75 000 prestataires de soins. Si les travailleurs plus âgés quittent les soins en moyenne 2 années plus tard (que supposé dans la projection de base), cela donne après conversion une capacité supplémentaire de 50 000 prestataires. Une augmentation de la productivité du travail de 1 % par an en moyenne, au lieu de 0,5 % comme supposé dans la projection de base, par une meilleure organisation des soins et l'utilisation de la technologie, équivaut après conversion à 115 000 prestataires de soins. Et si on réduit le besoin de soins de 10 % en autonomisant davantage les patients, cela pourrait donner une économie de 90 000 emplois.

Il ressort d'une simulation néerlandaise mise à l'échelle belge que nous pouvons réaliser un gain de main-d'œuvre considérable avec un peu plus de disponibilité et une meilleure utilisation du potentiel existant – 194 000 emplois pour être précis.

L'exemple ne dit évidemment rien sur la situation belge, mais montre que nous pouvons réaliser des gains d'efficacité plus que marginaux pour que notre système de soins puisse dans l'avenir faire face au tsunami gris sans trop de problèmes. Le problème de la pénurie chronique de personnel dans le secteur des soins (aux personnes âgées) doit être abordé avec bon sens, réalisme et pragmatisme, d'après ce que nous montrent les simulations de la Zorginnovatieplatform. Le nœud du débat est que l'on peut déjà faire pas mal de choses avec un peu plus de disponibilité et une meilleure utilisation du potentiel existant (surtout grâce à une plus grande flexibilité interne et externe). Si nous voulons tout de même traduire l'exemple de calcul néerlandais ci-dessus de façon linéaire à l'échelle belge, une simple règle de trois nous apprend que nous pouvons réaliser un gain de main-d'œuvre estimé à environ 194 000 emplois. Et avec cela, on devrait pouvoir s'en tirer.

☺ RECOMMANDATIONS

- Œuvrer à la prévention des chutes pour éviter les fractures de hanche.
- Libérer plus de moyens budgétaires pour soutenir la prévention. Nous devons apprendre préventivement à nos aînés à gérer leur perte d'autonomie.
- Une fourniture d'informations indépendante est cruciale pour la prise de bonnes décisions. Les tributaires de soins doivent être informés chaque année sur les dépenses supportées par la collectivité.
- Les pouvoirs publics doivent œuvrer à la mise à disposition d'informations objectives, fiables et actualisées sur la qualité des prestataires de soins (aux personnes âgées) dans notre pays.
- Un label habitat à vie, dépendant du respect de quelques critères de base simples, peut être instauré. Ces critères de base ne peuvent toutefois pas être appliqués de manière linéaire, ils doivent être suffisamment généraux pour permettre une certaine flexibilité et une préférence individuelle, et ils ne peuvent pas être gravés dans le marbre.
- Créer le cadre politique et développer les stimulants qui promouvoir les logements labellisés.
- Développer à l'exemple de la France un label « Bien vieillir – Vivre ensemble ».
- Miser sur la technologie pour améliorer la qualité et l'efficacité de l'aide et des soins de santé. Ce faisant, utiliser des HTA (évaluations des technologies de la santé) pour voir quelles sont les applications les plus avantageuses en matière d'aide et de soins de santé.
- Du côté de la demande, le retard numérique des personnes âgées doit être comblé. Les autorités peuvent améliorer l'accès à la technologie et aux outils TIC en investissant dans la formation (par exemple au moyen de chèques-formation) et en mettant à disposition des solutions et des services correctement élaborés.
- Du côté de l'offre, il faut veiller à ce que les produits soient développés en concertation avec les utilisateurs et faire attention à toute une série de conditions (la stigmatisation est par exemple inadmissible). Les sept principes de la conception universelle sont en la matière un excellent modèle à suivre.
- Les autorités ont une tâche importante à assumer dans la limitation des risques d'innovation et d'entreprise du côté de l'offre. La coordination, par le biais de normes et de critères généraux et l'harmonisation internationale des agendas de recherche, l'interopérabilité, les économies d'échelle à réaliser par une régulation coordonnée,

les cadres juridiques qui permettent la conclusion de contrats de partage de risque et l'incitation à l'application du principe de l'innovation ouverte peuvent effectivement être déterminants. Il est conseillé aux autorités de mener une politique industrielle « *light* », mais – et c'est une des leçons tirées de l'histoire économique – certainement pas plus que *light*.

- Le rôle de la médecine de première ligne doit aussi être renforcé dans les soins aux personnes âgées parce qu'il garantit un adressage plus pertinent. La **profession de généraliste** même doit être revalorisée, et les généralistes qui travaillent beaucoup avec des personnes âgées doivent bénéficier d'une formation.
- Au méso-niveau, certains **centres de services de soins et de logement** peuvent assumer plus de fonctions médicales et les adressages hospitaliers doivent être correctement enregistrés. Un système de bonus-(malus) peut veiller aux incitants financiers nécessaires.
- Les autorités et le secteur doivent travailler ensemble et lancer une campagne de communication à grande échelle, mais ciblée. Le but doit être de dissiper certains préjugés injustifiés et de faire passer le message que les seniors ne doivent absolument pas être mis hors course.
- Mettre davantage l'accent sur la gestion et la technologie dans la formation en nursing gériatrique.
- Élaborer une nouvelle classification des fonctions offrant davantage de possibilités de parcours professionnels avec la rémunération correspondante, en termes d'avancement et de croissance verticale ou latérale dans la fonction.
- Soutenir aussi les prestataires de soins professionnels par le biais de la technologie, d'une assistance administrative et domestique, de la formation et de la qualification.
- Oser remettre en question les exigences en matière de personnel. Un glissement des moyens financiers des soins aigus vers les soins chroniques ne doit pas être exclu.
- Connaître aussi les compétences présentes pour faciliter la formation et le recyclage et accroître la disponibilité. Prévoir dans l'offre de formations des parcours de formation mieux adaptés pour faciliter la mise en avant des compétences.
- Discuter avec les employeurs et les organisations ouvrières des possibilités d'adaptation de la législation sur le travail en vue d'une plus grande disponibilité du personnel. Une solution encore meilleure serait d'apporter des modifications générales à la législation sur le travail au lieu de se concentrer sur une flexibilité

sectorielle spécifique.

- De multiples possibilités existent pour apporter au secteur un soutien financier et des avantages fiscaux qui permettraient de faciliter l'organisation du travail propre au secteur (par exemple un fonds de compensation TVA pour les services de détachement dans le secteur des soins). Il nous semble toutefois plus judicieux de jouer sur la flexibilité externe et interne. Une des caractéristiques du secteur des soins est en effet un travail varié et à temps partiel : il ne s'agit pas ici de flexibilité dans la jungle de la concurrence internationale, mais bien d'une flexibilité qui est aussi appréciée par les prestataires de soins, eu égard à la nature de la profession.
- Introduire au niveau de l'institution même des instruments amenant plus de transparence dans la communication et le processus décisionnel. L'autoplanification des horaires en est un bel exemple.
- Les soins de proximité peuvent être facilités par des adaptations dans le droit du travail. Il y a par exemple le compte d'épargne-temps ou le compte-carrière qui permet à des individus d'épargner du temps et de l'argent pour des périodes de soins à assumer durant la vie.
- Reconnaître partout en Belgique le statut d'intervenant de proximité et lui donner une base légale solide mais flexible.
- Des structures de soins à domicile et des structures transmurales bien organisées sont le meilleur moyen de soulager et de soutenir les intervenants de proximité.



05

MESO – ALTERNATIVES EN MATIÈRE DE SOINS ET DE LOGEMENT : DU NOIR ET BLANC AU GRIS

«Almost any man worthy of his salt would fight to defend his home, but no one ever heard of a man going to war for his boarding house. »

Mark Twain



Le secteur des soins aux personnes âgées fait face à un double défi. D'un côté, un élargissement spectaculaire des capacités sera inévitable ; d'un autre côté, les équipements à l'avenir devront correspondre davantage aux besoins et aux intérêts des utilisateurs de demain. Il est préférable d'entamer ce travail de titans dès aujourd'hui. Que doit-il se passer au juste ? Pour commencer, le concept de logement doit être modifié : il ne peut en effet plus être uniquement limité aux institutions de soins. Le lieu de résidence et l'organisation des soins doivent être considérés en parallèle avec l'évolution démographique. Du centre de soins et de logement à la zone de soins et de logement. L'indispensable avancée qualitative quant à elle devra avoir lieu en partie via une politique de subsides adaptée. Et pourquoi ne pourrions-nous pas passer d'un financement de l'objet à un financement du sujet ? Bien que la tendance future des soins aux personnes âgées aille vers une désinstitutionnalisation massive, il faut que cela ait lieu de manière pragmatique. Les soins à domicile ne peuvent pas non plus devenir un fétiche. En outre, les soins résidentiels et non résidentiels – et toutes les variantes possibles qui puissent exister entre les deux – sont complémentaires et doivent dès lors pouvoir s'adapter le mieux possible entre eux : nous parlons dans ce cas de la continuité des soins qui selon les études à ce sujet, possède des caractéristiques de qualité et d'efficacité dans les coûts. Au final, les alternatives au logement doivent être discutées avec une perspective plus humaniste. Les soins aux personnes âgées vont au-delà des simples soins aux personnes âgées. Nous croyons que ces dispositions aboutiront à une meilleure qualité générale du logement et que les besoins et les souhaits spécifiques des personnes âgées seront, bien plus que ce n'est le cas aujourd'hui, placés au centre du spectre des soins. D'une offre noire et blanche à une offre grise donc.



STRUCTURES DE SOINS EN NOIR ET BLANC

La situation du pays

Le deuxième chapitre a montré que le défi en termes de capacité pour les soins résidentiels aux personnes âgées en deviendra un de taille si l'on n'en modifie pas la gestion. Jusqu'en 2050, il faudrait, d'après les projections, ajouter une maison de repos par semaine. En outre, l'infrastructure de soins aux personnes âgées vieillit en même temps que ses utilisateurs. Il faudra donc aussi penser à d'importants travaux de rénovation et de transformation. Certains pensent quelque peu naïvement que la combinaison des soins à domicile avec les soins de proximité deviendra la panacée du problème des soins aux personnes âgées, mais dans le chapitre précédent, nous avons argumenté que les soins formels et informels ne sont pas une question de choix entre l'un ou l'autre, mais bien d'association des deux. Sachant que le fait d'habiter le plus longtemps possible chez soi et d'y recevoir ses soins est le vœu de nombreuses personnes et représente, jusqu'à un certain degré de dépendance, une garantie de la qualité de soins et de logement et du rapport coût/efficacité, il est naturellement bel et bien important de continuer à investir dans les soins à domicile. Un aspect essentiel des soins à domicile est sans aucun doute la gérontechnologie qui doit retenir toute l'attention requise de nos décideurs politiques. Pourtant, la solution sera multilatérale ou ne sera pas. Les politiques devront continuer à investir tant dans les soins résidentiels, que dans les soins résidentiels temporaires, les soins semi-résidentiels et les soins à domicile. Sans oublier toutes les initiatives intermédiaires.

Recevoir des soins soit en maison de repos, soit à la maison est une caricature qui ne tient pas la route. Il y a de nombreuses catégories de services résidentiels et semi-résidentiels permanents, de services résidentiels et semi-résidentiels temporaires et de services de soins à domicile.

On peut déduire du tableau ci-dessous qu'il existe déjà un éventail de services pour les soins aux personnes âgées. L'accueil et les soins aux personnes âgées ont lieu dans un grand nombre d'institutions et de systèmes très divers. Il y a de nombreuses catégories de services résidentiels et semi-résidentiels permanents, de services résidentiels et semi-résidentiels temporaires et de services de soins à domicile. Le tableau 5.1 reprend les plus importants ; nous abordons plus loin les solutions permanentes et temporaires les plus courantes.

TABLEAU 5.1 TYPES DE STRUCTURES DE SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES EN BELGIQUE

SERVICES PERMANENTS	SERVICES DE SOINS À DOMICILE
<p>Résidentiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maison de repos et de soins (MRS) • Maison de soins psychiatriques (MSP) • Maison de repos (MR) <p>Semi-résidentiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Résidences-services • Initiative de logements protégés <p>Structures spécialisées pour personnes atteintes de démence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centre de jour de thérapie cognitive interactive • Centre d'expertise de la démence 	<ul style="list-style-type: none"> • Centre local de services (CLS) • Centre régional de services (CRS) • Réseau palliatif • Initiative de collaboration SIT/SEL (soins à domicile/soins de première ligne) • Centre de coordination • Services intégrés de soins à domicile (SISD) • Soins infirmiers à domicile • Centre de santé mentale • Aide familiale • Service de nettoyage • Service de bricolage • Service de garde • Soutien logistique et services complémentaires de soins à domicile • Logement pour personnes âgées • Systèmes d'alarme pour la protection des personnes • Service de transport • Aide aux courses ménagères • Recours à une ALE • Titres-services
<p>INITIATIVES TEMPORAIRES</p> <p>Résidentiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lits G • Lits Sp • Lits Sp psychogériatrie • Lits V • Lits Tg/Vp <p>Semi-résidentiel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hôpital de jour gériatrique • Centre de soins de jour (CSJ) • Accueil de nuit en maison de repos • Centre de court séjour 	

SOURCE : NEDERLANDSE KAMER VAN KOOPHANDEL VOOR BELGIË EN LUXEMBURG

• **Maisons de repos et Maisons de repos et de soins**

Une maison de repos est une forme d'hébergement collectif protégée par décret où l'on octroie un logement aux personnes âgées avec la possibilité de profiter intégralement ou partiellement des services aux familles et des services ménagers proposés. Les services publics ont accordé à beaucoup, mais pas à toutes les maisons de repos, un certain

nombre de lits de repos et de soins. Ces lits MRS (maisons de repos et de soins) sont destinés aux personnes âgées lourdement dépendantes, qui peuvent y bénéficier de soins intensifs. Les lits qui ne sont pas reconnus MRS mais qui font partie d'une maison de repos agréée sont parfois appelés aussi lits MR.

- **Centres de court séjour**

Un centre de court séjour est associé à une maison de repos. Il offre aide et services à ses utilisateurs et à leurs aidants proches. Le court séjour reprend les soins prodigués pendant de courtes périodes, avec un maximum de 60 jours consécutifs et de 90 jours sur une base annuelle. L'aide et les services sont fournis en dehors du cadre de résidence naturel et sont garantis tant durant la nuit qu'en journée. Outre l'hébergement, l'aide et les services d'un centre de court séjour englobent la revalidation, l'activation et les soins. Le centre de court séjour a pour but de soutenir et soulager les soins à domicile et les soins de proximité afin que la personne puisse vivre plus longtemps à la maison. Un *hôtel de soins* est un centre de court séjour luxueux.

- **Centres de soins de jour**

Un centre de soins de jour est attaché à une maison de repos et offre aide et services aux utilisateurs et à leurs aidants proches. Cette prestation de services a lieu en dehors du milieu naturel de résidence, en vue d'une reprise en charge temporaire des soins. Outre un accueil temporaire, le centre de soins de jour offre également pendant la journée une aide en matière d'hygiène et de soins infirmiers, une activation et un soutien, des animations et des divertissements, un soutien psychosocial, etc. Les centres sont ouverts à tous, à l'exception des personnes qui nécessitent un accompagnement et des soins médicaux lourds.

- **Résidences-services ou flats-services**

Une résidence de flats-services se compose d'unités d'hébergement individuelles où les personnes âgées vivent de façon indépendante, et d'un service commun auquel elles peuvent éventuellement faire appel. Il s'agit donc d'une forme intermédiaire d'hébergement où le résidant habite de manière indépendante et protégée et où il peut bénéficier s'il le désire d'une assistance personnalisée.

L'offre de services de soins et de logement existante est encore trop fragmentée, tandis que le système féodal devrait faire office de modèle : le centre de services de soins et de logement occupe une place centrale – forteresse de l'époque féodale –, entouré de plus petites infrastructures et de logements adaptés pour les personnes âgées et les plus jeunes générations.

Les personnes âgées les plus tributaires de soins vivent dans le centre de services de soins et de logement, avec pour différence que le centre de services de soins et de logement est devenu un environnement de logement et de soins ouvert, où différentes générations et activités s'entrecroisent. Un lieu de rencontre des générations, pour ainsi dire.

Vers un pays féodal

La caricature qui veut que nous devions être pris en charge soit dans une maison de repos, soit à la maison, ne tient pas la route. L'offre existante de soins pour les seniors le confirme : il y a bel et bien des alternatives. Les flats-services sont une solution intermédiaire permanente, tandis que les centres de soins de jour et les centres de court séjour décrits plus haut sont surtout conçus pour soulager temporairement les aidants proches. L'offre actuelle devra être augmentée, mais il faudra aussi promouvoir de nouvelles formules et de nouveaux concepts de soins et de logement. Aujourd'hui, tout est encore trop fragmenté. Dans le même esprit que le décret sur les soins et le logement, le système féodal doit servir d'exemple. Le centre de services de soins et de logement occupe une place centrale – la forteresse de l'époque féodale –, entouré de plus petites infrastructures pour les personnes âgées et les plus jeunes générations. Lorsque survient un moment de crise en matière de soins, les plus petites infrastructures peuvent facilement faire appel à l'infrastructure de soins – la protection – du centre de services de soins et de logement. Singelenberg (2009) appelle ceci « **la zone de services de soins et de logement** » ou le complexe de services de soins et de logement explosé, « où les résidences de soins et les petites infrastructures de soins intensifs sont dispersées autour d'un centre de services. L'essentiel étant que les habitants du quartier puissent "simplement" y habiter, mais qu'ils puissent en outre avoir recours aux services habituels, et – en cas de nécessité – qu'ils puissent être secondés dans leur vie quotidienne par les services sociaux ou les prestataires de soins. » (Winters et Peetermans, 2005).

Cela implique que la communication et le transport entre le centre de services de soins et de logement et les autres plus petites infrastructures se passent sans faille. Les possibilités sont infinies. Les alarmes personnelles multifonctionnelles, connectées directement au centre de services de soins et de logement, les équipes mobiles, les transports spéciaux, etc., sont tout à fait justifiés dans une telle structure. On a pensé à l'aménagement de plaines de jeux, de parcs et à un éventail d'activités culturelles à proximité du centre de services de soins et de logement. En en faisant véritablement un centre, on attirera également des activités commerciales à proximité du centre. Tout ceci s'inscrit en faveur de l'autonomie des personnes âgées. En même temps, c'est un palliatif de taille contre l'isolement, la solitude et par conséquent la dépression. Dans une société vieillissante, les personnes âgées doivent pouvoir faire entièrement partie de cette société. Il est donc crucial d'accorder une attention toute particulière aux groupes vulnérables lors de l'aménagement et de la gestion de l'espace public. Il ne s'agit pas de construire des villages de seniors ni en faisant des cages dorées des MR et MRS. Dans le cadre 9, l'expert Singelenberg présente trois concepts différents de zones de services de soins et de logement qui, aux Pays-Bas, ont évolué au fil des années.

CADRE 10 | DÉVELOPPEMENT DE ZONES DE SERVICES RÉSIDENTIELS AU DANEMARK ET AUX PAYS-BAS*

- *Le système de districts danois* : L'idée de proposer à la population un regroupement des services d'hébergement, de soins de santé et de bien-être nous vient du Danemark et s'appelait initialement quartier de services résidentiels. Elle est basée sur les districts de services de soins et de logement parfaitement organisés, comptant entre 5.000 et 10.000 habitants. Ce sont des zones d'habitation avec leur propre équipe de soins intégrée, leur propre budget et un centre de services de première ligne qui offre un hébergement groupé autour d'un ensemble local de soins et de bien-être qui ne rend le départ vers une institution hospitalière inévitable que pour un groupe restreint de personnes. Au Danemark, la gestion est entre les mains de la commune, les procédures sont simples et les soins à proximité.
- *Zone de soins et de logement 1.0 (Pays-Bas)* : Le concept original est basé sur des zones circulaires d'un rayon de 200 à 300 mètres autour d'un centre de services de première ligne. Dans cette zone, on peut dispenser des soins avec les mêmes garanties que dans un centre de services de soins et de logement. La zone de services de soins et de logement peut être considérée de manière conceptuelle comme un complexe dilué et explosé de services de soins et de logement: la plupart des logements dans la zone ne sont pas destinés à des personnes nécessitant des soins.
- *Zone de soins et de logement 1.0 (Pays-Bas)* : Le concept original est basé sur des zones circulaires d'un rayon de 200 à 300 mètres autour d'un centre de services de première ligne. Dans cette zone, on peut dispenser des soins avec les mêmes garanties que dans un centre de services de soins et de logement. La zone de services de soins et de logement peut être considérée de manière conceptuelle comme un complexe dilué et explosé de services de soins et de logement: la plupart des logements dans la zone ne sont pas destinés à des personnes nécessitant des soins.

* EN BELGIQUE, IL EXISTE DÉJÀ DES COMMUNES QUI SE PENCHENT SUR L'ÉLABORATION D'UN POINT DE RALLIEMENT DES SOINS. LA COMMUNE DE WERVIK SERT DE CAS D'ÉCOLE.

- *Zone de services résidentiels : élargissement et dilution (Pays-Bas)* : Durant les dix années qui ont suivi, le concept a été appliqué sur de grandes étendues des Pays-Bas, mais il a aussi subi des mutations. Certaines villes comme Breda et Amsterdam sont – en tout cas sur papier – entièrement couvertes de zones de services résidentiels ou de quartiers de services résidentiels. De même, les communes rurales ont désigné des zones de services résidentiels dans les villages du centre, mais aussi dans les plus petites paroisses. Avec ce développement important, la définition a été ajustée. Ce qui reste, c'est le fait que différents acteurs en matière d'hébergement, de soins et de bien-être s'efforcent de réaliser dans ces zones une offre cohérente. Mais le contenu de cette offre n'est plus comparable avec l'offre inhérente à un complexe de services de soins et de logement. Généralement, on ne tente pas d'adapter systématiquement les lotissements de logements privés et on se limite au secteur locatif social. L'offre de services est inspectée et si possible complétée et assemblée dans un centre de services multifonctionnel. Des soins immédiats sont garantis dans la zone, mais il arrive souvent que ces garanties ne dépassent pas ce que le service de soins à domicile offre également en dehors des zones de services résidentiels.

SOURCE : SINGELBERG, 2009.

Naturellement, il faudra que beaucoup d'eau coule sous les ponts avant qu'une zone de services de soins et de logement – ou un modèle similaire – puisse être réalisée. « Il s'agit essentiellement d'un concept de planification, de la vision d'un quartier, avec une implantation réfléchie d'une infrastructure matérielle pour les logements et les soins, avec une organisation de soins réfléchie et bien coordonnée, et avec une forte intrication des services d'hébergement et de soins. [...] C'est une **Pierre de touche** pour les développements à long terme d'un quartier, qui permet d'arriver à une implantation ciblée de nouvelles constructions, de rénovations judicieuses, de bonnes initiatives en matière de soins » (Winters et Peetermans, 2005, p. 3).

☺ RECOMMANDATIONS

- Le gouvernement devrait, en consultation avec le secteur, dresser la carte des restrictions qui entravent encore aujourd'hui la construction de **centres de services de soins et de logement**. Les infrastructures de soins doivent en effet pouvoir s'établir parfaitement n'importe où, ceci, avant tout, dans l'intérêt des personnes

âgées nécessitant des soins et pour qui la proximité reste toujours le principal critère de sélection. Les zones bleues³⁶ doivent par conséquent pouvoir être investies par des établissements de soins toutes formes juridiques confondues. Les restrictions qui semblent inutiles doivent être supprimées et des modifications doivent être apportées dans l'aménagement du territoire au niveau de la commune, en vue de quartiers et de communes respectueux des aînés.

- Développer, au niveau régional, le concept de **zone de services de soins et de logement** ou zone respectueuse des soins résidentiels, associé à la vision, aux paramètres, aux critères et aux directives qui s'imposent. Utiliser ce cadre comme pierre de touche lors de développements d'un quartier et d'un village à long terme afin d'arriver à une implantation efficace de nouvelles constructions, de rénovations, d'initiatives en matière de soins de santé et de modifications dans l'espace public. Utiliser pour ce faire les critères du label "Habitat à vie" et – si d'application - le plan d'action communal élaboré dans le cadre des « *age friendly cities* » (ou villes respectueuses des personnes âgées).

Afin d'évoluer vers une intégration des soins résidentiels à grande échelle, il faudra d'abord lever quelques obstacles car « une nouvelle évolution dans ce sens [est] encore fortement freinée par la réglementation en vigueur et les subventions pour les infrastructures d'hébergement et de soins » (Winters et Peetermans, 2005, p. 1). Dans ce qui suit, nous examinerons la meilleure façon d'évoluer du noir et blanc au gris.

ALTERNATIVES GRISES

On entend par « gris » : ce que veulent les personnes âgées.

Si l'on veut prendre en charge les futurs besoins en matière de soins, il faut que tout le monde se mobilise. Toutes les pistes devront être explorées et toutes les formes de soins devront être étudiées. On ne devra pas seulement se consacrer à la capacité, mais la diversité jouera, elle aussi, un rôle important à l'avenir. C'est ce que l'on entend par « gris » : en fonction de ce que veulent les personnes âgées elles-mêmes. Afin de s'approcher le plus possible des différents types de besoins en matière de soins et des exigences des personnes nécessitant ces soins, la diversité sera garante de la qualité.

³⁶ Les zones bleues sont des zones réservées à des infrastructures communautaires et des services publics où les institutions commerciales ne sont pas autorisées à construire (chapitre 2).

L'objectif des subventions VIPA est « d'offrir des infrastructures qui sont abordables et qui répondent en même temps aux exigences actuelles de confort en matière de logement et de soins ». Un objectif noble, qui passe outre le fait que la forme juridique des institutions ne joue aucun rôle pour les seniors eux-mêmes.

Les personnes âgées sont au cœur du débat. Une approche unique tant des politiques que des prestataires de soins ne peut que mener à l'anéantissement du bien-être.

Conception nouvelle et améliorée de la politique de subventions

Quelle sera à présent la meilleure stratégie d'approche ? Nous avons déjà mentionné précédemment que la partie à jouer entre les différents prestataires de soins est inégale. Les acteurs commerciaux privés ne peuvent, entre autres, faire appel aux mêmes possibilités de financement que les acteurs du secteur public (CPAS) et que les acteurs privés non commerciaux (ASBL). L'objectif des subventions³⁷ est d'offrir des infrastructures qui sont abordables et qui répondent en même temps aux exigences actuelles de confort en matière de logement et de soins. Un objectif noble, qui passe outre le fait que la forme juridique des institutions ne joue aucun rôle pour les seniors eux-mêmes. Ces derniers veulent des soins et un logement de la plus haute qualité à un prix plancher, point à la ligne. Le défi des soins aux personnes âgées, comme on l'a déjà mentionné à plusieurs reprises, ne peut être abordé depuis la perspective du choix entre une solution ou l'autre. Nous pourrions et devons utiliser la créativité de tout un chacun et devons, par conséquent, accorder une chance égale à toutes les idées pour ce qu'elles valent, et non en fonction d'intérêts préétablis. Dans le chapitre suivant, nous analyserons plus en profondeur le pourquoi et le comment des acteurs commerciaux du secteur des soins aux personnes âgées.

OBJECTIF

Une réforme des politiques de subvention qui réconcilie les objectifs d'un champ d'action équitable et de services abordables et hautement qualitatifs, s'impose. Nous amorçons le débat et décrivons différents scénarios de réforme. Nous partons des subsides VIPA étant donné les évolutions intéressantes qu'elles ont connues ces dernières années. Les scénarios dessinés et les recommandations formulées sont cependant valables de par les grandes ressemblances entre les différentes politiques régionales, et ce, en dépit de l'autorité compétente. Il s'agit avant tout de principes directeurs.

Avant 2006, les subventions flamandes (VIPA) aux prestataires étaient encore accordées presque intégralement et en une fois au demandeur. Or, la forte demande et les listes d'attente ont poussé le gouvernement de l'époque à revoir la politique de subvention

³⁷ Contrairement aux fournisseurs commerciaux, les institutions publiques et les ASBL peuvent faire appel aux gouvernements régionaux qui subventionnent jusqu'à 60% des coûts de rénovation et de construction.

de manière radicale. Le premier pas dans la bonne direction était fait. Le paiement des subventions est maintenant étalé sur 20 ans de sorte que plus d'établissements de soins reçoivent une première tranche de subsides plus rapidement. Ainsi, les établissements de soins sont à même d'entamer plus vite leurs travaux de rénovation ou de construction. Bien que cela ne modifie en rien la distinction selon la forme juridique, les résultats de cette forme alternative de financement semblent positifs, car en 2009, le gouvernement flamand a décidé de poursuivre la réforme. Entre-temps, on travaille à un arrêté d'exécution permettant de transférer le rôle de maître d'œuvre – mais donc pas la gestion - d'un centre de services de soins et de logement à une tierce partie. De cette façon, les ASBL et les CPAS peuvent tout de même faire appel aux subventions VIPA lorsqu'elles concluent, par exemple, des contrats Design-Build-Finance-Maintain³⁸ (Conception-Construction-Financement-Entretien). Ce sont là, sans plus, d'autres pas dans la bonne direction.

Une deuxième option, plus drastique, consiste à remplacer les subventions par des prêts sans intérêt du gouvernement dont les institutions commerciales privées pourraient également faire usage. Grâce à cette alternative plus favorable sur le plan budgétaire, davantage d'institutions peuvent bénéficier de cette forme très bon marché de financement.

Une autre possibilité pourrait consister à rassembler les propositions ci-dessus. L'initiateur du centre de services de soins et de logement, quel que soit le pouvoir organisateur, peut prétendre à des tranches de prêts sans intérêt. Il dispose ainsi de suffisamment de liquidités pour financer les premiers coûts importants et pour honorer, dans la phase de démarrage, son contrat Design-Build-Finance-Maintain. Le remboursement au VIPA des prêts sans intérêt se fait après une période de dix ans par exemple, lorsque le centre de services de soins et de logement est rentable et solvable. De la sorte, le gouvernement ne subventionne pas une infrastructure par le biais de prêts à perte, mais bien son financement. En outre, il devient intéressant pour les initiateurs de travailler sur la base de constructions DBFM. Celles-ci génèrent de nombreux avantages :

³⁸ Le maître d'œuvre est chargé de concevoir une installation dans son ensemble, de la construire, la financer et l'entretenir. Dès le début du contrat, on fixe avec la partie adverse une indemnité mensuelle qui couvrira tous les frais.

- Meilleure performance à moindre coût ;
- Fonctionnement optimal des installations grâce au savoir-faire ;
- Risques partagés ;
- Augmentation de l'efficacité des installations grâce à des collaborateurs spécialisés ;
- Le client peut se concentrer sur les activités essentielles, dans ce cas-ci l'exploitation d'un centre de services de soins et de logement ;
- Le budget est connu au préalable ;
- La planification stratégique des investissements importants est facilitée.

Une quatrième alternative a été élaborée par Benediekt Van Damme et Sien Winters (2003). Elles préconisent de passer d'une subvention d'objet à une subvention de sujet et de scinder le volet du logement et le volet des soins. Concrètement, cela signifie que les ressources publiques qui vont aujourd'hui au VIPA et au logement social se retrouveraient dans deux nouveaux fonds de subvention : l'un pour les dépenses en matière de soins, et l'autre pour les dépenses en matière de logement. Le citoyen reçoit de ces fonds distincts une subvention dépendant de ses revenus et de ses besoins en matière de soins. Comme le citoyen choisit lui-même son logement et son prestataire de soins, cela crée une concurrence susceptible d'influencer positivement le prix et la qualité des infrastructures de services de soins et de logement. Une condition *sine qua non* est un cadre réglementaire adéquat et solide. Dans le chapitre suivant, nous discuterons des rôles alloués aux services publics, au marché et à l'individu, et nous examinerons plus en profondeur les modalités pratiques du financement de sujet et de l'autonomie des dépenses.

☺ RECOMMANDATION

- En ligne avec les récentes et actuelles réformes VIPA, il faut réfléchir à des modalités de financement plus efficaces qui ne tiennent pas compte de la forme juridique des structures d'accueil – une distinction qui n'intéresse pas les seniors. Pour satisfaire les besoins en matière de capacité, plus de soignants doivent pouvoir compter sur un levier financier. On peut imaginer différentes formules intéressantes de prêts sans intérêt. Cependant, notre préférence va dans le sens d'un revirement du financement de l'objet au sujet, une proposition qui est discutée en détail dans le chapitre 6.

La tendance future des soins aux personnes âgées sera indubitablement une vague massive de désinstitutionnalisation. En témoignent la popularité des services semi-résidentiels comme les résidences-services et la croissance beaucoup plus forte des soins à domicile par rapport aux soins résidentiels (30% par rapport à 11% entre 1997 et 2007).

Les seniors voudront et pourront habiter plus longtemps à la maison. Tout bénéfice pour les caisses de l'Etat belge. Mais les soins à domicile ne peuvent pas pour autant devenir une sorte de fétiche.

(Dés)institutionnalisation judicieuse

La tendance future des soins aux personnes âgées sera indubitablement une vague massive de désinstitutionnalisation. En témoignent la popularité des services semi-résidentiels comme les résidences-services et la croissance beaucoup plus forte des soins à domicile par rapport aux soins résidentiels (30% par rapport à 11% entre 1997 et 2007). Ce n'est donc pas que l'on va retirer des personnes des centres de services de soins et de logement, mais les baby-boomers tenteront de retarder leur institutionnalisation le plus longtemps possible. Le vœu le plus cher des "Seniors 2.0" sera de vivre et d'être soignés le plus longtemps possible à la maison. Ce qui devrait pouvoir se faire, si l'on tient compte de tout ce qui a été écrit précédemment. Nos habitations et nos villes devront effectivement s'adapter lentement mais sûrement au nouveau groupe social dominant : les seniors. Aidés ici par diverses applications technologiques, de nouvelles formes d'organisation des soins et une meilleure gestion de la demande, nous parviendrons à nécessiter moins de soins et à obtenir plus de soins avec les ressources disponibles. Les seniors voudront et pourront vivre chez eux plus longtemps. Ce qui sera aussi bénéfique pour les caisses de l'Etat belge. Plusieurs études menées dans différents pays montrent notamment qu'en moyenne, les soins à domicile sont moins onéreux que les soins résidentiels³⁹. De même, si l'on ajoute les dépenses privées et le temps des aidants proches par exemple, les coûts pour la société des soins à domicile restent inférieurs à ceux des soins résidentiels (Hollander *et al.*, 2002). Ainsi, selon Willemé (2010), près de 25.000 résidents n'auraient pas besoin d'assistance « *Activités de la Vie Journalière* » et, pourraient ainsi rester vivre à la maison, ce qui impliquerait une économie de taille pour notre sécurité sociale. Il est également incontestable que les bénéficiaires sociaux des soins à domicile sont plus grands parce que plus "appréciés" par l'ensemble de la société (Pacolet, Merckx et Peetermans, 2008). Qu'il n'y ait donc aucun doute à ce sujet : *empowerment is the way to go !*

Pourtant, les soins de santé ne peuvent pas devenir une sorte de fétiche. Reporter une admission dans un centre de services de soins et de logement n'est pas la même chose que la refuser à tout prix. Dans le chapitre précédent, nous avons vu que l'**adressage approprié** vers une maison de repos ou un hôpital est essentiel pour une assistance de qualité et rentable en matière de soins aux personnes âgées. Ce principe est valable dans les deux sens. Il ne doit pas seulement être question de prévenir des adressages

³⁹ Voir par exemple Chappell, N. *et al.* (2004), Tarricone, R. et Tsouros, A. (éd.) (2008), et Netto 14/11/2009.

L'adressage approprié vers une maison de repos ou un hôpital est essentiel pour une assistance de qualité et rentable en matière de soins aux personnes âgées. Ce principe est valable dans les deux sens. Il ne doit pas seulement être question de prévenir des adressages précoces, des adressages trop tardifs mettent aussi la qualité des soins et le budget de l'État sous pression.

précoces, des adressages trop tardifs mettent aussi la qualité des soins et le budget de l'État sous pression. A partir d'un certain niveau de besoins en soins, quand des situations de crise peuvent se produire à tout moment, il vaudra mieux que le patient soit soigné dans un environnement professionnel à 100%, où il se trouvera sous surveillance médicale permanente, et où il pourra compter sur une équipe pluridisciplinaire et ne devra pas être déplacé précipitamment. En outre, à partir d'un certain degré de dépendance, il est plus rentable de prodiguer des soins spécialisés dans une institution (Chappell, 2004). Chez les personnes dont le degré de dépendance en matière de soins a augmenté au point qu'une admission en résidence est indiquée, les décideurs doivent oser se poser la question de savoir dans quelle mesure la collectivité doit prendre en charge ces **coûts supplémentaires de soins à domicile**. De plus en plus, les spécialistes s'accordent à dire que les soins résidentiels ne devraient plus être donnés à l'avenir qu'aux personnes nécessitant des soins lourds⁴⁰. Compte tenu des pénuries budgétaires actuelles et à venir, le thème mérite en tout cas un débat de fond. C'est un choix social que de permettre aux gens d'être soignés plus longtemps à la maison quand ces coûts sont plus élevés que ceux inhérents aux soins résidentiels. Une façon de ne pas devoir faire ce choix en tant que décideur politique consiste à évoluer vers davantage de financement du sujet (de la personne donc). L'individu reçoit, en fonction de son niveau de besoin en matière de soins et de ses éventuels revenus, un budget de soins qu'il peut dépenser à son gré pour des soins à domicile ou des soins résidentiels⁴¹. De cette manière, il est tenu compte tant des implications budgétaires, de la qualité des soins que du choix de l'individu.

Une deuxième approche pour faire en sorte que le processus de désinstitutionalisation se déroule de manière judicieuse est de lier les soins de manière plus stricte aux limitations des « *Activités de la Vie Journalière* » (appelées limitations AVJ). Selon Breda *et al.* (2010), nos soins à domicile sont plus étendus par rapport aux pays voisins et devraient être définis et répartis avec plus de rigueur (donc plus de « *needs-based screening* »). La transition vers un accent plus marqué sur les soins à domicile ne sera efficace en matière de coûts que s'ils deviennent **plus sélectifs** : nous devons opter pour un approfondissement plutôt que pour un élargissement. Faire plus pour relativement

40 Cette tendance est d'ailleurs déjà en cours depuis un certain temps. La proportion de dépendance lourde à très lourde dans les services résidentiels a progressé entre 1998 et 2007 de 58% à 63% (Willemé, 2010).

41 Dans le chapitre suivant, nous développerons le financement de sujet.

moins de gens, car une politique de désinstitutionnalisation « doit aller de pair avec une augmentation plus que proportionnelle de l'utilisation des soins à domicile » (p.76) et de l'aide familiale.

☺ RECOMMANDATIONS

- Passer au financement du sujet pour faire en sorte que la désinstitutionnalisation s'opère de manière judicieuse. Les implications budgétaires du choix du patient ne pourront ainsi pas être reportées sur la collectivité.
- A moins d'opter pour un système (hybride) d'autonomie au niveau des dépenses, les forfaits de l'INAMI doivent correspondre aux besoins réels en matière de soins.

Parmi ceux qui, en Flandre, vont dans une maison de repos (MR), 40% ont déjà fait usage trois ans auparavant de soins à domicile, contre 10% en Wallonie. Une analyse statistique montre que l'admission des seniors flamands dans une MR peut être retardée d'environ 2,35 ans.

Le continuum de soins

Les soins à domicile sont et restent un obstacle à l'institutionnalisation dans le cadre des soins résidentiels aux personnes âgées. L'étude de Pacolet, Merckx et Peetermans (2008) révèle qu'avoir recours plus tôt aux soins infirmiers à domicile retarde une admission en résidence et raccourcit la durée totale de l'hébergement. Parmi ceux qui, en Flandre, vont dans une maison de repos (MR), 40% ont déjà fait usage, trois ans auparavant, de soins à domicile, contre 10% en Wallonie. Une analyse statistique montre que l'admission des seniors flamands dans une MR peut être retardée d'environ 2,35 ans. Dès lors, un système bien pensé de soins aux personnes âgées doit pouvoir s'appuyer sur des services appropriés intra et extra muros. **Les soins à domicile et en résidence sont complémentaires et doivent s'emboîter le mieux possible.** Un système intégré est bénéfique notamment pour le patient et le Trésor public. Plusieurs études internationales sont arrivées aux mêmes conclusions.

Hollander (2006) : « L'essence du modèle de soins continus consiste en réalité en l'intégration des soins médicaux, de santé, de soutien, communautaires et résidentiels dans un seul système et c'est pour cette raison que ce modèle répond aussi bien aux besoins actuels des personnes qui nécessitent des soins continus ».

Weissert et al. (1997) : Les systèmes intégrés impliquant une gestion globale du système (« system wide case management »), les soins à domicile, les soins résidentiels et le financement par individu engendrent un meilleur rapport coût-efficacité que les systèmes moins intégrés traditionnels.

Les soins à domicile et les soins résidentiels sont complémentaires et doivent s'emboîter le mieux possible. Car un système intégré est bénéfique pour le client et les caisses de l'Etat. L'approche morcelée est remplacée par un continuum de soins : l'utilisateur est au centre de l'offre horizontale de soins.

Il existe déjà en Belgique toute une série d'initiatives visant un tel continuum de soins. Cependant, elles ne suffisent pas encore pour affronter les défis réels des soins aux personnes âgées.

Stuart et Weinrich (2001) : Au Danemark, où l'on recourt à un modèle intégré de soins à long terme mettant fortement l'accent sur les soins à domicile, les dépenses par personne pour les soins aux seniors ont augmenté entre 1985 et 1997 de 8%, contre 67% aux Etats-Unis.

Landi *et al.* (2001) : Le programme intégré italien de soins à domicile a contribué à réduire le taux d'hospitalisation, le nombre de jours d'hospitalisation et les coûts.

Les hôpitaux, les centres de services de soins et de logement, les services de soins à domicile et infirmiers, les généralistes, les kinésithérapeutes, les mutuelles et le gouvernement doivent en d'autres termes unir leurs forces pour améliorer la coordination, l'accessibilité et la qualité des systèmes belges de soins aux personnes âgées. L'approche morcelée est remplacée par un "continuum of care" – ou continuum de soins – qui intègre l'ensemble de la chaîne des soins de santé. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le continuum de soins consiste à offrir une gamme complète de services, allant de l'hôpital aux soins à domicile, ce qui exige le rassemblement des différents services médicaux et sociaux requis au sein de la communauté. Le fait de relier les différentes initiatives en matière de soins à tous les niveaux du système de soins de santé fait aussi partie du continuum de soins. La personne âgée nécessitant des soins est au centre de l'offre horizontale de soins. On arrive à l'intégration des soins en coordonnant l'éventail de soins de façon à ce que chaque utilisateur reçoive les soins appropriés au bon moment, au bon endroit, par la personne adéquate, et ce à moindre coût sur les plans humain et social. L'offre de soins de santé est adaptée à chaque patient et à chaque type de pathologie.

Il existe déjà en Belgique toute une série d'initiatives ayant à l'esprit un tel continuum de soins. Van Camp-Van Rensbergen et Prims (2004, p. 293) sont d'avis que « l'emplacement de lits de soins infirmiers [MRS] dans une maison de repos [...] reflète le processus continu de vieillissement ». En ce qui concerne les soins à domicile, différents organes aux niveaux régional et fédéral sont compétents en matière de coordination. Il existe également des trajets de soins qui tentent d'organiser au mieux la collaboration entre les patients souffrant d'une maladie chronique et leur équipe pluridisciplinaire, et ce, en vue d'un suivi qualitatif du patient. Enfin, le décret flamand sur les soins et le logement vise plus de coopération transmurale.

Néanmoins, il y a encore beaucoup de lacunes à combler avant de pouvoir affronter les défis réels en matière de soins aux personnes âgées. Premièrement, la collaboration se poursuit encore principalement dans le cadre des propres formules de soins et le paysage des soins est encore très fragmenté – entre les pouvoirs organisateurs et les différents piliers par exemple. Deuxièmement, il est difficile, à cause de la complexité de notre structure institutionnelle, de faire collaborer⁴² les différents niveaux – un point important qui a déjà été soulevé dans le troisième chapitre. Troisièmement, pour l’instant, seuls deux trajets de soins ont été mis en œuvre⁴³ et il faut donc attendre les premières évaluations. Quatrièmement, on ne sait toujours pas ce que donnera dans la pratique le très prometteur mais tout jeune décret flamand sur les soins et le logement. Au chapitre trois, nous avons déjà évoqué que l’offre morcelée de soins aux personnes âgées dans notre pays constitue l’un des principaux obstacles. Willemé (2010), du Bureau fédéral du Plan, voit lui aussi la coordination et l’intégration des soins à long terme en Belgique comme le principal défi à court terme.

Pour favoriser cette coordination, il faut une réforme de l’Etat dans le domaine des soins aux personnes âgées. Dans le troisième chapitre, trois scénarios possibles ont été exposés. Par ailleurs, en ligne avec les zones de services de soins et de logement décrites plus haut, la gestion des soins aux personnes âgées doit incomber aux communes et celles-ci doivent recevoir à cet effet les leviers politiques nécessaires. Zorgbedrijf à Anvers le fait déjà pour tout ce qui concerne les services publics de soins aux personnes âgées. Cet organisme coordonne et développe toutes les formes de soins pour les personnes âgées et est ainsi en mesure d’offrir l’intégralité du trajet de soins. A présent, l’objectif consiste à faire en sorte que tous les acteurs, quel que soit le pouvoir organisateur, puissent travailler ensemble sous l’égide d’un organe de coordination au niveau communal.

42 Les soins infirmiers à domicile relèvent par exemple de la compétence fédérale et sont financés par l’INAMI, tandis que les soins à domicile (aide familiale, aide sociale, etc.) tombent sous la compétence et le budget des communautés.

43 Le 1^{er} juin 2009 pour le trajet de soins de l’insuffisance rénale chronique et le 1^{er} septembre pour le trajet de soins du diabète de type 2.

Le logement et les soins vont de pair : un environnement de soins adéquat facilite le logement, et un environnement de logement adapté requiert moins de soins.

😊 RECOMMANDATIONS ⁴⁴

- Travailler à l'intégration des équipes cliniques par la création **d'équipes professionnelles pluridisciplinaires** et de l'adéquation de ces équipes à la structure du réseau, afin que chaque partenaire puisse être repris dans le réseau (généralistes et spécialistes, personnel infirmier, aide ménagère, etc.) (Contandriopoulos, 2001). Voici une tâche importante pour l'administration locale, qui pourrait assurer la gestion afin que tous les partenaires reçoivent suffisamment d'espace pour faire « ce qu'ils ont à faire », et respecter les règles du jeu.
- Indemniser le généraliste ou le consultant en gériatrie pour un rôle de coordination entre les différents prestataires de soins. Cette personne endosse également la responsabilité pour le suivi et les évaluations intermédiaires des besoins actuels de soins, renvoie le patient à qui de droit et donne des conseils si nécessaire. On pourrait même aller jusqu'à la création d'un « **point d'entrée unique** »: un arrêt obligatoire chez un spécialiste en la matière (généraliste, consultant en gériatrie), qui fournit les renseignements nécessaires au patient, réoriente le patient et devient la personne de contact pour tous les intéressés (prestataires de soins, famille et personnes qui nécessitent les soins). Quoi qu'il en soit, la **nomenclature** doit être adaptée afin de compenser les efforts de coordination.
- **La gestion des soins aux personnes âgées** doit se faire au niveau communal.
- Les soins chroniques et les soins post-aigus sont deux choses différentes. Ces derniers devraient être gérés et financés à partir de l'hôpital, comme c'est le cas dans d'autres pays (KCE, 2010).

Les soins aux personnes âgées signifient bien plus que s'occuper des personnes âgées

Les soins sont sans aucun doute de première importance mais, dans notre nirvana des soins aux personnes âgées, ils ne peuvent être traités sans tenir compte de la composante hébergement. L'hébergement et les soins vont de pair : un bon environnement de soins facilite l'hébergement, et un environnement d'hébergement adapté requiert moins de soins. En outre, les soins doivent être abordés dans la perspective de « s'occuper de » et impliquent donc tant une composante physique que psychologique. Les alternatives en matière de soins résidentiels devront tenir compte à l'avenir, encore plus qu'aujourd'hui, de cette **approche humaniste**. Les soins aux personnes âgées signifient bien plus que s'occuper des personnes âgées.

⁴⁴ Dans *Long-term care for older people*, l'OCDE (2005) énumère quelques initiatives étrangères intéressantes (p. 36-40).

Le monde extérieur est crucial pour l'expérience du "monde intérieur". Les infrastructures de services de soins et de logement de demain fonctionneront comme de vrais lieux de rencontre entre générations. Pour l'expérience du monde intérieur, l'autonomie et la capacité de faire ses propres choix seront déterminantes.

L'ère des soins et services « de type hôpital » est révolue. Aujourd'hui, les personnes âgées attendent tout simplement plus de leur troisième âge. L'isolement n'est plus une option, parce que le senior de demain choisira une vie active. D'après une enquête menée par Fontaine et Jans pour l'Institut Scientifique de Santé Publique (2009), l'un des deux facteurs de risque d'insatisfaction parmi les résidants de maisons de repos est cependant le sentiment de solitude. Les recherches menées par la Fondation Roi Baudouin (2009) révèlent que le fait de continuer à jouer un rôle dans la société constitue l'un des trois facteurs primordiaux pour « bien vivre et se sentir chez soi dans un centre de services de soins et de logement ». « Impliquer des personnes extérieures dans le centre de services de soins et de logement est indispensable pour le bien-être des résidants. Cela offre des avantages à tout le monde. Les résidants restent au courant de ce qui se passe autour du centre de services de soins et de logement. Une cafétéria, un restaurant, des commerces, des activités sont autant d'occasions de venir au centre de services de soins et de logement, afin d'y coopérer et de l'enrichir grâce à la contribution de chacun » (p. 22). Le monde extérieur est crucial pour l'expérience du « monde intérieur ». Les centres de services de soins et de logement de demain fonctionneront comme de vrais lieux de rencontre entre générations, et ce sera avant tout aux décideurs politiques et aux prestataires de soins de répondre à cette vocation. Pour l'expérience du monde intérieur, l'autonomie et la capacité de faire ses propres choix seront déterminantes. Le rapport donne quelques propositions intéressantes à ce sujet :

😊 RECOMMANDATIONS

- **La liberté de choix et l'autodétermination doivent être présentes de préférence avant l'admission dans un centre de services de soins et de logement.** La personne âgée du futur pourrait s'y préparer et prendre ses responsabilités à l'égard de son nouveau cadre de vie. Cela peut se faire par le biais de "life coaches", mais aussi du généraliste qui aura endossé un rôle de coordination, ou encore par le biais des consultants en gériatrie qui ont déjà été cités à plusieurs reprises dans cette étude.
- **Les horaires** doivent être assouplis dans la **mesure du possible**. Il faut par exemple essayer autant que possible d'éviter les heures fixes de visite.
- Les personnes âgées doivent être **approchées en tenant compte de ce qu'elles sont encore capables de faire**, de leurs points forts et de leur potentiel, et en veillant à respecter aussi leurs limites. Faire preuve de respect vis-à-vis des personnes âgées signifie qu'il ne faut pas les traiter comme de petits enfants, ce qui vaut aussi pour la façon dont certains s'adressent parfois aux résidants.

Tout comme c'était le cas avec l'intégration, l'autonomie et l'autodétermination doivent devenir une pierre de touche.

- Essayer d'insérer plus de **moments** de rencontre et de **discussion** en petits comités. Si cela n'a pas encore été fait, un conseil de résidents peut être mis sur pied.
- Le « **sentiment d'être à la maison** » peut être amélioré sans trop d'efforts, en évitant dans l'agencement tout ce qui rappelle les hôpitaux (repas, couleurs, uniforme du personnel, acoustique, petits espaces et mobilier de maison). Le fait d'avoir sa propre sonnette et sa propre boîte aux lettres renforce cette ambiance de « chez soi ».

Il s'agit donc de placer les souhaits et le bien-être des résidents au cœur de toutes les décisions et réflexions comme « un but à atteindre qui donne le ton » (p. 51). Tout comme c'était le cas avec l'intégration, **l'autonomie et l'autodétermination doivent devenir une pierre de touche**. En même temps, le cadre de vie devient plus esthétique, ouvert et plurigénérationnel. En Belgique, le Senior Plaza à Willebroek constitue un bel exemple. Il offre « un mélange passionnant et multi-facettes impliquant hébergement, soins, travail, courses, détente et bien-être. » Les décideurs peuvent eux aussi apporter leur pierre à l'édifice pour promouvoir la vision humaniste et intégrée des soins aux personnes âgées.

Dans le chapitre précédent, nous avons déjà suggéré une révision de la norme et du financement en ce qui concerne le personnel. En résumé, les fonds devraient être redistribués de façon à ce que le personnel soignant puisse s'occuper davantage de ses tâches inhérentes aux soins et que des moyens et de la main-d'œuvre puissent être libérés pour le soutien administratif et l'aspect habitat et vie. Par exemple, l'accent serait davantage placé sur le bien-être psychologique des habitants grâce au financement de psychologues ou d'assistants sociaux. Les experts qui ont rédigé un rapport pour la Fondation Roi Baudouin sur le centre de services de soins et de logement du 21^e siècle plaident parallèlement pour un **assouplissement de la réglementation**. « Il faut revoir les règlements en matière d'hygiène et de sécurité (entre autres les normes HACCP), de sécurité et de prévention incendie, afin que l'on puisse cuire une crêpe avec les œufs de son propre poulailler, qu'une fontaine dans le jardin de la cour intérieure ne soit pas fermée parce qu'il pourrait y avoir un risque bactérien, que des lampes de Noël puissent orner le sapin, etc. » (KBS, 2009, p. 71). Toujours selon les experts, l'échelle de Katz (voir cadre 2) ne peut pas être la seule et unique référence pour financer les coûts de l'accompagnement global.

Pour conclure, Itinera a déjà fait valoir dans un livre sur les soins de santé en Belgique (Daue et Crainich, 2008) qu'une partie du financement des soins et des soins de santé doit se faire de manière optimale sur la base de **critères de qualité**. La nomenclature devrait également pouvoir en tenir compte : continuité et qualité peuvent se renforcer mutuellement. Dans le contexte spécifique des soins aux personnes âgées, ce financement devrait toutefois prendre en considération les prix appliqués à la journée. Il est en effet beaucoup plus facile d'offrir de la qualité quand le prix demandé est élevé. Cette proposition cadre d'ailleurs parfaitement dans le scénario du nirvana des soins aux personnes âgées (qualité et contrôle des coûts) et est, comme déjà expliqué, parfaitement compatible avec le continuum de soins. Ce sujet est développé dans le chapitre suivant.

😊 RECOMMANDATIONS

- La réglementation des centres de services de soins et de logement et dans ces centres doit être assouplie.
- Le financement des soins aux personnes âgées doit tenir compte de la qualité.

Nouvelles formes de (soins en) résidence

La maison de repos qui ressemble à s'y méprendre à un hôpital n'est plus d'actualité. Il est inévitable que nous évoluions dans le sens de zones de services de soins et de logement. C'est le niveau méso ou niveau moyen. Dans ces zones de services de soins et de logement, de nouvelles formules de services de soins et de logement verront le jour. Plusieurs esprits créatifs s'en chargent déjà depuis un certain temps et il existe entre-temps de nouveaux concepts qui finiront bien par s'imposer auprès du grand public. Les flats-services existent depuis belle lurette et sont connus par la plupart des gens. Il existe cependant encore quelques formules moins connues, mais pas pour autant moins valables.

Les maisons mitoyennes sont des maisons unifamiliales classiques ou maisons en rangée, à proximité d'un centre de services de soins et de logement, bien qu'elles en soient tout de même clairement détachées. Les résidents restent totalement indépendants et peuvent faire usage des services du centre de services de soins et de logement. Grâce à un système d'appel interne, ils sont directement en contact avec le centre (Amrous et Hugaerts, 2003).

De nouvelles formules de services de soins et de logement verront le jour au sein de zones de services de soins et de logement. Des outils de gestion qui favoriseront le développement de formes intéressantes de services de soins et de logement seront à disposition.

Les habitats kangourous et les flats kangourous permettent aux seniors de vivre avec et parmi de plus jeunes générations. Le but est qu'ils se soutiennent mutuellement sur une base volontaire. Les plus âgés peuvent garder les enfants ou leur donner des cours particuliers, les plus jeunes peuvent faire les courses ou des travaux de bricolage. C'est une manière d'éviter la ghettoïsation des seniors et de couper court à l'isolement des personnes âgées. Pour les familles monoparentales, la formule kangourou peut signifier un soutien journalier important (Amrous et Hugaerts, 2003). L'habitat kangourou remplit un rôle sociétal très utile et économique. Pourtant, il ne rencontre encore qu'un succès très mitigé dans notre pays (Trends, 27/11/2008). Les services publics pourraient fournir les incitants nécessaires.

☺ RECOMMANDATION

- Une réduction d'impôt peut être accordée aux familles qui s'engagent dans un projet d'habitat kangourou. Des subsides pour les travaux de construction et de rénovation peuvent aussi être alloués aux familles qui transforment leur habitation en habitat kangourou. On pourrait trouver cet argent en revoyant à la baisse les subsides sur les panneaux photovoltaïques – une subvention à l'énergie inefficace et régressive.

L'habitat groupé et les maisons Abbeyfield sont des formules adaptées d'habitat en communauté où l'on cible la solidarité et le sentiment d'appartenance à un groupe de quelques personnes. Tous les habitants gardent leur propre espace de vie (chambres ou petits studios) et partagent un espace commun. Ils doivent s'engager à prendre soin les uns des autres – la solidarité entre habitants y est importante – et à participer à la vie de groupe. Une sorte de « kot amélioré pour seniors », très populaire dans des pays comme le Danemark (Amrous et Hugaerts, 2003).

L'accueil de jour autonome collectif résulte d'une série de constatations : le volet financier et économique du vieillissement, la pénurie de soignants à venir, l'isolement croissant de beaucoup de personnes âgées, la lourde charge sur les épaules des aidants proches et l'effet d'abaissement du seuil d'autonomie que représente une maison ordinaire dans la rue. Contrairement aux centres de services où il n'y a pas de prise en charge directe des soins, et aux centres de soins de jour qui s'adressent principalement aux personnes nécessitant des soins lourds, l'accueil de jour autonome collectif s'associe aux services à domicile existants. Des activités journalières sont planifiées selon les intérêts personnels des personnes (Geeraert, 2009).

L’habitat normalisé à petite échelle combine l’hébergement et les soins, les soins infirmiers et l’accompagnement 24h/24, le tout intégré dans un environnement de vie aussi normal que possible et conçu pour les personnes âgées psychogériatriques et démentes. Grâce à la petite échelle des projets d’habitat normalisé (unités de 6 à 16 personnes), les soins peuvent être davantage personnalisés. Les habitants sont incités le plus possible à se prendre en charge eux-mêmes et à rester indépendants. On n’offre pas plus de soins que nécessaire, mais pas moins non plus. L’organisation commune du ménage donne une structure à la vie de tous les jours. Les horaires des repas et des levers peuvent varier, ce qui donne à la vie dans ce type d’habitat un air de liberté et de naturel. (Declercq, Van Audenhove *et al.* 2007). Les logements Cantou sont très proches de ce concept. Ce sont des habitats spécialisés qui visent à créer une ambiance familiale et chaleureuse, conçus pour des personnes présentant des troubles mentaux et qui ont intérêt à participer le plus possible aux activités quotidiennes.

Les personnes âgées ouvrent les portes de leur habitation aux étudiants dans l’intention de concilier deux besoins : le besoin de l’étudiant à la recherche d’une chambre pour un budget limité, et le besoin des personnes âgées qui souvent habitent seules et souhaitent avoir un peu de compagnie et un sentiment de sécurité. La Fondation Caixa Catalunya a lancé un programme de ce genre en Espagne (« Viure i Conviure ») qui est un vrai succès. Et en France, il y a le « Pari Solidaire », qui met les seniors en contact avec des jeunes en quête d’un logement, ou des personnes qui veulent partager les tâches journalières ou sont à la recherche de revenus complémentaires (AGE, 2009). Au Québec, au Canada, il existe des initiatives similaires : « *Les pratiques organisées d’habitation partagée* ». Ducharme (2004) démontre que cette nouvelle formule d’organisation de l’habitat présente d’importants avantages pour la population tant sur le plan économique – accès à un logement abordable – que sur le plan social et psychologique. Cela grâce au contact humain, au sentiment de sécurité retrouvé et à la réduction de l’isolement.

☺ RECOMMANDATION

- En Belgique aussi, il faudrait mettre sur pied une plate-forme numérique permettant aux aînés de trouver de plus jeunes colocataires. Il existe certainement un public dans les (grandes) villes belges qui serait intéressé par ce service.

Nous avons déjà discuté d'instruments de gestion qui facilitent le développement de formes de services de soins et de logement. Les recommandations qui ont été formulées au sujet de l'habitat à vie s'appliquent ici aussi. L'aménagement du territoire constitue également dans cette optique un levier politique puissant. Et ce qui vaut pour l'innovation TIC, vaut aussi pour l'innovation en matière de services de soins et de logement. Dans le chapitre suivant, nous présentons quelques autres instruments qui auraient très bien pu figurer ici également. Nous y abordons l'hypothèque inversée et plaidons pour la divulgation d'information – entre autres par le biais de Systèmes d'Information Géographiques –, afin que les personnes puissent plus facilement voter « avec leurs pieds ». Mais avant de poursuivre, clôturons le cinquième chapitre.

CONCLUSION : LE GRIS SERA LA COULEUR DE LA POLITIQUE MODERNE DES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

La caricature qui prétend qu'il faut choisir entre la maison de repos ou des soins à domicile ne tient pas la route. Preuve en est l'offre existante de soins aux personnes âgées : il y a bel et bien des alternatives. Cependant, le paysage des soins est encore trop fragmenté. Afin de répondre aux futurs besoins en matière de soins, il faudra non seulement réunir toutes les solutions, mais aussi arriver à une parfaite collaboration entre ces solutions. Toutes les pistes devront être explorées et toutes les formes de soins devront être examinées. Il ne faudra pas seulement se consacrer à la capacité, la diversité jouera aussi un rôle prépondérant dans le futur. Le gris deviendra la couleur de la politique moderne des soins aux personnes âgées.

Dans un premier temps, nous avons étudié la forme d'organisation de la zone de services de soins et de logement, en soi un modèle féodal de services de soins et de logement à l'échelle du quartier (5.000-10.000 habitants). Voici ce qu'en pense Singelenberg (2009). On offrira plus de coopération territoriale, surtout parce que les budgets et le personnel se feront de plus en plus rares. Ainsi, les zones de services de soins et de logement recevront progressivement des fonctions supplémentaires. La pénurie de soins formels entraînera une demande croissante de soins informels. Les aidants informels devront pouvoir recourir à des services performants et à une organisation efficace, à une plus petite échelle. Des équipes mobiles plurifonctionnelles peuvent jouer un rôle clé. Et les exigences d'adéquation aux soins des habitations deviendront plus strictes, afin de

pouvoir offrir plus de soins avec moins de personnel. Ceci contribuera probablement à une importance croissante de la zone de services de soins et de logement comme cadre d'intégration de mesures dans divers domaines. La formulation d'un *package* de base, auquel chaque habitant d'une zone de services de soins et de logement peut faire appel, pourrait être un premier pas dans cette direction.

Toutefois, en Belgique, nous avons encore de nombreuses étapes à franchir avant d'arriver à ce type de *package* de base, et nous avons parcouru dans ce chapitre les mesures prioritaires pour être à même de réaliser l'intégration des services de soins et de logement à grande échelle. Un obstacle majeur reste la politique de subvention qui fait une distinction selon la forme juridique du prestataire de soins. Bien que les réformes flamandes en matière de subsides aillent, sans plus, dans la bonne direction, nous avons proposé trois pistes de réflexion alternatives concernant : les prêts sans intérêt, les tranches de prêts sans intérêt et le financement de personnes. Notre préférence va très clairement au troisième scénario. Un deuxième point épineux concerne l'accent placé à juste titre sur la désinstitutionnalisation, qui consiste à garder les gens le plus possible et le plus longtemps possible à la maison. Celle-ci ne peut se dérouler valablement qu'à partir du moment où un débat de fond est mené sur le rapport coût-efficacité des différentes formes de soins. Et, à nouveau, le financement de sujet pouvait apporter une solution. Les soins à domicile et les soins résidentiels sont complémentaires et doivent s'imbriquer le mieux possible. D'autres infrastructures de soins de santé doivent également être intégrées dans un continuum de soins. Malgré les mesures entreprises dans la bonne direction, il reste en Belgique, aussi dans ce domaine, pas mal de pain sur la planche. Ainsi, la nomenclature devrait être ajustée, il faut travailler avec un point d'entrée unique et l'on devrait pouvoir s'appuyer davantage sur des équipes pluridisciplinaires.

Les soins sont sans aucun doute de première importance, mais, dans notre nirvana des soins aux personnes âgées, ils ne peuvent être traités sans tenir compte de la composante hébergement. L'hébergement et les soins vont de pair : un bon environnement de soins facilite l'hébergement, et un environnement d'hébergement adapté requiert moins de soins. Dans la dernière partie de ce chapitre, nous nous sommes penchés sur deux autres aspects primordiaux d'une approche globale de soins aux personnes âgées : l'habitat et le bien-être. La position de départ était que les soins aux personnes âgées signifient bien plus que s'occuper d'elles. Diverses alternatives de (soins en) résidence ont été

examinées et des recommandations en matière de gestion ont été formulées au niveau méso et au niveau macro. L'accent a été mis principalement sur un assouplissement de la réglementation, l'intégration d'indicateurs de qualité et la préservation du sentiment d'intimité et de sécurité propre au domicile.

☺ RECOMMANDATIONS

- Le gouvernement devrait, en consultation avec le secteur, dresser la carte des restrictions qui entravent encore aujourd'hui la construction de **centres de services de soins et de logement**. Les infrastructures de soins doivent en effet pouvoir s'établir parfaitement n'importe où, ceci, avant tout, dans l'intérêt des personnes âgées nécessitant des soins et pour qui la proximité reste toujours le principal critère de sélection. Les zones bleues⁴⁵ doivent par conséquent pouvoir être investies par des établissements de soins toutes formes juridiques confondues. Les restrictions qui semblent inutiles doivent être supprimées et des modifications doivent être apportées dans l'aménagement du territoire au niveau de la commune, en vue de quartiers et de communes respectueux des aînés.
- Développer, au niveau régional, le concept **zone de services de soins et de logement** ou zone respectueuse des soins résidentiels, associé à la vision, aux paramètres, aux critères et aux directives qui s'imposent. Utiliser ce cadre comme pierre de touche lors de développements d'un quartier et d'un village à long terme afin d'arriver à une implantation efficace de nouvelles constructions, de rénovations, d'initiatives en matière de soins de santé et de modifications dans l'espace public. Utiliser pour ce faire les critères du label "Habitat à vie" et si d'application, le plan d'action communal élaboré dans le cadre des « *age friendly cities* » (ou villes respectueuses des personnes âgées).
- En ligne avec les récentes et actuelles réformes VIPA, il faut réfléchir à des modalités de financement plus efficaces qui ne tiennent pas compte de la forme juridique des structures d'accueil – une distinction qui n'intéresse pas les seniors. Pour satisfaire les besoins en matière de capacité, plus de soignants doivent pouvoir compter sur un levier financier. On peut imaginer différentes formules intéressantes de prêts sans intérêt. Cependant, notre préférence va dans le sens d'un revirement du financement de l'objet au sujet, une proposition qui est discutée en détail dans le chapitre 5.

⁴⁵ Les zones bleues sont des zones réservées à des infrastructures communautaires et des services publics où les institutions commerciales ne sont pas autorisées à construire (chapitre 2).

- Passer au financement du sujet pour faire en sorte que la désinstitutionnalisation s'opère de manière judicieuse. Les implications budgétaires du choix du patient ne pourront ainsi pas être reportées sur la collectivité.
- A moins d'opter pour un système (hybride) d'autonomie au niveau des dépenses, les forfaits de l'INAMI doivent correspondre aux besoins réels en matière de soins.
- Travailler à l'intégration des équipes cliniques par la création **d'équipes professionnelles pluridisciplinaires** et de l'adéquation de ces équipes à la structure du réseau, afin que chaque partenaire puisse être repris dans le réseau (généralistes et spécialistes, personnel infirmier, aide ménagère, etc.) (Contandriopoulos, 2001). Voici une tâche importante pour l'administration locale, qui pourrait assurer la gestion afin que tous les partenaires reçoivent suffisamment d'espace pour faire 'ce qu'ils ont à faire', et respecter les règles du jeu.
- Indemniser le généraliste ou le consultant en gériatrie pour un rôle de coordination entre les différents prestataires de soins. Cette personne endosse également la responsabilité pour le suivi et les évaluations intermédiaires des besoins actuels de soins, renvoie le patient à qui de droit et donne des conseils si nécessaire. On pourrait même aller jusqu'à la création d'un « **single entry point** » (ou point d'entrée unique) : un arrêt obligatoire chez un spécialiste en la matière (généraliste, consultant en gériatrie), qui fournit les renseignements nécessaires au patient, réoriente le patient et devient la personne de contact pour tous les intéressés (prestataires de soins, famille et personnes qui nécessitent les soins). Quoi qu'il en soit, la **nomenclature** doit être adaptée afin de compenser les efforts de coordination.
- **La gestion des soins aux personnes âgées** doit se faire au niveau communal.
- Les soins chroniques et les soins post-aigus ne sont pas la même chose. Ces derniers devraient être gérés et financés à partir de l'hôpital, comme c'est le cas dans d'autres pays (KCE, 2010).
- **La liberté de choix et l'autodétermination doivent être présentes de préférence avant l'admission dans un centre de services de soins et de logement.** La personne âgée du futur pourrait s'y préparer et prendre ses responsabilités à l'égard de son nouveau cadre de vie. Cela peut se faire par le biais de "life coaches", mais aussi du généraliste qui aura endossé un rôle de coordination, ou encore par le biais des consultants en gériatrie qui ont déjà été cités à plusieurs reprises dans ce rapport.
- **Les horaires** doivent être assouplis dans la **mesure du possible**. Essayer par exemple tant que possible d'éviter les heures fixes de visite.

- Les personnes âgées doivent être **approchées en tenant compte de ce qu'elles sont encore capables de faire**, de leurs points forts et de leur potentiel, et en veillant à respecter aussi leurs limites. Faire preuve de respect vis-à-vis des personnes âgées signifie qu'il ne faut pas les traiter comme de petits enfants, ce qui vaut aussi pour la façon dont certains s'adressent parfois aux résidants.
- Essayer d'insérer plus de **moments** de rencontre et **de discussion** en petits comités. Si cela n'a pas encore été fait, un conseil de résidants peut être mis sur pied.
- Le « **sentiment d'être à la maison** » peut être amélioré sans trop d'efforts, en évitant dans l'agencement tout ce qui rappelle les hôpitaux (repas, couleurs, uniforme du personnel, acoustique, petits espaces et mobilier de maison). Le fait d'avoir sa propre sonnette et sa propre boîte aux lettres renforce cette ambiance de 'chez soi'.
- La réglementation des centres de services de soins et de logement et dans ces centres doit être assouplie.
- Le financement des soins aux personnes âgées doit tenir compte de la qualité.
- Une réduction d'impôt peut être accordée aux familles qui s'engagent dans un projet d'habitat kangourou. Des subsides pour les travaux de construction et de rénovation peuvent aussi être alloués aux familles qui transforment leur habitation en habitat kangourou. On pourrait trouver cet argent en revoyant à la baisse les subsides sur les panneaux photovoltaïques – une subvention à l'énergie inefficace et régressive.
- En Belgique aussi, il faudrait mettre sur pied une plate-forme numérique permettant aux aînés de trouver de plus jeunes colocataires. Il existe certainement un public dans les (grandes) villes belges qui serait intéressé par ce service.



06

LE NIVEAU MACRO – LE RÔLE DES AUTORITÉS, LE RÔLE DU MARCHÉ

« La fonction d'un gouvernement est de gouverner
le moins possible, mais pas d'en faire le moins possible. »

Alfred Marshall

« Ne croyez jamais les croyants. »



Le paysage belge des soins aux personnes âgées doit être redessiné. Le double défi, celui de la qualité et celui de la quantité, nécessite une politique ferme qui n'hésite pas à s'engager dans de nouvelles voies et à briser les vieux tabous. Mais pour cela, il faut absolument revoir en profondeur le système actuel de financement et de dépenses en prenant comme devise « Plus de liberté signifie plus de responsabilités ». Convaincues de leurs possibilités et conscientes de leur poids politique, les personnes âgées réclameront un rôle principal dans la régie des soins. Que nous apprennent les expériences nationales et étrangères à ce sujet ? De quels leviers disposons-nous, quels obstacles devons-nous éliminer ? Et comment veiller à maintenir la qualité et l'accessibilité malgré l'énorme pression démographique ? Si nous nous y attelons à temps, nous pourrions transformer le processus de régulation de l'offre en régulation de la demande. Et nous devons non seulement revoir en profondeur le rôle de l'individu, mais aussi celui des prestataires de soins, des assureurs et des autorités. Les prestataires doivent plus que jamais écouter les utilisateurs, les assureurs devront fonctionner comme de grands « courtiers en soins » et les autorités devraient s'occuper de créer le cadre institutionnel nécessaire au nouveau modèle de soins. Les tâches principales du secteur public vont évoluer de la fourniture et du financement des soins vers un contrôle de la qualité, une garantie d'accessibilité, une fourniture d'informations et une surveillance du marché.



INTRODUCTION

En économie politique, une attention particulière est accordée au rôle des autorités, au rôle du marché et à toutes les combinaisons possibles de ces rôles.

Les forces du marché dans les soins aux personnes âgées ne sont pas une finalité en soi, mais un instrument pour faire face à l'extension de capacité nécessaire, nourrie par une bombe à retardement démographique, et pour mieux répondre aux souhaits des personnes âgées de la génération 2.0 qui résultent des changements de mentalité de l'après-guerre.

En économie politique, une attention particulière est accordée au rôle des autorités, au rôle du marché et à toutes les combinaisons possibles de ces rôles. Le secteur des soins aux personnes âgées n'y échappe pas et avec les premiers effets visibles du vieillissement sur notre structure socio-économique, la discussion semble s'être accélérée. Selon certains, le secteur des maisons de repos est en proie à une commercialisation et à une course au profit (De Standaard, 06/08/2010) ; d'autres trouvent cela blâmable de tirer un maximum de profit de vieux jours bien mérités (De Morgen, 22/02/2010). On utilise alors des slogans tels que « Les soins ne sont pas une marchandise ! » et « Vos vieux jours ne sont pas à vendre ! », ou encore « La commercialisation des soins aux personnes âgées peut gravement nuire à vos vieux jours ! », comme si tous les acteurs commerciaux du secteur des soins allaient vous laisser crever sans réagir au nom du profit et des actionnaires.

L'aide, les soins de santé, le marché et le profit peuvent néanmoins se concilier si le cadre régulateur y satisfait intelligemment. Il faut se servir de ce qu'il y a de mieux dans chaque monde pour obtenir un maximum d'aide et de soins de santé malgré des moyens budgétaires limités. Et la personne âgée en tant que consommateur joue ici un rôle important – vous souvenez-vous encore de l'*autonomisation du consommateur* ? Le secteur est confronté à une énorme croissance et doit innover : une interaction dynamique entre la demande et l'offre, avec une concurrence loyale, des informations claires et une juste fixation des prix seront essentielles à la réalisation de cette croissance d'une façon qui soit budgétairement durable et réponde en même temps du mieux possible aux souhaits de l'utilisateur. Dans d'autres domaines, nous connaissons l'importance des forces du marché. Les forces du marché dans les soins aux personnes âgées ne sont pas une finalité en soi, mais un instrument pour faire face à l'extension de capacité nécessaire, nourrie par une bombe à retardement démographique, et pour mieux répondre aux souhaits des personnes âgées de la génération 2.0 qui résultent des changements de mentalité de l'après-guerre.

L'idée d'introduire les forces du marché dans un secteur social en fait frémir certains, car le commerce signifie profit, le profit signifie économies et les économies signifient une qualité moindre. Et tout cela au détriment des personnes âgées! Sur un marché non

régulé, avec peu de concurrence, il y a toujours un risque de « nivellement vers le bas », où les institutions commerciales revoient systématiquement leur qualité à la baisse pour pouvoir proposer des prix toujours plus bas ou verser des dividendes plus importants. Heureusement, les maisons de repos doivent toutes remplir une série de conditions strictes (superficie de la chambre, nombre d'infirmiers, repas, etc.) pour être agréées par les communautés et financées par l'INAMI. Et le prestataire n'a commercialement pas intérêt à se faire une mauvaise réputation. Le profit n'est pas toujours détestable, même dans les soins aux personnes âgées. Il ne faut pas oublier que le profit est à la base du mécanisme des prix qui est essentiel pour faire face à des évolutions, encourager l'innovation, récompenser la créativité, permettre des choix, etc. Le profit est un moteur d'investissement dans le renouvellement et l'amélioration de la qualité : ce qui est d'abord accessible au petit nombre finit par profiter à tout le monde.

La tâche principale des autorités doit donc consister à dessiner la structure qui permettra aux personnes âgées de choisir et de financer elles-mêmes leurs vieux jours et leur offrira en même temps une protection suffisante.

Ne nous leurrons pas. Quel que soit le secteur, il y aura toujours une partie privée. L'Europe a de surcroît ouvert le marché. La question qui se pose, vu cette constellation institutionnelle, est de savoir si nous voulons des soins aux personnes âgées à deux vitesses ou bien un biotope ouvert répondant autant que possible aux souhaits de l'individu, sans oublier ce qui est souhaitable pour la société en matière de qualité, d'accessibilité et de durabilité budgétaire. La tâche principale des autorités doit donc consister à dessiner la structure qui permettra aux personnes âgées de choisir et de financer elles-mêmes leurs vieux jours et leur offrira en même temps une protection suffisante. Nous ne devons pas amener la personne âgée au secteur des soins, mais bien laisser venir le secteur des soins à la personne âgée pour ainsi combiner au maximum l'opportunité économique des soins avec le bien-être personnel. Personne ne peut mieux planifier vos vieux jours que vous. La solidarité est importante, mais ne doit pas nécessairement être un dogme. Une solidarité intelligente préservera la liberté de choix des personnes âgées, liera leur aisance à leur devoir de responsabilité et fera en même temps plus pour ceux qui en ont vraiment besoin. En attendant, j'espère que vous lirez ce chapitre avec la même ouverture d'esprit que celle qui a présidé à mon analyse et mon écriture.

Dans la première partie de ce dernier chapitre, nous étudierons les possibilités d'un nouveau système d'assurance pouvant aider à faire face au besoin de financement. Ce faisant, nous esquisserons deux scénarios possibles, respectivement une assurance

sociale et une assurance privée, et nous formulerons comme toujours quelques recommandations politiques en fonction du système. Il faut non seulement revoir le financement du système des soins aux personnes âgées, mais aussi la façon dont l'argent est dépensé – les modalités d'affectation ne sont pas encore adaptées aux besoins à venir et surtout à la nouvelle génération de personnes âgées et à leurs attentes. L'individu jouera un rôle clé dans ce domaine. Nous verrons enfin pourquoi certains rôles incombent plutôt aux autorités et d'autres au marché.

🕒 OBJECTIF

Créer un cadre régulateur conciliant les avantages du marché et la nécessité de l'Etat. Ce n'est qu'en réunissant ces deux mondes que nous pourrions bénéficier d'une quantité maximale de soins et de soins de santé adaptés aux attentes des utilisateurs, pour un coût social minimal.

UN NOUVEAU MODÈLE DE FINANCEMENT : QUEL RÔLE POUR QUELLES ASSURANCES DANS LES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES ?⁴⁶

Introduction

Le gigantesque besoin de financement dans le domaine des soins aux personnes âgées a déjà été abordé plusieurs fois dans cette étude. La sécurité sociale est un pétrolier en pleine tempête. L'année de crise 2009 s'est terminée pour la sécurité sociale avec un déficit de 2,2 milliards d'euros. On le savait déjà. Sur toute la période 2010-2015, nous aurons en réalité accumulé 23,8 milliards de déficits. Sachant que nous devons en outre économiser 25 milliards d'euros de façon récurrente pour ne pas accumuler de nouveaux déficits, l'ébauche est déjà très effrayante. Nous étudierons ici la piste d'une compensation d'une partie des soins aux personnes âgées par un nouveau système d'assurance. Le *statu quo* n'est en effet plus tenable. D'un côté, de plus en plus de familles sont confrontées à des frais imprévus qui impliquent un gros risque financier et les placent devant des dilemmes extrêmement désagréables quant aux soins à apporter au membre de leur famille. De l'autre, il y a les autorités qui sentent la pression du vieillissement à différents points de vue et se demandent comment tenir le coup financièrement. **Alors que les premiers baby-boomers prennent aujourd'hui leur**

La sécurité sociale est un pétrolier en pleine tempête. Et alors que les premiers baby-boomers prennent aujourd'hui leur pension, la pression venant de ce groupe pèsera sur les soins aux personnes âgées dans vingt ans. Cela nous donne 20 ans pour mettre sur pied un nouveau système de financement.

⁴⁶ Je souhaite remercier ici Ivan Van de Cloot pour sa très large et précieuse contribution à ce chapitre.

pension, la pression issue de ce groupe pèsera sur les soins aux personnes âgées dans vingt ans. Ne commettons pas dans les soins aux personnes âgées la même erreur que dans la problématique du financement des pensions. Il est temps aujourd'hui de réfléchir à des réformes. Ces réformes nous donneront une marge plus grande pour relever le défi de façon créative et répartir le coût sur une base plus large. Les principes de l'assurance peuvent du reste jouer un rôle essentiel. Il est clair que nous aurons dans ce genre de système une **collaboration public-privé**. Car même si l'assurance devait connaître un essor important, cela n'élimine certainement pas la nécessité d'un soutien public. D'autre part, les autorités ne peuvent pas non plus réussir leur mission sans un soutien familial aux soins et une responsabilité financière personnelle.

Pour avoir un bon système de financement dans les soins aux personnes âgées, il faut que ce système soit juste, équitable et surtout abordable, et qu'il y ait un bon équilibre entre responsabilité personnelle, responsabilité familiale et intérêt général. Les financements alternatifs comprennent l'assurance privée, le financement propre, le financement par l'impôt ou l'assurance sociale.

Il est déjà certain aujourd'hui que l'assurance soins flamande ne suffira pas. Cela illustre le fait qu'aucune stratégie cohérente n'a encore été développée au niveau fédéral pour faire face aux besoins de financement à venir.

En Flandre, il existe déjà une assurance soins obligatoire, organisée par les autorités (les Bruxellois sont libres d'y adhérer ou non). Mais il est certain que **l'assurance soins flamande** ne suffit déjà pas aujourd'hui. La prestation maximale s'élève à 125 euros par mois (alors que le coût mensuel moyen d'un centre de services de soins et de logement est dix fois plus élevé) et bien que l'avantage de prestations fixes soit de pouvoir prévoir et gérer convenablement le coût du système d'assurance, il est très peu probable que ces petits montants répondent aux besoins de soins réels. Selon Van Steenkiste (2004), l'organisation de l'assurance soins, les adaptations et les changements successifs montrent que le système est (encore pour l'instant) très instable. Et c'est normal. L'assurance soins flamande illustre le fait qu'aucune stratégie cohérente n'a encore été développée au niveau fédéral pour faire face aux besoins de financement à venir. L'assurance soins flamande vient au fond s'ajouter aux filets de sécurité normalement prévus pour les soins aux personnes âgées dans notre sécurité sociale fédérale et dispose de ce fait de moyens insuffisants et d'une marge de manœuvre insuffisante. Il est conseillé de développer une même stratégie de financement cohérente au niveau fédéral comme au niveau des entités fédérées. Les initiatives parallèles ne font que rendre le système opaque, elles seront loin de suffire comme c'est déjà le cas aujourd'hui avec l'assurance soins flamande et seront tout au plus un emplâtre sur une jambe de bois. L'assurance

L'assurance soins en Flandre montre en outre que la sécurité sociale ne parvient déjà plus aujourd'hui à répondre aux besoins réels dans les soins aux personnes âgées.

soins flamande montre en outre que la sécurité sociale ne parvient déjà plus aujourd'hui à répondre aux besoins réels dans les soins aux personnes âgées (c'est en tout cas l'avis des Flamands) et qu'elle doit donc être réformée. Quoiqu'il en soit, il est curieux de partir de la constatation que la sécurité sociale fait défaut en ce qui concerne les soins aux personnes âgées pour ensuite créer un système de sécurité sociale « *light* » parallèle.

Quelles sont les réalisations étrangères dans ce domaine ? Aux États-Unis, l'accent est mis comme toujours sur la responsabilité personnelle, bien qu'il y ait un filet de sécurité restreint pour les personnes vivant dans le plus grand besoin. Cela a favorisé le développement d'un important secteur privé dans les structures de soins pour les personnes âgées, mais l'assurance privée ne représente encore que 7 % du coût total malgré la déductibilité fiscale. Personne ne sera étonné de savoir qu'en Suède, la responsabilité incombant auparavant aux autorités (locales) est aussi aujourd'hui de plus en plus au secteur privé pour la fourniture des soins, par souci de rentabilité. L'Allemagne est un cas intéressant parce qu'elle a mené une importante réforme en 1995 qui a fait que les soins aux personnes âgées soient intégrés dans la tradition de l'assurance sociale. Outre ce système obligatoire, près de 10 % de la population ont une assurance privée volontaire. Au Royaume-Uni, la part de l'assurance privée est plutôt négligeable (Karlsson, 2004).

☑ CONSTATS

La sécurité sociale est un pétrolier en pleine tempête. Un système d'assurance peut aider à faire face au gigantesque besoin de financement de la décennie à venir. Il est clair que ce genre de système sera basé sur une bonne collaboration public-privé.

L'assurance soins flamande n'est pas de taille à faire face aux futurs besoins en soins. Sans l'improbable scission de la sécurité sociale, il est conseillé de développer une même stratégie de financement cohérente au niveau fédéral et au niveau des entités fédérées.

Quelques considérations théoriques

En soi, la logique d'une assurance pour les soins aux personnes âgées est évidente : le besoin concerne un petit risque avec un coût très élevé. Mais pour pouvoir parler d'un risque assurable sur le marché privé, plusieurs conditions doivent être remplies. L'assuré ne doit pas pouvoir manipuler lui-même la réalisation du risque (« *moral hazard* »), il faut une constatation objective. Il doit s'agir d'un grand nombre de cas à risque

La connexité des risques est notamment un problème fondamental pour un assureur qui a justement besoin de diversification. Plus le groupe est grand et plus la répartition par âge du groupe d'assurés est large, plus les primes seront réduites et plus les prestations potentielles seront élevées.

Les coûts très probables peuvent être assurés d'un point de vue technique, mais ils ont au fond leur place dans un **système d'épargne** obligatoire ou non. Pour maintenir les primes au niveau le plus bas possible, les produits d'assurance devraient donc d'abord couvrir les frais de soins imprévisibles.

similaires qui ne surviennent pas tous en même temps. Il est clair que ces conditions ne sont pas parfaitement remplies dans les soins aux personnes âgées et que le nouveau modèle de financement devra en tenir compte.

Selon David Cutler (1996), encore un économiste de la prestigieuse université d'Harvard, **la connexité des risques** est notamment un problème fondamental pour un assureur qui a justement besoin de diversification. La caractéristique fondamentale de la structure des coûts dans les soins aux personnes âgées n'est en effet pas une grande diversité de coûts entre les individus (qui permettrait une diversification au sein de la cohorte), mais plutôt une forte augmentation des coûts avec le temps. Cela peut donner lieu à une forte augmentation des primes après acceptation de l'assurance et donc être source de mécontentement chez les assurés. Cela peut donc tout aussi bien inciter les assureurs à ne pas assurer les soins aux personnes âgées, à réclamer des primes très élevées ou à ne verser qu'un forfait limité, contrairement à une compensation réelle du coût. Ce forfait ne couvrira pas les frais réels, mais bien le coût prévu ex ante qui suffira largement pour certains, mais sera loin de suffire pour d'autres. Le versement d'un certain montant forfaitaire à partir du moment où un certain niveau de besoin de soins est constaté, est un autre produit d'assurance valable, qui sera toutefois moins attrayant que la couverture du coût réel. Compte tenu d'une estimation prudente des fluctuations de prix dans ce genre d'assurance, Cutler dit que la demande potentielle pourrait ainsi être réduite de moitié.

Dans le même esprit, on peut subdiviser les coûts des soins en une partie prévisible et une partie imprévisible. S'il est certain que nous deviendrons tous vieux et que nous devons de ce fait recourir à quelques services et/ou produits supplémentaires, nous ne pouvons pas dire quel sera notre degré de dépendance. Tout le monde ne devient heureusement pas dément, mais personne ne peut dire à l'avance dans quel groupe il ou elle se retrouvera. Dans les frais prévisibles, nous pensons par exemple à des lunettes de lecture et à une assistance personnelle. Ces besoins dépendent de l'âge et varient pour chaque individu, mais la plupart des gens y seront sans aucun doute confrontés. Ces coûts très probables peuvent être assurés d'un point de vue technique, mais ils ont au fond leur place dans un **système d'épargne** obligatoire ou non. Les gens peuvent en principe les payer eux-mêmes, précisément parce qu'ils sont prévisibles et financièrement supportables. On ne fait alors pas appel à la solidarité de manière disproportionnée,

car pourquoi les personnes non âgées devraient-elles payer une prime pour des gens qui auraient simplement pu voir venir leurs frais de soins ordinaires ? L'assurance doit d'abord couvrir les soins qui risquent de se présenter beaucoup moins souvent au niveau individuel et impliquent un coût élevé, comme c'est le cas pour la démence. Pour maintenir les primes au niveau le plus bas possible, les produits d'assurance devraient donc d'abord couvrir les frais de soins imprévisibles. Rien n'empêche évidemment les assureurs d'inclure la partie prévisible dans leurs produits, mais il faut quand même veiller à ce que la solidarité (intergénérationnelle) ne soit pas remise en question inutilement. Le gain de bien-être dû à l'assurance est plus grand dans le cas d'affections présentant une faible probabilité d'apparition, mais entraînant un coût élevé.

Une souscription précoce offre plus de possibilités en matière de mutualisation des risques et de capacité de financement, mais les charges fixes et l'incertitude plaident contre une souscription trop précoce de ce genre de contrat.

Il n'est pas aussi simple de répondre à la question de savoir à **quel âge** il vaut mieux souscrire une police d'assurance. Une souscription précoce offre plus de possibilités en matière de mutualisation des risques et de capacité de financement, mais les charges fixes et l'incertitude plaident contre une souscription trop précoce de ce genre de contrat. Ce genre de contrat est généralement conclu à l'âge de la pension, alors que les services de soins aux personnes âgées ne seront intensivement utilisés que vingt ans plus tard. Le problème qui se pose alors est que les gens qui constatent qu'ils n'ont guère besoin de soins intensifs résilient leur police. En d'autres termes, cette assurance souffre du phénomène d'antisélection où les bons risques quittent le pool d'assurance et la base de financement pour les autres devient problématique. Vous aurez déjà remarqué qu'une assurance pour les soins aux personnes âgées est plus complexe sur le plan de la technique d'assurance que par exemple une annuité dans le contexte des pensions. Plusieurs problèmes liés à la technique d'assurance seraient résolus si les assurés souscrivaient une police à un âge moins avancé. Mais combien y a-t-il de trentenaires qui souscrivent une police pour d'éventuels soins gériatriques ? L'ignorance des risques joue ici un rôle, tout comme la vision à court terme. En principe, le marché de l'assurance pour les soins aux personnes âgées devrait toutefois être moins problématique sur ce plan que les soins de santé *au sens strict*. S'il s'agit dans ce dernier cas de services techniques dont la qualité est très difficilement évaluable par un non-initié, il s'agit dans les soins aux personnes âgées de services quotidiens comme une aide à la toilette, à l'habillement, à la prise de repas. Et l'implication de la famille fait souvent la différence.

Un adressage correct et un enregistrement minutieux des données profiteront à tout le monde, car plus l'incertitude est grande et plus la durée prospective d'utilisation des services de soins aux personnes âgées est longue, plus les primes seront élevées.

Le risque subjectif, ou aléa moral, est un problème courant dans les assurances : l'assuré peut déterminer lui-même la réalisation du risque par un comportement non observable. Pour répondre à ce problème d'aléa moral, on applique une franchise.

L'information est cruciale pour que les polices correspondent davantage aux besoins.

Les interactions néfastes possibles entre différentes formes de financement peuvent être évitées par un équilibrage des risques, une aide au paiement et une bonne politique de concurrence.

Les assureurs ont une assez grande expérience du paramètre de l'espérance de vie, qui est essentiel pour la pension, mais une expérience nettement moins grande des coûts des soins et de leur évolution incertaine. Si la capacité actuelle des structures de soins résidentielles est un paramètre connu, il est déjà plus difficile d'évaluer le nombre de personnes âgées qui les utiliseront. Et on connaît encore moins la **durée du séjour à prévoir**. Un adressage correct et un enregistrement minutieux des données profiteront donc à tout le monde, car plus l'incertitude est grande et plus la durée prospective d'utilisation des services est longue, plus les primes seront élevées.

Le **risque subjectif, ou aléa moral** (« *moral hazard* »), est un problème courant dans les assurances : l'assuré peut déterminer lui-même la réalisation du risque par un comportement non observable. La famille d'une personne âgée peut ainsi préférer des soins résidentiels aux soins à domicile parce que la personne âgée est assurée pour cela. Pour répondre à ce problème d'aléa moral, on applique une franchise qui signifie dans ce cas que l'assuré devra par exemple financer lui-même les trois premiers mois de soins. Par ailleurs, cela peut aussi faire réfléchir les assurés potentiels : « si j'ai une assurance, ma famille m'enverra plus facilement dans un home » (Pauly, 1990). D'autre part, des études montrent que la souscription d'une assurance soins aux personnes âgées est fortement motivée par des considérations altruistes, où l'on veut limiter la charge pour les potentiels prestataires familiaux de soins et en même temps laisser un héritage (Courbage et Roudaut, 2008). Mais il apparaît aussi que les individus préfèrent souvent ne pas quitter leur maison.

Au niveau des marchés de l'assurance privée, on constate du reste que les polices deviennent moins strictes et correspondent davantage aux besoins réels des assurés à mesure que le marché mûrit, ce qui indique un effet d'apprentissage. Un assureur a en tout cas besoin de toutes sortes d'**informations** sur le coût et la durée de la dépendance selon le type de soins.

Il faut encore ajouter à cela les **interactions potentielles entre différentes formes de financement**. Aux États-Unis, on étudie déjà l'impact de Medicaid sur les assurances privées. Ce qui précède peut expliquer le fait que les bas revenus ne souscrivent pas d'assurance privée parce qu'ils bénéficient du système public, tandis que les hauts revenus financent eux-mêmes leurs soins parce qu'ils rechignent à payer une prime élevée et préfèrent assumer eux-mêmes le risque. Pour éviter de laisser les « mauvais

risques » aux systèmes de sécurité sociale et de voir les systèmes privés « écrémer » le marché – c'est-à-dire assurer uniquement les « bons risques » –, il est d'abord essentiel de prévoir une compensation pour les mauvais risques. Cela signifie qu'il faut compenser la concentration de mauvais risques pour que les assureurs acceptent de couvrir ces risques. Concrètement, l'argent peut par exemple être mis dans un seul grand pot pour ensuite être redistribué entre les assureurs en fonction des profils de risque ex ante des assurés. Il se peut ensuite que les bas revenus ne puissent pas payer la prime d'assurance, et dans ce cas les autorités peuvent intervenir. Enfin, il est crucial que tous les acteurs du marché de l'assurance disposent des mêmes armes. À cet égard, il n'est pas nécessaire que les autorités proposent elles-mêmes un produit d'assurance tant que tous les risques et le cadre commercial sont équilibrés.

Eu égard à l'ampleur des besoins en soins à venir, il est essentiel de commencer à les financer le plus vite possible.

Dans la plupart des marchés de l'assurance, un assureur privé a en principe l'avantage que les risques sont limités en importance, de sorte que grâce à la diversification il peut avoir une moins grande aversion pour le risque que l'assuré. Mais si le coût prend une ampleur macroéconomique considérable, cela peut toutefois devenir problématique. Il est donc crucial de commencer le plus vite possible à financer les futurs besoins en soins. Alors que les premiers baby-boomers prennent aujourd'hui leur pension, la pression venant de ce groupe pèsera sur les soins aux personnes âgées dans vingt ans. Cela nous laisse une certaine marge pour introduire par exemple une importante composante de capitalisation dans ce genre d'assurances. Les baby-boomers pourront ainsi encore assumer une part de la responsabilité.

Nous attendons d'assureurs concurrents qu'ils deviennent de prudents acheteurs de soins au nom de leurs assurés. Mais il faut pour cela une obligation d'acceptation et la possibilité pour les assurés de passer d'un assureur à l'autre sans rien payer.

Enfin, nous attendons d'assureurs concurrents qu'ils deviennent de **prudents acheteurs de soins** au nom de leurs assurés. Le développement de relations contractuelles entre assureurs et prestataires de soins peut leur donner plus de liberté pour négocier sur les prix, les services et la qualité des soins (van de Ven et Schut, 2008). De cette façon, le pouvoir de chaque assuré sur le marché sera pour ainsi dire multiplié par le nombre d'affiliés par assureur. Il se pourrait même que les assureurs et les prestataires fusionnent pour proposer aux assurés les meilleurs soins aux meilleurs prix. Pour favoriser au maximum les incitations du marché, il faut bien sûr qu'il y ait acceptation de tous les assurés de la part des assureurs et que les assurés puissent passer d'un assureur à l'autre sans rien payer pour cela. Aux Pays-Bas, les citoyens peuvent ainsi changer d'assureur une fois par an. Chez nos voisins du Nord, cela signifie que les assureurs ne peuvent refuser à personne une assurance de base obligatoire et que la compensation

se fait par un mécanisme d'équilibrage des risques pour les profils à haut risque. Laisser négocier les grands assureurs, au lieu des utilisateurs, avec les prestataires de soins est une façon de donner plus de pouvoir au consommateur.

🕒 OBJECTIF

D'un point de vue pragmatique, on arrive vite à la conclusion que différentes modalités de financement devront être intégrées dans un seul système cohérent vu l'ampleur du défi et les nombreuses difficultés possibles sur le plan de la technique d'assurance. Pour concilier d'un point de vue social le rendement avec la solidarité, la participation au système doit être grande et jeune et doit tenir compte des problèmes techniques des assurances.

😊 RECOMMANDATIONS

Les dix commandements de l'assurance soins

- L'assuré ne doit pas pouvoir manipuler la réalisation du risque. Il faut une constatation objective.
- La connexité des risques est un problème fondamental pour un assureur qui a besoin de diversification. Plus le groupe est grand et plus la répartition par âge du groupe d'assurés est large, plus les primes seront réduites et plus les prestations potentielles seront élevées.
- S'il est certain que nous deviendrons tous vieux et que nous devons de ce fait recourir à quelques services et/ou produits supplémentaires, nous ne pouvons pas dire quel sera notre degré de dépendance. Ces coûts très probables peuvent être assurés d'un point de vue technique, mais ils ont au fond leur place dans un système d'épargne, obligatoire ou non. Pour maintenir les primes au plus bas niveau, les produits d'assurance devraient donc d'abord couvrir les frais de soins imprévisibles.
- Une souscription précoce offre des possibilités en matière de mutualisation des risques et de capacité de financement, mais les charges fixes et l'incertitude plaident contre une souscription trop précoce de ce genre de contrat. Cette assurance souffre aussi du phénomène d'antiselection où les bons risques quittent le pool d'assurance et la base de financement pour les autres devient problématique. Une affiliation obligatoire à partir d'un certain âge peut remédier au problème.
- Un adressage correct et un enregistrement minutieux des données profitent à tout le monde, car plus l'incertitude est grande et plus la durée prospective d'utilisation des services est longue, plus les primes sont élevées.

- L'aléa moral ou risque subjectif est un problème courant dans les assurances : l'assuré peut déterminer lui-même la réalisation du risque par un comportement non observable. Pour répondre à ce problème on peut appliquer une franchise.
- L'information est cruciale et peut permettre aux polices de correspondre davantage aux besoins.
- Les interactions néfastes possibles entre différentes formes de financement peuvent être évitées par un équilibrage des risques, une aide au paiement et une bonne politique de concurrence.
- Eu égard à l'ampleur des besoins de soins à venir, il est essentiel de commencer à les financer le plus vite possible. Alors que les premiers baby-boomers prennent aujourd'hui leur pension, la pression venant de ce groupe pèsera sur les soins aux personnes âgées dans vingt ans. Cela nous laisse une certaine marge pour introduire par exemple une importante composante de capitalisation dans ce genre d'assurances. Les baby-boomers pourront ainsi encore assumer une responsabilité directe.
- Nous attendons d'assureurs concurrents qu'ils deviennent de prudents acheteurs de soins au nom de leurs assurés. Mais il faut pour cela une obligation d'acceptation de tous les assurés et la possibilité pour ceux-ci de passer d'un assureur à l'autre sans rien payer.

La réforme allemande est intéressante parce qu'elle part de deux principes. Le premier était le souci de mettre les différents systèmes de financement sur un pied d'égalité, le deuxième objectif était de n'écarter en aucun cas les soins informels.

Leçons de la réforme allemande de 1995

La raison pour laquelle la réforme allemande suscite notre intérêt est que celle-ci part de deux principes. Le premier était le souci de mettre les **différents systèmes de financement** sur un **pied d'égalité**, le deuxième objectif était de **n'écarter en aucun cas les soins informels**. Mais il y avait bien sûr et surtout la pression financière. 80 % des personnes âgées éprouvaient des difficultés à payer la facture de la maison de repos. À noter aussi que la réforme est intervenue après une décennie de débats.

Il est surtout intéressant de comparer le système allemand avec la situation américaine. Les deux pays dépensent environ autant en soins aux personnes âgées (1,44 % du PIB en Allemagne dont 1,09 % pour le public contre 1,37 % aux États-Unis dont 0,9 % pour le public). Aux États-Unis, le système public est un système dont seules les familles avec un revenu inférieur à un certain seuil minimal peuvent profiter. En Allemagne, il s'agit d'un programme d'assurance universel auquel peuvent recourir des personnes de tous âges avec un besoin spécifique.

L'assurance dépendance en Allemagne couvre uniquement les soins de base et laisse un certain rôle aux contributions individuelles et à l'assurance privée.

Pour ceux qui préfèrent ne pas participer au programme public, il existe 50 assureurs privés (système « opt out ») qui proposent une assurance pour les soins de base. Près d'un million de personnes sont également couvertes pour des soins gériatriques supplémentaires.

Les partisans des primes fixes disent que la redistribution doit se faire par le biais du système fiscal, et non par le biais du système d'assurance dépendance.

L'assurance dépendance couvre uniquement les **soins de base** et laisse un certain rôle aux contributions individuelles et à l'assurance privée. Étant donné qu'il s'agit d'un système universel, le système allemand est simple et applique une égalité de conditions d'acceptation pour tous. Depuis 2000, les individus doivent être assurés depuis au moins cinq ans pour pouvoir prétendre à des prestations. Depuis 2005, les travailleurs sans enfants de plus de 23 ans doivent céder 0,25 % de leur revenu en plus (dans la limite d'un plafond salarial). Autrement, la cotisation des salariés est limitée à 0,85 %. La cotisation patronale s'élève aussi à 0,85 %. Pour compenser cette cotisation patronale, un jour de congé officiel a été supprimé. Les prestations ne sont pas indexées sur l'inflation et ne peuvent pas dépasser un montant annuel (environ 15 000 €). Des caisses spéciales d'assurance dépendance (donc pas les caisses d'assurance maladie) se chargent de percevoir les cotisations, de négocier avec les maisons de repos, de verser les prestations... Pour ceux qui préfèrent ne pas participer au programme public, il existe 50 assureurs privés (système « opt out ») qui proposent une assurance pour les soins de base. Quelque neuf millions de gens sont couverts par une assurance privée dont la couverture doit au moins atteindre le niveau du programme public. Les primes dépendent en grande partie de l'âge auquel on s'affilie et sont les mêmes pour les femmes et pour les hommes.

Outre la couverture de base susmentionnée, près d'un million de personnes sont également couvertes pour des soins gériatriques supplémentaires. L'acceptation et la prime sont déterminées en fonction du risque⁴⁷. Pour les soins résidentiels, on paie des frais dits d'hôtel, plus 25 % pour les soins mêmes. Étant donné que les prestations ne sont pas indexées, les individus paient aujourd'hui 50 % du coût total des soins (Rothgang et Igl, 2007).

La façon dont les primes d'assurance doivent être calculées fait toujours débat. Il fallait choisir entre une cotisation en fonction du revenu ou des primes fixes. Les partisans des primes fixes disent que la redistribution doit se faire par le biais du système fiscal, et non par le biais du système d'assurance dépendance. C'est bien sûr un choix social où des valeurs politiques jouent un rôle. Si l'on opte pour des primes fixes, ces primes dépendront de l'âge d'affiliation. Dans les discussions allemandes, on est toutefois parti

47 http://www.bmg.bund.de/cln_151/nn_1168248/SharedDocs/Downloads/EN/Long-term-care-insurance/LTCL-in-a-nutshell,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/LTCL-in-a-nutshell.pdf

du principe que celles-ci ne dépendaient pas du sexe ni de l'état de santé et qu'elles resteraient stables sur la durée de la vie. Les propositions variaient de 52 euros pour les adhérents âgés de 20 ans à 66 euros pour ceux âgés de 45 ans et plus. Si le taux de cotisation dépassait un certain pourcentage du revenu du ménage, on prévoyait alors une intervention de l'État.

Pour pouvoir insérer un volet de capitalisation, différentes propositions de financement ont été mises sur la table pour la période de transition.

Étant donné que les soins aux personnes âgées ne sont massivement utilisés qu'après une période de retraite déjà importante, on peut aussi prévoir un plus grand volet de capitalisation. On peut épargner soi-même pour ses propres soins gériatriques. La question qui se pose est de savoir ce que l'on fait avec les utilisateurs actuels des soins gériatriques. En Allemagne, la commission Herzog a proposé de financer cette transition par une cotisation majorée, payée par les employeurs et les travailleurs, de 3,2 %. La génération plus âgée (les plus de 70 ans) continuerait à payer pour le système actuel. La génération plus jeune entrerait dans des plans d'épargne pour ses propres soins. Une proposition alternative pour supporter le coût de la transition (Ottnad, 2003) était de prévoir une prime fixe pour les personnes âgées (50 euros par mois) et un taux lié au revenu de 0,7 % pour la génération plus jeune. Ces cotisations disparaîtraient bien sûr après la période de transition. La commission Rürup a proposé en revanche de continuer à lier les primes au revenu, mais de capitaliser 0,5 % des 1,7 %. Les personnes déjà pensionnées paieraient alors 2,7 % de leur pension pour financer le système de l'assurance dépendance.

Les aidants proches peuvent se faire remplacer jusqu'à quatre semaines par an et leur travail est rétribué en termes de sécurité sociale comme la pension.

Comme déjà dit, l'un des deux piliers de la réforme allemande était le maintien et l'encouragement des **soins informels**. Concrètement, les prestataires familiaux de soins reçoivent un soutien supplémentaire. Ils peuvent se faire remplacer jusqu'à quatre semaines par an et leur travail est rétribué en termes de sécurité sociale comme la pension. Le fait que 70 % des personnes âgées concernées optent pour des soins à domicile donne à penser que cet objectif a bien été atteint. Cela dépend bien sûr fortement de la possibilité d'opter pour une rétribution de la prise en charge familiale. Une option que le comparable système japonais n'a délibérément pas voulu donner. Le système japonais voulait que les femmes rompent avec le vieux modèle familial, et le but de la réforme était d'accroître la capacité résidentielle. Le fait est que si l'on peut librement choisir en Allemagne entre un montant forfaitaire et une compensation pour le coût réel des soins à domicile, le coût d'une **prestation en espèces** se situe entre 45

Le fait est que si l'on peut librement choisir en Allemagne entre un montant forfaitaire et une compensation pour le coût réel des soins à domicile, le coût d'une prestation en espèces se situe entre 45 et 53 % de la valeur des soins en nature. On crée ainsi une forme de franchise.

Pour ne pas rompre l'égalité des conditions de concurrence, le nombre d'institutions n'est pas limité par les pouvoirs publics.

En principe, chaque structure doit négocier des tarifs journaliers avec la caisse d'assurance soins et chacune a sa structure de prix et sa compensation venant de l'assurance.

La réforme allemande a été mise en œuvre avec étonnement peu de difficultés et conserve un large soutien populaire et politique grâce à une expansion de l'offre formelle et de l'offre informelle et à la liberté de choix de l'individu.

et 53 % de la valeur des soins en nature. Aux Pays-Bas, il existe un système similaire, mais la prestation s'élève à 75 % de la valeur (une sorte de franchise donc). Ce genre de système a certainement contribué à empêcher une explosion des coûts malgré l'option d'une prestation en espèces.

L'autre pilier était la **mise à égalité** des alternatives de soins. Avant 1995, le domaine était surtout occupé par des organisations sans but lucratif financées par les pouvoirs publics. Quiconque répondait aux conditions légales pouvait en principe obtenir une licence. Le nombre d'institutions n'était donc pas limité par les autorités⁴⁸. Mais certains États fédérés n'accordaient des subsides pour le financement de nouvelles maisons de repos qu'à quelques organisations.

La mesure dans laquelle la concurrence entre les prestataires de soins est bien une réalité, n'est pas encore vraiment claire. **En principe, chaque structure doit négocier des tarifs journaliers avec la caisse d'assurance soins et chacune a sa structure de prix et sa compensation venant de l'assurance.** Certains disent qu'avec les tarifs fixes pour des paquets de soins et le manque de représentation du consommateur final dans le processus de négociation entre les caisses d'assurance et les prestataires de soins, la concurrence tarifaire effective reste limitée. C'est cependant bien le cas dans les soins de santé entre les assureurs allemands (Arntz *et al.*, 2007).

Le gouvernement allemand conclut que la réforme a permis une expansion des soins formels et des soins informels. D'après l'OCDE, il n'y avait plus de délais d'attente et la moitié environ des lits en maisons de repos se trouvaient en 2001 dans des structures privées. On enregistre aujourd'hui 55 % d'établissements privés sans but lucratif, 38 % d'institutions à but lucratif et 7 % d'établissements publics. Pour les agences de soins à domicile, on a 41 % d'établissements privés sans but lucratif, 58 % d'établissements à but lucratif et 2 % d'établissements publics (Gibson et Redfoot, 2007). La réforme allemande a en tout cas été mise en œuvre avec étonnement peu de difficultés et conserve un large soutien populaire et politique. Un soutien populaire parce que l'individu a énormément de choix quant à l'aménagement de sa prise en charge.

⁴⁸ Sans concurrence, une assurance sociale pourrait donner lieu à une rente économique.

Le financement des soins aux personnes âgées doit être repensé, surtout eu égard à l'explosion des besoins à venir. Deux options sont possibles : une assurance sociale obligatoire ou une assurance privée libre.

☑ CONSTATS

La réforme allemande de 1995 a permis une expansion de l'offre formelle et informelle de soins.

Après des années de débats, les Allemands sont parvenus à mettre sur pied un nouveau modèle de financement qui jouit d'un large soutien populaire et politique. L'assurance dépendance couvre uniquement les **soins de base** et laisse un certain rôle aux contributions individuelles et à l'assurance privée. Le modèle repose essentiellement sur deux piliers : le maintien et l'encouragement des soins informels et la *mise à égalité* des alternatives de soins.

😊 RECOMMANDATION

- De par le manque de représentation du consommateur final dans le processus de négociation entre les caisses d'assurance et les prestataires de soins, la concurrence sur les prix reste limitée. En d'autres termes, l'utilisateur doit être renforcé dans son rôle de consommateur.

Scénarios politiques possibles

Le financement des soins aux personnes âgées doit être repensé, surtout eu égard à l'explosion des besoins futurs. Les assurances forment sans aucun doute un élément essentiel de réponse aux défis auxquels sont confrontés les soins aux personnes âgées. Différentes options sont possibles.

- **Assurance sociale**

C'est l'option choisie en Allemagne où un jour de congé payé a été échangé contre une cotisation patronale pour le financement. **Dans l'exemple allemand, l'individu avait la possibilité de ne pas participer au programme public, avec l'obligation de prendre pour les soins de base une couverture privée atteignant au moins le niveau du programme public.** L'assurance privée est donc une option dans les soins de base, mais des assurances complémentaires sont également possibles sur le marché privé. D'autant plus qu'en Allemagne, le financement propre constitue toujours une part importante du financement. Le paramètre partage des coûts reste bien sûr une manifestation importante de la mesure dans laquelle les coûts sont répartis dans le rapport public-privé. Par ailleurs, le terme soins de base est peut-être un terme trompeur parce qu'on prévoira évidemment plus de soins pour les personnes âgées fort dépendantes.

Il est essentiel de se rendre compte que si les premiers baby-boomers prennent leur pension aujourd'hui, la pression venant de ce groupe pèsera sur les soins aux personnes âgées dans vingt ans. Cela nous donne plus de possibilités de relever le défi de façon créative et laisse une certaine marge pour inclure par exemple une importante **composante de capitalisation** dans ce genre d'assurances. Et il n'y a pas de problème fondamental à renoncer à un système de répartition (*Pay as you go*), en cette matière même dans l'assurance sociale. De cette façon, les baby-boomers pourront encore assumer eux-mêmes directement une part de la responsabilité. Et c'est crucial. Les assurances doivent :

- adapter au maximum les prestations aux cotisations;
- rester au maximum dans la même génération pour réduire le risque démographique au minimum (composante de capitalisation);
- si possible n'entraîner aucune hausse des coûts salariaux.

Ce qui se passe souvent en l'absence d'assurance, c'est que la famille fait passer la fortune de la personne âgée aux enfants en temps opportun, de sorte que la facture des soins incombe de facto à la communauté. Et cela n'a rien d'étonnant, vu que la perspective de devoir mettre tout son argent dans les forfaits de maisons de repos n'est guère attirante. Par ailleurs, nous connaissons des exemples tragiques de personnes âgées qui n'osent pas recourir à des soins par peur du coût et de la réaction de la famille. Il semble donc urgent de réfléchir au rôle potentiel de l'assurance, et en la matière nous pouvons certainement apprendre beaucoup de choses des expériences étrangères, et surtout du système allemand.

En France, des évolutions intéressantes sont également en cours. Il y a sur la table une proposition qui rendrait obligatoire une assurance soins pour chaque individu à partir de 50 ans. Différents organismes d'assurance entreraient en concurrence, mais les paiements seraient garantis par un système d'assurance organisé par les pouvoirs publics auquel doivent contribuer tous les organismes accrédités (Le Monde, 19/07/2010)⁴⁹.

Si l'on opte pour une forme de capitalisation dans le cas d'une assurance sociale, la retenue de cotisation sociale peut être stoppée au moment où la somme cumulée sur le compte individuel suffit pour couvrir le coût prévu des soins gériatriques. L'expérience

⁴⁹ Pour plus d'informations sur les plans d'assurance français : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i2647.pdf>

a en tout cas montré qu'une **assurance publique** peut représenter un **élément de financement essentiel** autour duquel des **assurances privées complémentaires** peuvent ensuite se nicher plus facilement.

☑ **CONSTATS**

La classe politique dispose encore d'une vingtaine d'années avant que les baby-boomers qui prennent aujourd'hui leur pension deviennent tributaires de soins. Cela donne une assez belle marge pour chercher des solutions créatives et entamer le débat social.

Sans un système d'assurance correctement élaboré, il est trop facile d'attribuer à la communauté la facture des soins aux personnes âgées. Les personnes âgées sont encore trop peu exhortées à assumer une part de la responsabilité.

☺ **RECOMMANDATIONS**

- Il n'y a pas de problème fondamental à renoncer au moins partiellement à la répartition, y compris dans l'assurance sociale, et à y insérer une importante composante de capitalisation. De cette façon, les baby-boomers pourront encore assumer eux-mêmes une part de la responsabilité directe.
- Lorsque la somme cumulée sur le compte individuel suffit pour couvrir le coût prévu des soins gériatriques, la retenue de cotisation sociale peut être stoppée.

• **Assurance privée**

Le fondement de toute assurance est la mutualisation ou mise en commun des risques qui permet de couvrir plus de risques avec moins de moyens. Dans le cas d'une assurance publique, la participation obligatoire fait que les risques sont largement partagés. Pour les assurances, il est essentiel d'attirer aussi massivement de jeunes assurés parce que cela peut évidemment contribuer à un abaissement considérable des primes. On peut par exemple choisir d'attribuer uniquement un avantage fiscal au-dessous d'un certain âge.

Mais il serait encore plus intéressant de rendre ce genre d'avantage fiscal plus flexible en le faisant évoluer de manière inversement proportionnelle à l'âge. Pour attirer aussi des groupes à très bas revenus, on peut travailler avec un crédit d'impôt plutôt qu'avec une déduction fiscale. Cette formule aura aussi un effet non pécuniaire vu qu'elle augmentera la confiance dans le produit d'assurance. De plus en plus d'ouvrages littéraires montrent aussi que l'adoption peut être considérablement améliorée par le

fait de prendre l'adhésion à ce genre d'assurance comme une **option standard** (par défaut), où l'on doit volontairement se désinscrire si on ne la souhaite pas (Madrian et Shea, 2001). Cela indique une fois de plus que **même une assurance privée doit s'inscrire dans une collaboration public-privé**, car ce genre d'adoption automatique d'une assurance ne peut bien sûr se faire sans un accord de la part des autorités publiques.

D'autres mécanismes visant à rendre les polices d'assurance privées plus attrayantes consistent par exemple à les combiner avec ce que l'on appelle un « **prêt hypothécaire inversé** », où la valeur de l'habitation de la personne âgée est utilisée pour financer les soins⁵⁰. Il est clair que les assureurs **peuvent** eux-mêmes **créer** de réelles **opportunités** par **l'innovation de produit**. Mais cela nécessite une certaine créativité. En combinant une assurance soins aux personnes âgées avec une annuité, on peut réduire le prix de chaque produit individuel et créer ainsi un nouveau segment de marché. Ce genre de combinaison réduirait en effet l'antisélection parce que si le produit des soins aux personnes âgées attire précisément des individus en moins bonne santé, l'annuité attire justement des personnes qui sont en bonne santé (Spillman, Murthaugh et Warshwsky, 2001). Cela peut considérablement élargir l'acceptation par les assureurs et réduire les frais d'administration.

Quelle que soit la forme d'assurance que l'on préfère, bon nombre des problèmes liés à la technique d'assurance sont résolus en attirant des assurés à un âge relativement jeune. Car dans ce cas, il n'y aura guère de sélection des risques. De nombreuses variantes sont par ailleurs possibles. On peut travailler avec une couverture qui ne commence qu'après un certain temps passé dans un cadre de soins résidentiel, ce qui réduirait considérablement le coût de l'assurance. Le compromis nécessaire entre coût et couverture est toutefois évident.

⁵⁰ Cette option est d'autant plus intéressante que plus de 65 % des plus de 55 ans sont propriétaires de leur habitation (Service Public de Wallonie, 2009). Ils détiennent en outre 45 % des revenus immobiliers et même 65 % des revenus mobiliers (Pacolet, Cattaert et Van Steenberghe, 2006). Le prêt hypothécaire inversé a cependant du mal à démarrer malgré différentes tentatives de légifération.

☑ CONSTATS

En attirant des jeunes dans l'assurance soins aux personnes âgées, les primes peuvent diminuer pour tout le monde.

Soulignons clairement que les assurances pour les soins aux personnes âgées ne sont pas comparables et peuvent être beaucoup plus efficaces que pour les soins de santé *au sens strict*. Tandis qu'il s'agit dans ce dernier cas de services techniques dont la qualité est très difficilement évaluable par un non-initié, il s'agit dans les soins aux personnes âgées de services quotidiens comme une aide à la toilette, à l'habillage, à la prise de repas.

😊 RECOMMANDATIONS

- Pour inciter les jeunes à prendre une assurance soins privée, un avantage fiscal pourrait être octroyé au-dessous d'un certain âge ou on pourrait le faire évoluer de manière inversement proportionnelle à l'âge.
- Pour attirer aussi des groupes à très bas revenus, on peut travailler avec un crédit d'impôt au lieu d'une déduction fiscale. Cette formule aura aussi un effet non pécuniaire vu qu'elle augmentera la confiance dans le produit d'assurance.
- On peut aussi travailler avec une « *option par défaut* », où l'on doit volontairement se désinscrire si l'on ne souhaite pas prendre d'assurance soins aux personnes âgées.
- Les paiements peuvent être garantis par un système d'assurance organisé par les pouvoirs publics, mais financé par les partenaires privés.
- D'autres mécanismes visant à rendre les polices d'assurance privées plus attrayantes consistent par exemple à les combiner avec ce que l'on appelle un « **prêt hypothécaire inversé** », où la valeur de l'habitation de la personne âgée est utilisée pour financer les soins. En combinant une assurance soins aux personnes âgées avec une annuité, on peut réduire le prix de chaque produit individuel et créer ainsi un nouveau segment de marché.
- Pour réduire le coût, on peut aussi réfléchir à des formules de couverture différée.

UN NOUVEAU MODÈLE DE DÉPENSES : LE COMPTE DE SOINS ET LE RÔLE DE L'INDIVIDU

Le bénéficiaire des soins devient mieux informé et plus revendicatif. Cela s'accompagne d'une attention accrue pour la diversité. On se rend compte qu'il n'existe pas de solutions uniques qui conviennent à tout le monde ("one size fits all").

Vu le vieillissement de la population, les responsables politiques ont tout intérêt à tenir compte des souhaits des personnes âgées. De toute façon, la politique va devenir de plus en plus conditionnée par la demande et les besoins du citoyen.

Pourquoi un nouveau rôle pour l'individu ?

« Le bénéficiaire des soins devient mieux informé et plus revendicatif. L'Agence d'Inspection de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille reçoit toujours plus de plaintes concernant les prestations de soins. Ces plaintes émanent des bénéficiaires de soins, qui exigent en outre plus de transparence de la part des pouvoirs publics. L'augmentation du nombre de groupes d'auto-assistance et l'attention accrue apportée aux droits des patients peuvent être des indicateurs d'une plus grande revendication dans le chef des bénéficiaires de soins. [...] Le fondement de la prestation de soins devient davantage le bénéficiaire des soins, et non plus l'organisme de prestation de soins. C'est évident dans les nouveaux projets 'cash for care', comme l'assurance de soins, le budget d'assistance personnelle (BAP) et le budget personnel (BP) dans le secteur des personnes handicapées. Dans d'autres pays, on trouve des exemples de paiements aux bénéficiaires des soins. Cela permet aux personnes nécessitant de soins de déterminer elles-mêmes les soins qu'elles souhaitent. Ainsi, il existe le Pflegegeld en Allemagne, les Direct Payments en Angleterre [...] et une Compassionate Care Allowance au Canada [...]. Cela s'accompagne d'une attention accrue à l'égard de la diversité dans la politique d'aide sociale et de soins de santé. On se rend compte qu'il n'existe pas de solutions uniques qui conviennent à tout le monde ('one size fits all'). Par exemple, ce qui fonctionne bien pour les autochtones, les hommes ou les adultes ne fonctionne pas nécessairement pour les immigrés, les femmes ou les adolescents ».

Ces nouveaux objectifs de financement qui se fondent sur la liberté et la responsabilité individuelles en visant un système orienté sur la demande, efficace et de qualité, proviennent d'une contribution de l'administration flamande au programme de gouvernement du nouveau gouvernement flamand en 2009 (p.3). Le passage montre clairement que la politique va devoir évoluer en ce sens, sous peine de se distancier des électeurs. « À l'instar de la stratégie de bon nombre d'entreprises commerciales qui veulent sans cesse mieux répondre aux besoins spécifiques des clients, [...] les pouvoirs publics entendent mieux répondre à ce que veulent les citoyens et à ce qui compte à leurs yeux. La politique est ainsi lancée par le citoyen lui-même, qui a sans cesse voix au chapitre. Ce qui caractérise cette volonté de répondre aux souhaits des citoyens, c'est

La recherche montre que la satisfaction de la clientèle est plus élevée chez les personnes disposant de budgets personnels, par rapport aux personnes bénéficiant de soins orientés sur l'offre.

le fait que la politique est davantage conditionnée par la demande ou par les besoins du citoyen. Un bon exemple est celui de l'introduction du budget personnel (BP) [...]. Les citoyens ont à présent la liberté d'acheter eux-mêmes leurs propres besoins en soins pour une indication donnée » (de Haan, Klumper et Steyaert, 2004, p. 111). L'individu veut déterminer davantage lui-même ses propres soins. Une étude de Foster *et al.* (2003) montre que la satisfaction de la clientèle est plus élevée chez les personnes disposant de budgets personnels, par rapport aux personnes bénéficiant de soins orientés sur l'offre. En outre, les personnes disposant de budgets personnels ont indiqués avoir moins de besoins en soins insatisfaits.

Mais cette liberté doit s'accompagner d'un second paramètre de financement : la responsabilité individuelle. C'est très important, car seul un bénéficiaire bien informé peut se comporter de manière responsable dans un paysage des soins libéralisé. Il y a là une tâche cruciale pour les pouvoirs publics (voir le paragraphe sur le nouveau modèle de coopération entre les pouvoirs publics et le marché). Mais, tout d'abord, passons brièvement en revue les possibilités existantes et les modalités de réforme à appliquer.

☑ CONSTAT

Tout indique que les nouvelles personnes âgées ont une autre mentalité quant à leurs soins et souhaitent de plus en plus décider elles-mêmes de leurs propres soins. Une étude montre que la satisfaction de la clientèle est plus élevée chez les personnes disposant de budgets personnels pour leurs soins. Nos décideurs doivent en tenir compte dans la réorganisation du paysage des soins aux personnes âgées, sous peine de se distancier de leur électorat vieillissant. Comme cette liberté s'accompagne d'une responsabilité supplémentaire, les pouvoirs publics sont devant une tâche cruciale : informer le mieux possible les bénéficiaires de soins.

Problèmes du système actuel

Le système actuel attribue aux prestataires de soins le gros du budget pour les soins aux personnes âgées, résidentiels et non résidentiels. En fonction de la catégorie de besoins en soins de la personne âgée, établie par le médecin traitant ou par l'infirmière et contrôlée par l'assurance-maladie au moyen de coups de sonde, le prestataire de soins reçoit un forfait permettant de couvrir les besoins du patient en matière de soins. En fonction du forfait, il faut répondre à certains soins minimaux. Si la personne âgée souhaite habiter chez elle, mais n'est pas assez dépendante que pour avoir droit à un

Le système actuel attribue aux prestataires de soins le gros du budget pour les soins aux personnes âgées, résidentiels et non résidentiels.

Cela peut créer un important problème de sélectivité et d'accessibilité, surtout dans les grandes villes.

forfait d'infirmière à domicile, les remboursements de l'INAMI sont payés aux prestataires de soins par prestation, comme c'est le cas pour les soins de santé normaux. En théorie, les prestataires de soins ont cependant tout intérêt à ce que leur patient soit dans la catégorie de besoins en soins la plus élevée possible. De cette manière, le patient a droit à plus de soins, et le prestataire peut compter sur un important volume de soins, et sur le forfait plus élevé y afférent. En même temps, les coûts sont aussi relativement maîtrisés, parce qu'il serait financièrement totalement désavantageux pour les prestataires qu'il y ait une surabondance d'offre de soins étant donné le forfait fixe. En réalité, le forfait dépend uniquement de l'évaluation des besoins en soins (la catégorie de soins) et non des efforts du prestataire de soins.

Le revers de la médaille est qu'il peut naturellement y avoir un important **problème de sélectivité**, et par conséquent un **problème d'accessibilité**, et ce à deux niveaux. Premièrement parce que la plupart des bénéficiaires des soins à domicile et des visites d'infirmières à domicile n'entrent pas dans le système forfaitaire, et que le prestataire de soins est donc rémunéré à la prestation. Le bilan entre l'effort et le revenu n'est pas équilibré et peut être rempli individuellement. Par exemple, la réalisation d'une injection chez le patient n'est absolument pas rentable (remboursement de 4,28 € tout compris) et est donc évitée par beaucoup de prestataires de soins. Dans les grandes villes, bon nombre de personnes âgées restent sur le carreau parce que les embouteillages empêchent les prestataires de soins de se rendre rapidement d'un patient à l'autre. Il n'est pas exclu que cela crée un cercle vicieux : si une personne âgée nécessitant des soins n'a pas la chance de recevoir la visite d'une infirmière, sa catégorie de dépendance de soins n'est pas mesurée, et elle ne peut donc pas demander de forfait. Est-il alors étonnant qu'une grande majorité de Bruxellois décèdent à l'hôpital et non à domicile?⁵¹ Ce même problème de sélectivité peut également se présenter, certes dans une moindre mesure, dans le système forfaitaire. En effet, les prestataires de soins ont intérêt à visiter principalement les personnes âgées les moins dépendantes dans une même catégorie de forfait. Elles coûtent moins mais rapportent autant que les personnes âgées plus dépendantes de soins dans la même catégorie de besoins en soins.

⁵¹ De Standaard, 27/08/2010.

Un second problème d'accessibilité se pose lorsque l'INAMI, qui contrôle l'évaluation du médecin traitant ou de l'infirmière en matière de dépendance de soins, la juge exagérément pessimiste, ce qui fait que le patient était jusqu'à lors dans une catégorie de forfait supérieure. Même si l'évaluation des besoins d'une personne en matière de soins peut être subjective dans certains domaines (quelle est par exemple la signification pratique de ne plus pouvoir se déplacer chez soi ?), l'INAMI agit avec une grande sévérité contre les abus éventuels – avec pour conséquence possible le retrait d'autorisations ou l'imposition de lourdes amendes. Évidemment, cela dissuade beaucoup de prestataires de soins, et ceux-ci préfèrent se montrer « trop optimistes » en ce qui concerne les besoins en soins du patient, au lieu d'être trop pessimistes. À cause de cela, certaines personnes âgées ne reçoivent pas les soins dont elles ont réellement besoin.

La sélection des risques est la manière la plus évidente pour les prestataires de soins d'entrer en concurrence les uns avec les autres.

La manière la plus évidente pour les prestataires de soins d'entrer en concurrence les uns avec les autres dans le système actuel est donc bien via la **sélection des risques**. Autrement dit, il y a trop peu d'encouragements à jouer sur le prix et la qualité entre les prestataires de soins. En outre, le financement actuel de l'offre ne favorise pas la créativité et l'innovation dont aurait indubitablement besoin un secteur comme celui des soins aux personnes âgées, et que favoriserait par contre un système orienté sur la demande. Nous allons réaliser ci-dessous l'esquisse d'un système qui répondrait aux manquements du système actuel.

CONSTAT

Dans le système actuel, les prestataires de soins ont surtout intérêt à entrer en concurrence sur les risques. Cela nuit à l'accessibilité et au dynamisme global du système.

Un nouveau modèle de dépenses : le compte de soins

La meilleure manière d'inciter les prestataires de soins à être aussi créatifs et innovants que possible avec leurs moyens consiste à attribuer la responsabilité budgétaire aux personnes âgées.

La meilleure manière d'inciter les prestataires de soins à être aussi créatifs et innovants que possible avec leurs moyens consiste à attribuer la **responsabilité de dépenses** aux **personnes âgées**, et non aux prestataires de soins. On évite ainsi la sélection des risques et les prestataires de soins peuvent entrer en concurrence les uns avec les autres, avec des prix moins élevés et une meilleure qualité. En fonctionnant de la sorte, avec une orientation sur la demande, l'offre correspondra beaucoup mieux aux besoins réels et tiendra bien plus compte des souhaits des personnes âgées nécessitant des soins. Finalement, la « demande » n'est rien d'autre que la somme des préférences

individuelles. En soi, un modèle de dépenses orienté sur la demande fait aussi partie du processus d'autonomisation des nouvelles personnes âgées.

Depuis quelques années, certaines personnes présentant un handicap peuvent faire appel à de telles modalités budgétaires individualisées et il est donc logique de promouvoir un système similaire dans les soins aux personnes âgées. « En 1997, une expérience a commencé avec des budgets d'assistance personnelle (BAP) permettant aux personnes présentant un handicap d'employer leur(s) propre(s) assistant(s) personnel(s). La base légale a suivi en 2000 et, entre-temps, 1533 personnes travaillent avec un BAP. L'objectif du BP (budget personnalisé) est d'élargir encore le fonctionnement avec des budgets individuels. On pourrait l'utiliser pour payer la totalité de l'offre des formes de soins telle qu'elle est aujourd'hui organisée par des institutions. Celles-ci sont actuellement financées directement par les pouvoirs publics sur la base des montants moyens par personne présentant un handicap. Avec le BP, les personnes vivant en institution pourraient aussi disposer d'un budget sur mesure » (Decruynaere, 2009, p.2). Il existe également des systèmes de ce type à l'étranger, dont peuvent s'inspirer nos décideurs (encadré 11)⁵².

ENCADRÉ 11 | INITIATIVES ORIENTÉES SUR LA DEMANDE POUR LES SOINS DES PERSONNES ÂGÉES À L'ÉTRANGER

- *France* : Depuis le 24 janvier 1997, une prestation spécifique dépendance (PSD) est prévue pour les soins aux personnes âgées. Cette prestation permet de payer des assistants, à domicile ou dans des institutions. La loi du 20 juillet 2007 a remplacé la PSD par l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA). L'APA est modulée en fonction des besoins en matière de soins, du revenu, des conditions de vie et des besoins constatés par une équipe médico-sociale. Au début des années 2000, la demande a dépassé l'offre ; actuellement, près de 800 000 personnes bénéficient de l'APA.

⁵² La discussion du BP aux Pays-Bas par Decruynaere (2010) peut constituer un excellent fil conducteur.

- **Italie** : En Italie, les soins à domicile sont principalement un service public financé par les budgets des autorités de soins locales. Les régions peuvent cependant opter pour d'autres mécanismes de financement. Ainsi, la région de Lombardie a décidé de financer les soins à domicile sous forme de chèques de soins. Le détenteur du chèque a le choix entre différents prestataires accrédités (tant publics que privés) et utilise le chèque pour payer les services prestés. Il existe trois chèques mensuels différents, qui associent le type de besoins (problèmes sociaux et médicaux, problèmes complexes et personnes en phase terminale de maladie), les moyens nécessaires (prestataires de soins et technologie) et l'intensité des soins.
- **Pays-Bas** : Pour avoir droit à des soins sur la base de la « loi générale sur les frais médicaux particuliers » (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ), il faut avoir une indication de dépendance constatée par le CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg). Le CIZ est un organisme indépendant sans aucun lien avec les prestataires de soins ni les assureurs. En principe, l'indication de soins AWBZ donne droit à des soins en nature. C'est l'assureur chez lequel est inscrit l'assuré qui paie les soins. L'assuré reçoit les soins d'un prestataire de soins, qui a conclu un contrat avec un bureau régional exécutant l'AWBZ au nom de l'assureur. Ce bureau doit avoir des contrats avec un nombre suffisant de prestataires de soins et doit aider l'assuré, sur demande de celui-ci, à trouver un prestataire de soins adéquat (obligation de soins). En outre, l'AWBZ comporte une possibilité de paiements d'avance : le budget personnalisé. Cela permet à l'assuré d'acheter lui-même les soins. Le niveau du BP dépend de l'indication et comprend environ 75% des soins en nature. En 2008, près de 14% des bénéficiaires de soins de l'AWBZ employaient un BP. Cela représente environ 90 000 détenteurs de BP. On s'attend à ce que ce nombre passe à 190 000 en 2011. « Aux Pays-Bas, les conséquences de l'introduction du BP ne sont pas restées limitées aux détenteurs de budget proprement dits et aux personnes engagées comme assistants. De nouvelles initiatives ont vu le jour, de plus en plus de personnes se lancent comme indépendants dans le secteur, les prestations de soins existantes offrent de nouveaux services et de nouvelles initiatives voient le jour. Le BP stimule le renouvellement des soins de santé » (Decruynaere, 2010).

SOURCE : STRATEGISCHE ADVIESRAAD VOOR HET VLAAMS WELZIJNS-, GEZONDHEIDS EN GEZINSBELEID, 2010, CENTRE D'EXPERTISE DE LA VIE AUTONOME, 2010 ET ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2008.

Pour les soins aux personnes âgées, nous proposons d'employer un **compte de soins**, qui est en fait la version numérique du chèque de soins. En fonction des besoins en soins, chaque personne âgée reçoit un montant sur un compte fictif. Ce compte pourrait par exemple figurer dans le dossier médical global (DMG) afin que la personne âgée nécessitant des soins et tous les prestataires de soins disposent toujours des mêmes informations sur l'état de santé du patient et sur sa capacité de financement restante. En utilisant le DMG, tous les acteurs connaissent le montant restant sur le compte de soins et les frais administratifs restent limités. En outre, le compte de soins est uniquement utilisable pour acheter les soins accrédités, et le pécule ne peut donc pas être employé à d'autres fins. Par exemple, le DMG enregistre une prestation du prestataire de soins X pour un montant de 50 €. Ces données sont alors directement transmises à l'assureur qui intervient pour le paiement du prestataire. En fait, cela revient à un **système de tiers payant** restreint, qui favorise l'accessibilité aux soins pour les personnes âgées (l'utilisateur ne doit pas avancer les coûts), et simplifie et sécurise les modalités de paiement (on évite la correspondance écrite superflue et coûteuse, et les prestataires de soins ont beaucoup moins d'argent sur eux). Si l'utilisateur approche de la limite de son compte de soins, il en est automatiquement averti. S'il dépasse la limite, il doit financer lui-même les dépenses excédentaires, sauf raison valable et attestable (par exemple une soudaine dégradation de son état de santé, nécessitant une réévaluation de son niveau de besoins en soins). Autre avantage : ce type de système cadre parfaitement dans la continuité des soins déjà prestés. En effet, l'utilisateur peut compléter les soins d'un prestataire jusqu'à ce que les soins soient suffisants. Autrement dit, il peut faire son choix entre les différents prestataires. Si l'utilisateur veut davantage de soins, il peut améliorer le compte de soins avec ses propres deniers.

Le système du compte de soins présente de nombreux avantages : il favorise la qualité et l'accessibilité, c'est un pas vers un continuum des soins, il s'intègre parfaitement au système d'assurance de soins et il donne aux bénéficiaires un vrai levier leur permettant d'obtenir des soins sur mesure.

Le compte de soins s'intègre parfaitement dans le **système d'assurance** évoqué ci-avant. Une **assurance obligatoire** qui implique un **montant minimal** (un ensemble de soins de base pécuniaire) donne droit, en fonction de la dépendance, à une allocation mensuelle⁵³ de Y€ sur le compte de soins. Toutes les cotisations du système d'assurance supérieures au montant minimal peuvent être converties via un coefficient (qui dépend aussi du niveau de besoins de soins de la personne en question) en une allocation plus élevée, ce qui permet d'acquérir des soins plus nombreux ou plus coûteux sans mettre

⁵³ Le raccourcissement de l'intervalle de temps entre deux paiements (par exemple en fonctionnant sur base hebdomadaire) pourra permettre aux personnes âgées de mieux répartir leurs dépenses de soins au fil du temps.

en péril le principe de l'assurance. En outre, c'est une excellente manière de contrôler les dépenses en soins de santé. Une autre condition cruciale pour le bon fonctionnement de ce système, c'est d'avoir accès à une information consolidée et indépendante concernant le prix et la qualité. Il est évident qu'une réforme de cette nature et de cette ampleur ne peut avoir lieu sans impliquer l'ensemble des acteurs dans le processus d'organisation.

Le Centre d'Expertise de la Vie Autonome conclut comme suit une publication sur le fonctionnement de marché de l'assistance aux personnes présentant un handicap : « Les arguments contre l'introduction d'un fonctionnement de marché dans l'assistance aux personnes présentant un handicap sont induits par un manque de confiance dans les possibilités de ces personnes. On pense encore trop souvent en termes de 'soins' et de mise sous tutelle, alors que les actuels changements de paradigme imposent des changements de politique considérant la personne présentant un handicap comme un citoyen pouvant organiser activement l'assistance dont il a besoin » (Lambreghts, 2010, p. 23). Il faut également cesser d'avoir ce type de comportement de mise sous tutelle avec nos personnes âgées, qui méritent davantage de confiance et une politique adaptée.

😊 RECOMMANDATIONS

Les huit commandements du compte de soins

- Pour éviter que les personnes ne dépensent leur budget pour d'autres choses que les soins, nous utiliserons un compte de soins fictifs, qui assumera les fonctions d'un chèque de soins numérique.
- Pour garder les frais administratifs les plus bas possible, il est préférable d'intégrer le compte de soins dans des instruments existants, comme le dossier médical global (DMG).
- Toutes les personnes concernées doivent avoir accès au DMG et au compte de soins de l'utilisateur, qui pourra ainsi être rapidement averti si le compte se vide trop vite.
- Comme l'utilisateur doit seulement avancer une éventuelle franchise, le compte de soins revient de *facto* à un système de tiers payant qui améliore l'accessibilité des soins, et simplifie et sécurise les modalités de paiement.
- Les dépenses supplémentaires auxquelles n'a pas droit l'utilisateur selon son degré de besoins en soins et sa police d'assurance doivent être financées par ses propres moyens. Cela responsabilise l'utilisateur et associe la responsabilité à la liberté.

- Laisser les bénéficiaires faire leur choix entre différents prestataires. Cela crée un continuum dans les soins, permet l'éclosion d'un marché dynamique qui devra se réinventer constamment, et réalise de vrais soins sur mesure.
- Associer le modèle budgétaire au modèle d'assurance, afin de tirer le plus grand profit possible de la dynamique du marché.
- Il est crucial de fournir des informations indépendantes et consolidées concernant le prix et la qualité des différents services et prestataires.

UN NOUVEAU MODÈLE DE COOPÉRATION : LES POUVOIRS PUBLICS ET LE MARCHÉ SONT COMPLÉMENTAIRES

La nécessité des pouvoirs publics

Les critiques de l'assurance de soins et du compte de soins objecteront que les personnes âgées ne seront pas toutes, de manière égale, capables d'assumer cette liberté et la responsabilité qui l'accompagne. Ils ont raison. Mais ce n'est pas un argument suffisant pour rejeter le modèle. Moyennant une structure d'assistance bien définie et un filet de sécurité en cas de besoin, le nouveau modèle améliorera aussi la situation des plus faibles. **Cela signifie qu'il ne peut aucunement être question de viser un retrait des pouvoirs publics.** Bien au contraire. Les pouvoirs publics assumeront un rôle vital dans bien des aspects, même si ce rôle sera un peu différent de celui qui est le leur actuellement.

• Contrôle de la qualité

La première mission importante des pouvoirs publics consistera à assurer le contrôle de la qualité. Une certaine régulation de la qualité paraît évidente. Bien entendu, les prestations de soins privées devront aussi avoir un haut niveau de qualité. En effet, s'il existe un certain nombre de choix possibles (c'est là le but du compte de soins), le patient et sa famille ne feront pas uniquement attention au prix, mais aussi à l'encadrement et à la qualité des soins. Le mécanisme de réputation s'avère souvent très efficace pour cela. Toutefois, les expériences du passé indiquent qu'il faut un contrôle par des services d'inspection sur le plan de la qualité (hygiène, etc.). Il va de soi que la régulation exige aussi une évaluation du respect des consignes et les services d'inspection ont également leur rôle à jouer (Tinny, Wiener et Cuellar, 2000).

Cela signifie qu'il ne peut aucunement être question de viser un retrait des pouvoirs publics. Bien au contraire. Les pouvoirs publics assumeront un rôle vital dans bien des aspects.

L'efficacité du contrôle de la qualité dépend fortement de la *compliance* (les bons stimuli) et de l'*enforcement* (un nombre minimal d'obligations).

L'efficacité du contrôle de la qualité dépend fortement de la « *compliance* » et de l'« *enforcement* » (Mukamel, 1997). La **compliance** (conformité) concerne principalement l'attention spontanée que les institutions accordent au contrôle de la qualité. Un marché fonctionnel, avec une vraie concurrence entre les différents prestataires, peut servir de déclencheur. Mais pour cela, il est essentiel de pouvoir comparer la qualité des institutions via la publication dans un langage aisément compréhensible des résultats des inspections des institutions résidentielles et des agences de soins à domicile par exemple, ou en utilisant des indicateurs de qualité objectifs, mis à la disposition du grand public⁵⁴. Pour chaque secteur, les prestataires de soins doivent développer une vision de ce que sont des soins responsables. En concertation avec les clients et les assureurs, cette vision devra être traduite en termes de normes et d'indicateurs. Ce cadre de qualité devra permettre de surveiller la qualité des soins. Cette recommandation a déjà été formulée plusieurs fois, ce qui en souligne tout l'intérêt. L'**enforcement** (application) concerne l'obligation de respecter certaines normes et conditions. Une reconnaissance qui dépend de certains minima (même s'il ne faut pas non plus tomber dans l'extrême inverse, aussi connu sous le nom de « *réglementite* », ce qui en dit long⁵⁵) constitue un instrument efficace. Ainsi, il existe un lien clairement négatif entre les exploitations sans licence et la qualité des soins (Fleishman *et al.*, 1999).

Un système de bonus, récompensant la qualité des processus, n'est pas pour demain, et encore moins pour la récompense des résultats réels.

Dans la plupart des systèmes de soins aux personnes âgées, on n'utilise pas encore de système de financement sur la base des **bonus-malus** en fonction de la qualité prestée. Par exemple, dans le système d'assurance allemand évoqué plus haut, le contrôle de la qualité repose presque exclusivement sur des aspects formels, comme des instructions concernant les bâtiments ou des exigences sur le plan du personnel et de l'équipement. On est encore très loin des **stimuli** encourageant la qualité des processus, sans parler des résultats réels (les « *Outcome-Based Quality Indicators* »⁵⁶). À peine 51% des facilités

54 Aux Pays-Bas, des indicateurs de qualité ont été développés récemment pour les soins palliatifs. Un premier ensemble d'indicateurs détermine les résultats auprès des bénéficiaires des soins. Sa praticabilité et son utilisabilité font l'objet de tests approfondis. Il existe aussi un second projet visant à développer un Consumer Quality Index pour les soins palliatifs. Cet instrument de mesure permet de déterminer les indicateurs de qualité potentiels, du point de vue des patients et des proches. Un manuel est disponible pour les prestataires de soins qui souhaitent employer cet ensemble d'indicateurs (De Artsenkrant, 18/12/2009).

55 « Les normes et les règles dans les maisons de retraite ont-elles un sens ? », s'interroge le Professeur Arthur Vlegels, Directeur du Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschappen de la KUL (Université de Louvain) dans Trends (27/11/2008). « Les normes et les exigences dans la réglementation sur les subventions donnent toujours les mêmes typologies. Cela étouffe l'innovation. »

56 Pour une discussion concise des OBQI, voir Capitan et Bishop (2005).

ont procédé à leurs propres audits des soins, qui permettent de connaître les capacités restantes de chaque résidant (Wiener *et al.*, 2007). Par exemple, aux États-Unis, on vise davantage les résultats, la régulation de la qualité étant une compétence fédérale, tandis que les États effectuent le contrôle. En partant du principe que nous allons bientôt passer à un modèle budgétaire basé sur le compte de soins tel qu'il est proposé, cela ne laisse pas une grande marge pour un financement des institutions dépendant partiellement de la qualité. Mais dans le scénario spécifique du compte de soins, il faut envisager de prévoir un bonus pour les institutions qui parviennent à rester pendant plusieurs années dans les 10% meilleures ou ont un « bon » score (c'est-à-dire un score supérieur à une limite fixée) sur tous les indicateurs de la qualité prédéterminés. On peut envisager de tenir compte, pour les indicateurs de la qualité, des prix moyens par jour des différentes institutions, pour ne pas privilégier les institutions les plus chères.

☺ RECOMMANDATIONS

- Les pouvoirs publics ont différents instruments pour améliorer la qualité des prestations de soins aux personnes âgées. Un marché fonctionnel, avec des informations indépendantes sur les prix et la qualité, peut lancer le mécanisme de la réputation (**compliance**). Des conditions de reconnaissance (sans tomber dans une forme extrême de « réglementite ») seraient un instrument efficace (**enforcement**). Mais peut-être devons-nous aussi récompenser la qualité à l'aide d'un **système de bonus**.
- De toute manière, il faut aussi collecter des **informations objectives** sur le prix et la qualité des différentes institutions de soins aux personnes âgées, et rendre ces informations publiques.

- **L'accessibilité**

Outre la question de la qualité, il faut évidemment se demander si les soins sont suffisamment accessibles. Bien entendu, on ne peut ignorer la responsabilité individuelle de chacun. Traditionnellement, on fait appel à la **famille**, mais, même si le rôle de celle-ci ne doit pas être sous-estimé, la tendance est à la professionnalisation des soins, via des soins à domicile ou des soins résidentiels. On peut parler d'une certaine érosion de la solidarité familiale, ce qui pose de nouveaux défis aux pouvoirs publics. Par exemple, la question d'une rémunération par les pouvoirs publics de l'aide informelle apportée aux personnes dépendantes par l'entourage immédiat est une question très

On peut parler d'une certaine érosion de la solidarité familiale, ce qui pose de nouveaux défis aux pouvoirs publics.

pertinente mais qui doit être abordée avec une grande prudence (risque de *crowding out* : une diminution de l'investissement privé dans la santé des proches en raison d'une augmentation de l'aide des pouvoirs publics – voir chapitre 4).

Dans un système d'assurance, les pouvoirs publics ont une place importante car il existe d'importants manquements dans le développement de ces marchés d'assurances. Dans de nombreux pays, le marché est très limité, et la juste évaluation des risques pose des problèmes. Il existe des exceptions : la France (un marché de 3 millions de polices) et les États-Unis (6 millions de polices). Plus spécifiquement, l'assurabilité est rendue difficile par les coûts en constante augmentation, la sélection des risques (où l'assureur est surtout confronté à des patients présentant des frais très élevés) et l'aléa moral (les familles qui externalisent surtout les soins si la personne âgée en nécessite une grande quantité). En fait, tout cela entraîne une sous-assurance du risque des besoins en soins. La réponse passant par une assurance de soins publique tente de remédier à ce problème, mais on peut aussi envisager de réguler et de structurer **l'assurance de soins privée, par exemple en faisant intervenir les pouvoirs publics pour certains risques** (voir ci-avant).

😊 RECOMMANDATIONS

- Si nous optons pour une assurance de soins privée obligatoire, où les pouvoirs publics **compensent les risques** (équilibre des risques : les assureurs reçoivent une compensation pour les patients dont on peut prévoir qu'ils vont présenter une consommation supérieure de soins, afin d'empêcher le plus possible la sélection des risques), chacun paie pour l'allocation minimale (qui dépendra du degré de besoins en soins, voir ci-avant), une prime dépendant ou non des revenus. Il y aura cependant des personnes qui ne pourront pas financer une assurance de base obligatoire. Pour ces personnes, les pouvoirs publics doivent garantir une seconde compensation, et **subventionner leurs primes en vérifiant leurs moyens**. Ainsi, l'accessibilité du système ne sera pas mise en péril. La politique doit donc se poser une double question : la situation des personnes nécessitant le plus de soins ne se dégrade-t-elle pas, et les autres disposent-ils des instruments pour améliorer eux-mêmes leur situation ?

Tout le monde n'est pas nécessairement en état de bien gérer ses soins, et il faut donc aider ces personnes.

Les guichets uniques de soins en Communauté germanophone affichent de formidables résultats : grâce à l'intervention du HBS, 75% des personnes qui se trouvaient sur une liste d'attente n'ont pas dû aller en institution, grâce à un programme adapté de soins et de logement. En outre, les 25% restants ont pu bénéficier de prestations de soins résidentielles, à court ou à long terme.

- **Information et accompagnement**

Ces derniers temps, un point suscite beaucoup d'attention, y compris dans la présente étude. Il s'agit du nouveau rôle des pouvoirs publics : garantir que prestataires de soins, et bientôt peut-être aussi les mutualités et les compagnies d'assurances, informent bien leur assurés et leurs clients. Qui plus est, nous plaidons pour un **rôle proactif de consolidation et de vérification pour les pouvoirs publics** dans ce domaine. Ce paragraphe a pour but d'examiner de quelle manière organiser au mieux l'information et l'accompagnement à la lumière des scénarios présupposés, et nous citerons trois exemples en Belgique qui d'après nous, pourraient être appliqués dans tout le pays.

Grâce à l'augmentation du volume des soins et à l'orientation croissante sur la demande, le nombre de formules de soins et de logement va se développer à un rythme élevé au cours des prochaines années. De toute évidence, nous courons le risque qu'à un certain moment l'arbre ne cache la forêt. En même temps, la pression sur les places disponibles va devenir considérable, et il pourra y avoir des pénuries dans certaines régions. À ce moment, il faudra pouvoir occuper les places disponibles de manière optimale, afin de laisser le moins possible de personnes sur le carreau. Il y a quelques années, la Communauté germanophone a éprouvé ce type de difficultés. C'est pourquoi elle a lancé en 2005 le **Häuslicher Begleitdienst der Seniorenheime** (HBS), avec une triple mission : assister les personnes âgées dans leur choix (analyses des besoins de la personne âgée, conseil financier, vue d'ensemble des possibilités avec leurs avantages et leurs inconvénients, assistance administrative, concertation avec la famille, etc.), garantir une meilleure coordination des différentes possibilités de soins (consolidation des données, organisation des soins et logement, etc.) et informer les autorités compétentes sur les éventuelles difficultés de l'offre de soins (via une consolidation et une analyse statistique, un point de contact unique, etc.) Cela a institué *de facto* ce que nous pourrions appeler des **guichets uniques de soins** au niveau local, ou des **case managers**, qui ont obtenu des résultats formidables : grâce à l'intervention du HBS, 75% des personnes qui se trouvaient sur une liste d'attente n'ont pas dû aller en institution, grâce à un programme adapté de soins et de logement. En outre, les 25% restants ont pu bénéficier de prestations de soins résidentielles, à court ou à long terme⁵⁷.

⁵⁷ Toutes les informations relatives au HBS m'ont été transmises par le SPF Sécurité Sociale dans une fiche d'évaluation "The home support services organised by rest homes (in the German-speaking Community)".

À Genk, la technologie SIG permet de cartographier littéralement les besoins et les offres de soins.

La prestation de services des associations de détenteurs de budget consiste principalement en un bureau d'assistance (*helpdesk*), mais elles apportent aussi une assistance administrative, proposent un *coaching*, accumulent une expertise (via des études et des recherches), sensibilisent, forment et éduquent.

Une autre initiative intéressante a eu lieu à Genk (Peetermans et Winters, 2009). La ville a été divisée en zones de services de soins et de logement, et la **technologie SIG**⁵⁸ a permis de cartographier littéralement l'offre et la demande de soins. Grâce à cela, les possibles lacunes ont pu être identifiées par zone de services de soins et de logement. Il s'agit d'un instrument très utile pour les décideurs afin de développer des zones de services de soins et de logement véritablement propices aux soins, mais aussi pour les citoyens et les bénéficiaires de soins. En effet, n'est-il pas préférable d'aller vivre dans des quartiers ou des villes où l'offre de soins est suffisante ? **Cela permet aux citoyens d'exprimer leur préférence en se déplaçant (en « votant avec leurs pieds » pour ainsi dire), et les villes et communes ont alors tout intérêt à adapter et à préparer les futurs besoins en soins.** En d'autres termes, il faut diviser la totalité de la superficie de notre pays en zones de services de soins et de logement, et employer la technologie SIG pour informer les citoyens sur les prestations et les besoins en soins. Ces informations vont créer une dynamique géographique positive, qui rendra l'aménagement du territoire plus favorable aux soins.

Actuellement, la troisième initiative existe uniquement pour les soins aux personnes handicapées. Les bénéficiaires de BAP et de BP peuvent faire appel à des **associations de détenteurs de budget**. En Flandre, il en existe deux : Bol-budiv et Vlabu-ZIZ. Elles sont agréées et financées par l'autorité flamande. La prestation de services consiste principalement en un bureau d'assistance (*helpdesk*). Elles traitent surtout des questions relatives aux demandes et à l'utilisation des BAP/BP, au droit du travail, au droit familial et à la recherche d'assistants adéquats. Outre le bureau d'assistance, elles aident aussi les personnes à domicile présentant un handicap à faire des choix dans leur propre vie ("*coaching*"). Les associations de détenteurs de budget apportent aussi une assistance administrative, accumulent une expertise (via des études et des recherches), sensibilisent, forment et éduquent.

⁵⁸ SIG = Systèmes d'information géographique.

☺ RECOMMANDATIONS

- Comme les soins aux personnes âgées vont manifestement évoluer vers une plus grande autonomie budgétaire, les pouvoirs publics vont avoir une importante **mission d'information et d'accompagnement**. En effet, tout le monde n'est pas en mesure de bien gérer les soins, et il faut donc aider ces personnes. Les « case managers » ont prouvé leur efficacité en Communauté germanophone, et les associations de détenteurs de budget sont en train de devenir un maillon indispensable dans le secteur des personnes handicapées. **L'objectif de l'autonomie budgétaire exige davantage que la simple autonomie budgétaire.**
- Outre la constitution et la mise à disposition d'indicateurs de qualité, les personnes âgées et le secteur des soins aux personnes âgées tireront aussi un grand profit de la **cartographie des besoins et des offres de soins** dans tout le pays. Cela peut se faire au moyen de la technologie SIG, comme à Genk.

• Réussites et échecs du marché

La crise financière qui a fait rage en 2008 et la débâcle financière et économique qui a suivi ont prouvé une nouvelle fois qu'en l'absence de toute régulation, les marchés sont voués à leur perte. Et même si ce n'est pas un courant de pensée marginal en sciences économiques, certaines personnes, y compris des décideurs, associent encore trop souvent le fonctionnement du marché à un certain "laisser-faire". Certes, beaucoup de modèles économiques et financiers partent de l'hypothèse d'un marché idéal, qui présuppose que tous les agents économiques prennent des décisions rationnelles et parfaitement informées, que les marchés sont donc toujours efficaces et aboutissent d'eux-mêmes à une situation optimale, sans que les pouvoirs publics ne doivent intervenir. Or, cela n'est manifestement pas le cas, comme l'influent hebdomadaire *The Economist* (16/07/2009) l'a bien décrit : *"Of all the economic bubbles that have been pricked, few have burst more spectacularly than the reputation of economics itself."* Les modèles économiques qui se fiaient aveuglement au fonctionnement du marché ont effectivement subi des dommages qui seront peut-être irréparables.

Mais il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Depuis Adam Smith au 18^e siècle, les économistes reconnaissent que les pouvoirs publics doivent intervenir pour empêcher les manquements du marché, une opinion concrétisée par la fameuse loi Sherman Antitrust de 1890, qui a imposé des restrictions aux cartels et aux monopoles aux États-Unis. Selon

Dans un secteur social comme les soins aux personnes âgées, le marché peut également enregistrer des succès, à condition qu'il y ait une régulation adéquate par rapport à l'État et que les pouvoirs publics assument uniquement les fonctions qu'aucun autre acteur économique ne peut mieux effectuer.

ce raisonnement, les pouvoirs publics peuvent amener le marché à mieux fonctionner et transformer les échecs du marché en réussites. Dans un secteur social comme les soins aux personnes âgées, le marché peut également enregistrer des succès, à condition qu'il y ait une régulation adéquate et que les pouvoirs publics assument uniquement les fonctions qu'aucun autre acteur économique ne peut mieux effectuer. Le marché n'est donc pas nécessairement asocial. Alors que certains pays étaient très réticents à l'idée d'attribuer un rôle aux prestataires de soins privés, la pression sur le budget public était telle qu'ils ont quand même dû autoriser des initiatives du marché (Brodin, 2005). Par exemple, en Suède, un gouvernement social-démocrate a commencé à considérer les « quasi-marchés » comme une rénovation nécessaire de l'État-providence (Blomqvist, 2004). Dans ce pays, il existe d'ailleurs actuellement une énorme variété d'initiatives, avec des soins entièrement privés dans certaines communes (environ 20% des cas) tandis que d'autres communes n'ont externalisé qu'une petite partie des services.

Une des nouvelles missions des pouvoirs publics doit être d'introduire une politique de concurrence dans les soins aux personnes âgées, et d'agir avec détermination pour la faire respecter.

Nous avons déjà évoqué certaines tâches essentielles que doivent assumer les pouvoirs publics dans les soins aux personnes âgées : le contrôle de la qualité, l'équilibrage des risques, l'information, la coordination, l'assistance budgétaire dans certains cas, etc. Il faut y ajouter l'introduction d'une politique de concurrence. Si nous voulons introduire davantage d'acteurs privés et de libre marché dans le secteur des soins aux personnes âgées, il faut accepter que les pouvoirs publics interviennent moins, mais avec fermeté et détermination contre ceux qui ne respectent pas les règles. Ainsi, il faut veiller à ce qu'au niveau local, il n'y ait pas de tendance à développer des **tarifs monopolistiques** mais que les tarifs soient déterminés d'une manière saine. Aujourd'hui, ce n'est toujours pas le cas, mais, compte tenu de la croissance des besoins de soins et de l'orientation sur la demande, cet aspect devient d'autant plus important. Les rumeurs d'**ententes sur les prix** entre les fournisseurs sont légion parmi les centres de soins et de logement qui effectuent des adjudications (publiques). Les exemples qui ont été portés à notre connaissance concernent parfois le doublement du tarif demandé, dès qu'il était clair que les pouvoirs publics allaient subsidier. Aujourd'hui, on ne sait pas exactement dans quelle mesure ces pratiques sont répandues, mais notre exemple suggère en tout cas que le secteur nécessite un contrôle du bon fonctionnement du marché.

Malheureusement, la concurrence accrue dans le secteur des soins aux personnes âgées pourra inciter certains acteurs à prendre des décisions de distorsion de la concurrence.

Le volume des soins aux personnes âgées va augmenter à l'avenir, et les bénéficiaires vont de plus en plus exiger de pouvoir prendre eux-mêmes les décisions. La concurrence accrue que cela va créer peut avoir un effet favorable sur les prix et la qualité des soins, mais les acteurs concernés (depuis les assureurs jusqu'aux prestataires de soins et leurs fournisseurs) vont aussi être incités à éviter les contraintes d'un marché hautement concurrentiel en prenant des mesures de distorsion de la concurrence. Il faut donc accorder une attention particulière à l'augmentation de la puissance de certains acteurs sur le marché, et aux éventuelles ententes sur les prix qui saperaient l'accessibilité aux soins et l'innovation dans le secteur.

☺ RECOMMANDATIONS

- Pour introduire une politique de concurrence efficace, il est possible de s'inspirer de l'exemple néerlandais et d'introduire un **organisme indépendant de régulation du marché** qui aura pour mission de transformer en réussites les échecs du marché, qui existent par ailleurs déjà actuellement.
- Une autre leçon doit être tirée de la crise financière : un organisme régulateur sans réel pouvoir de coercition a beaucoup de difficulté à dissuader les infractions aux règles, comme on le voit encore quotidiennement sur notre marché de l'énergie.

Les avantages du marché

Le fait de souhaiter ou non un fonctionnement de marché est un non-débat, et l'allergie envers le mot « marché » coupe court à toutes les discussions, et s'avère contreproductif. Un fonctionnement de marché a réellement sa place dans les secteurs sociaux comme celui des soins aux personnes âgées, dès que nous réalisons qu'il faut employer tous les moyens à notre disposition pour relever un énorme défi social sur le plan quantitatif et qualitatif. L'intervention des pouvoirs publics est nécessaire, mais doit toujours se fonder sur le principe de subsidiarité : faire ce que les autres ne peuvent pas faire. Moyennant de bonnes règles du jeu, le marché apporte trois grands avantages qui se traduisent immédiatement en gains de bien-être pour les bénéficiaires de soins, les pouvoirs publics et prestataires de soins : l'efficacité, le dynamisme et l'innovation.

“There is overwhelming evidence that for-profit nursing homes have lower costs and greater efficiency”.

- **L’efficacité et le défi quantitatif**

Sur la base d’une extrapolation du nombre de logements par rapport au nombre total de sexagénaires, notre pays aurait besoin, à l’horizon 2020, de 20,5% de logements supplémentaires par rapport à aujourd’hui. Or, le nombre total de logements n’a augmenté que de 2,8% au cours des 10 dernières années (1999-2009) (SPF Economie, 2009). Nous ne pouvons trop insister sur ce point : il faut activer toutes les forces vives, les CPAS, les ASBL et les institutions commerciales. Ces dernières doivent pouvoir fonctionner dans le même cadre réglementaire, si nous voulons éviter d’entraver la nécessaire augmentation de la capacité. Pour cela, il faut naturellement que les prestataires de soins commerciaux soient au moins aussi performants que les institutions des ASBL et des CPAS, sinon l’argument de la capacité n’aurait évidemment pas beaucoup de sens. Selon une étude de Schlessinger et Gray (2006), les maisons de repos commerciales sont plus efficaces (*“There is overwhelming evidence that for-profit nursing homes have lower costs and greater efficiency”*, p. 290). Ce n’est pas étonnant. Les exploitants commerciaux investissent leur propre capital et assument eux-mêmes une partie des risques. Cela en fait de bons négociateurs, qui sont par ailleurs allergiques au gaspillage. La qualité des soins est cependant plus élevée dans les institutions non commerciales. L’étude arrive à la conclusion que le **dosage optimal de la propriété** est celui où la part de marché des **institutions non commerciales** dépasse les **30 à 40%**. Cela permet d’utiliser au mieux la **fertilisation croisée** entre les différents types d’institutions. L’étude confirme ainsi que les acteurs commerciaux sont effectivement plus efficaces par rapport aux coûts, mais que les pouvoirs publics ont une importante mission en ce qui concerne la qualité.

Naturellement, il convient de nuancer les leçons à tirer de l’étude de Schlessinger et Gray. En tout état de cause, il est délicat d’extrapoler les résultats d’une étude américaine au contexte belge, dont le paysage des soins de santé est considérablement différent. En fait, pour obtenir des conclusions solides, il nous faut une évaluation en Belgique de l’**efficacité budgétaire** qui tienne compte de la **qualité**. Il n’est guère étonnant que ce type d’étude n’existe pas (à notre connaissance).

Nous pouvons évidemment essayer d’étudier la situation par nous-mêmes. « Le prix moyen par jour en Communauté flamande est de 41,07 euros, soit 26,8% plus élevé que le prix moyen par jour en Région wallonne et de 16,3% plus élevé qu’en Région bruxelloise. C’est dans la province d’Anvers que le prix moyen par jour est le plus élevé

(45,72 euros) et cela représente 45,4% de plus que dans la province présentant le prix moyen par jour le moins élevé, à avoir la province de Liège (31,44 euros). Quand on compare les prix au niveau des communautés et des régions, avec la dominance d'une certaine instance d'administration sur la base du nombre de logements, on s'aperçoit que le prix moyen par jour est plus élevé dans la région ayant un grand nombre de logements dépendants des ASBL, en l'occurrence la Flandre, et est moins élevé dans les régions ayant un nombre élevé de logements dans les maisons de repos privées, plus particulièrement en Wallonie et à Bruxelles. Ce constat est confirmé au niveau des provinces. On peut en déduire que les maisons de repos gérées par des ASBL sont plus coûteuses et que les maisons de repos privées commerciales sont moins chères, tandis que les maisons de repos des CPAS se situent entre ces deux pôles au niveau du prix » (SPF Economie, 2009, p. 38). Le Service Public Fédéral explique ces différences de prix par le personnel, nettement plus nombreux dans les maisons de repos non commerciales. Un communiqué de presse de l'ACW (Christelijke Werknemersorganisatie) de 2006 indique que tel est effectivement le cas, ce qui fait que le prix moyen par équivalent temps plein (ETP) est plus élevé pour les maisons de repos commerciales (Tableau 6.1).

TABLEAU 6.1 PRIX MOYEN PAR JOUR ET ETP PAR LIT (BELGIQUE, HORS SUBSIDES)

	Prix moyen par jour (CPAS = base 100)	ETP par lit	Prix moyen/ETP	Prix moyen/ETP (CPAS = base 100)
CPAS	100	0,52	192,3	100
ASBL	106	0,51	207,8	108
Privé	98,8	0,32	308,8	157

SOURCE : ACW, 2006

En moyenne, les maisons de repos commerciales ont en effet le prix par jour le moins élevé, mais elles emploient aussi en moyenne environ 40% de personnel en moins. Cela a-t-il des implications au niveau de la qualité ? Dans le troisième chapitre, nous avons vu que la présence du personnel soignant est une composante essentielle de la qualité, et qu'en ce sens, il se peut que la qualité des institutions des CPAS et des ASBL soit plus élevée. Cette hypothèse ne peut être rejetée au vu des résultats de la dernière enquête d'insatisfaction dans les institutions belges MR et MRS, effectuée par l'Institut Scientifique de la Santé publique (Tableau 6.2).

TABLEAU 6.2. INSATISFACTION DES RÉSIDANTS DANS LES INSTITUTIONS BELGES MR ET MRS EN FONCTION DU STATUT DE L'INSTITUTION (ÉCART PAR RAPPORT AUX INSTITUTIONS DES CPAS)

Statut de l'institution	Choix des chambres	Aspect de la chambre	Environnement	Propreté	Repas	Linge	Répartition de la journée	Modalités de visite	Contact avec le monde extérieur	Activités organisées	Soins hygiéniques	Soins médicaux
Privé et ASBL	NS	---	+	NS	NS	NS	+++	--	NS	+	+++	+

+++ PLUS D'INSATISFACTION AVEC $P < 0,001$ / ++ PLUS D'INSATISFACTION AVEC $P < 0,01$ / + PLUS D'INSATISFACTION AVEC $P < 0,05$
 --- MOINS D'INSATISFACTION AVEC $P < 0,001$ / -- MOINS D'INSATISFACTION AVEC $P < 0,01$ / - MOINS D'INSATISFACTION AVEC $P < 0,05$

SOURCE : INSTITUT SCIENTIFIQUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 2009

L'insatisfaction des résidents des institutions privées (commerciales et non commerciales) est statistiquement plus élevée (signes + sur le tableau) en ce qui concerne l'environnement, la répartition de la journée, les activités organisées et les soins hygiéniques et médicaux. Les résidents des institutions des CPAS sont moins satisfaits que les résidents des institutions privées en ce qui concerne l'aspect de la chambre et les modalités de visite (signes – sur le tableau). Dans les cinq autres domaines, les écarts sont trop faibles pour permettre d'en tirer des conclusions statistiquement significatives.

Il faut tout de suite apporter une première nuance importante à cette enquête. Ainsi, pour les institutions privées, l'enquête ne fait pas de distinction entre les institutions commerciales et non commerciales, une distinction qui n'est pas non plus présente dans les données brutes. Par conséquent, nous ne savons pas quelle proportion des institutions privées a un caractère commercial, ou fonctionne sous le statut d'ASBL. Mais avec une satisfaction subjective qui est dans une certaine mesure plus élevée dans les institutions publiques de soins aux personnes âgées, les résultats de l'Institut Scientifique de la Santé publique vont dans le même sens que ceux de Schlessinger et Gray.

Dans la même enquête belge, les résidents pouvaient aussi émettre des suggestions pour améliorer l'institution. La suggestion la plus fréquente, avec 15,6% des réponses (371/2389) est une diminution du prix. Même si cela ne constitue pas en soi un indicateur de la qualité, la majorité relative des résidents considère ce facteur comme le paramètre le plus important pour augmenter leur satisfaction. Et dans ce domaine, les institutions commerciales ont apparemment un léger avantage. C'est manifestement le cas si nous corrigeons le Tableau 2.1 en fonction du **coût social** des institutions non commerciales. Dans l'encadré 3, nous simulons, sur la base d'hypothèses réalistes, l'avantage concurrentiel des institutions non commerciales bénéficiant d'un subside maximal pour la construction (60% des frais de construction). Nous nous limitons ici à la politique flamande – la plus généreuse en matière de subventions – pour ne pas compliquer inutilement la simulation. Dans notre exemple (encadré 3), l'avantage pouvait s'élever à 7€, soit 18% du prix moyen par jour. Si nous y ajoutons les subsides pour les animations (1,6 € par lit par jour ou 4% du prix moyen par jour)⁵⁹, l'avantage peut s'élever à 8,6 € (22% du prix moyen par jour). En outre, les CPAS versent en moyenne près de 11€ (28%) par jour et par lit à la maison de retraite dont ils sont l'exploitant⁶⁰. Pour une institution gérée par une ASBL et bénéficiant au maximum des subsides flamands, l'avantage concurrentiel par rapport à un acteur commercial s'élève donc à 22%, et pour une institution gérée par un CPAS qui reçoit en moyenne 11€ et bénéficie aussi au maximum des subsides, l'avantage peut atteindre 50%. Sur la base de ces hypothèses, moyennes et exemples chiffrés, le prix social moyen par jour et le prix social moyen par équivalent temps plein se présentent comme suit pour les différents statuts des institutions (Tableau 6.3) :

TABLEAU 6.3 PRIX SOCIAL MOYEN PAR JOUR ET ETP PAR LIT (BELGIQUE)

	Prix social maximal par jour	Prix social maximal par jour (CPAS = base 100)	ETP par lit	Prix social maximal par jour/ETP	Prix social maximal par jour/ETP (CPAS = base 100)
CPAS	150	100	0,52	288,5	100
ASBL	128	85	0,51	250,9	87
Privé	98,8	66	0,32	308,8	107

SOURCE : ACW ET CALCULS DE L'AUTEUR

59 En 2009, l'Autorité flamande a accordé 33 438 099 € de subsides pour les animations dans les institutions flamandes dépendant des CPAS et d'ASBL, qui représentent environ 57 600 lits (33 438 099/57 600/365 = 1,6).

60 De Standaard (18/04/2008) sur la base des chiffres de l'association flamande des villes et communes.

Si nous ramenons le prix social par jour sur la base 100 des CPAS, cette simulation montre clairement que les institutions dépendant des ASBL et les institutions commerciales sont moins chères que celles dépendant des CPAS, à concurrence de 15% et d'un tiers (respectivement). Par équivalent temps plein, les institutions commerciales demeurent 7% plus chères que les institutions des CPAS et 20% plus chères que les institutions dépendant des ASBL.

Si nous ramenons le prix social par jour sur la base 100 des CPAS, cette simulation montre clairement que les institutions dépendant des ASBL et les institutions commerciales sont moins chères que celles dépendant des CPAS, à concurrence de 15% et d'un tiers (respectivement). Si nous intégrons les équivalents temps plein, nous constatons que les prix sociaux par jour (pour rappel : dans cette simulation spécifique) ne présentent pas de différences supérieures à 20%. Par équivalent temps plein, les institutions commerciales demeurent 7% plus chères que les institutions des CPAS et 20% plus chères que les institutions dépendant des ASBL. La question de savoir si 40% de personnel en plus peut justifier les modestes gains en termes de qualité, bref si le jeu en vaut la chandelle, reste sans réponse, et ce n'est pas une question rhétorique, pour ceux qui en douteraient. Cette question sans réponse montre seulement que nous avons urgemment besoin, en Belgique, d'indicateurs sophistiqués de qualité, pour pouvoir effectuer des comparaisons bien étayées.

Il faut cependant apporter à nouveau quelques nuances. Bien évidemment, le coût social des institutions des CPAS est plus élevé, parce qu'une partie de la population n'a pas les moyens de financer le prix demandé par jour, ce qui oblige les pouvoirs publics à intervenir. Il suffit que ces défauts de paiement s'élèvent à 15% pour que les institutions des CPAS puissent être considérées comme aussi rentables socialement que les institutions des ASBL. Les budgets des CPAS interviennent aussi, mais les sommes impayées ne peuvent pas être considérées comme des coûts du point de vue social. Dans ce cas, il n'y a pas de dégradation du bien-être pour cause d'inefficacité, mais il s'agit d'un mécanisme de solidarité : une collectivisation des obligations privées non respectées. Toutefois, cela reste une hypothèse. Nous ne savons pas si, en moyenne, les institutions des CPAS ne s'en sortent pas parce qu'elles fonctionnent moins efficacement, ou pour d'autres raisons. Cette question mérite un examen plus approfondi.

Il faut aussi nuancer les propos concernant la comparabilité des équivalents temps plein (ETP) par lit. En effet, il convient d'établir une distinction entre le personnel soignant et le personnel non soignant. Souvent, le rapport varie autour de 70% de personnel soignant et 30% de personnel non soignant, tandis que les rapports des chiffres indiqués ci-dessus ne sont pas indiqués. Nous ne savons donc pas s'il y a effectivement 40% de personnel soignant en plus pour les lits des institutions non commerciales. Par conséquent, nous ne savons pas non plus si le personnel supplémentaire des institutions non commerciales est employé pour soigner davantage et mieux les personnes âgées.

En outre, il faut souligner que nous n'avons aucune information sur la lourdeur des soins et sur la répartition des lits MRS (auquel on attribue plus de personnel qu'aux lits MR) : deux facteurs qui ont également une influence déterminante sur l'engagement du personnel. Il se peut que certaines formes d'institutions attirent davantage de bénéficiaires nécessitant plus de soins, ce qui implique de devoir engager davantage de personnel (lequel est également rémunéré, évidemment, grâce aux forfaits de l'INAMI). Souvent, on utilise la norme supérieure : c'est-à-dire le personnel supplémentaire que le centre de services de soins et de logement engage en plus de la norme minimale fixée par l'INAMI. La norme supérieure moyenne sera donc toujours positive, et d'autant plus élevée qu'il y a davantage de personnel soignant que le strict minimum indispensable pour répondre aux exigences de l'INAMI. Un exploitant commercial de notre comité de direction dit que son groupe pratique une norme supérieure de 5%, un autre groupe présente une norme supérieure de 14%. La dernière étude MARA (Van Der Stock, Mahieu et Goossens, 2010) nous enseigne que Zorgnet Vlaanderen, l'organisme qui chapeaute les institutions dépendant d'ASBL catholiques, fonctionne en moyenne avec une norme supérieure de 10%. La norme de l'INAMI pour le personnel constitue cependant une référence relative qui change en fonction du degré de soins et de l'augmentation ou de la diminution du nombre de lits MRS dans l'institution. Pour mesurer l'engagement absolu de personnel soignant par résident, on peut donc uniquement utiliser la norme supérieure pour comparer les institutions ayant un profil de soins semblable. La question du nombre de personnes réellement chargées des soins aux personnes âgées mériterait donc elle aussi une étude complémentaire.

Il est difficile de comparer le nombre d'ETP engagés en fonction des formes d'institutions.

En outre, il est difficile de comparer le nombre d'ETP des institutions des CPAS. Par exemple, il peut arriver que le dénombrement mélange le personnel du CPAS d'un centre de services de soins et de logement avec celui d'autres services du CPAS. Ainsi, est un secret de Polichinelle le fait que certains assistants sociaux et techniciens sont engagés par un centre de services de soins et de logement, mais peuvent aussi travailler pour d'autres initiatives du CPAS. De plus, les membres du personnel des CPAS ont au moins 35 jours de congé, tandis que la convention collective des travailleurs du personnel soignant indique seulement 22 jours de congé. Un ETP du CPAS est donc au moins 6% moins disponible. Bref, nous ne pouvons émettre que des suppositions ; pour avoir des certitudes, il nous faudrait des mesures précises.

😊 RECOMMANDATIONS

- Dans notre simulation, les institutions commerciales impliquent de toute manière le coût le moins élevé par résidant pour la société (budget des pouvoirs publics, plus dépenses privées). La différence entre les ASBL et les CPAS s'explique peut-être entièrement par les différences de population. Mais la conclusion demeure que le privé, même après équilibrage des frais (c'est-à-dire avec la correction pour les différences de composition du public de résidants), reste moins cher, mais c'est au détriment du nombre de personnes engagées. Au moyen d'un réel contrôle de la qualité, il doit être possible d'associer l'efficacité et les bons résultats pour les résidants. Si cet élément est garanti, il n'y a pas de raison de privilégier certaines formes d'institution par rapport aux autres, certainement pas face au défi gigantesque ni compte tenu des restrictions budgétaires. **Du point de vue budgétaire, on ne peut nier que le privé est effectivement attrayant (accessibilité)** ; en ce qui concerne la qualité, la situation n'est pas claire et il faut davantage de données objectives.
- Pour pouvoir objectiver les possibles différences qualitatives, nous avons urgemment besoin de **mesures précises des résultats**. Ce qui compte, ce n'est pas la taille du personnel engagé, mais bien le temps disponible et presté par lit. Si les pouvoirs publics, les partenaires sociaux et l'INAMI se soucient réellement de fournir aux personnes âgées un personnel suffisant par lit, ne serait-il pas préférable de ne pas calculer l'intervention pour le personnel (comprise dans le forfait de l'INAMI) en fonction du nombre d'équivalents temps plein contractuels, mais bien en fonction du nombre d'heures réellement prestées par le personnel soignant ?

- **Le dynamisme, l'innovation et le défi qualitatif**

Développer une capacité suffisante ne suffira pas. Il faut aussi la développer assez rapidement, et il faut que l'offre coïncide suffisamment avec les attentes des bénéficiaires. Selon le SPF Economie, le nombre de places doit augmenter de plus de 20% au cours des 10 prochaines années, alors que la capacité n'a augmenté que de 3% au cours des 10 années écoulées. Et avec la nouvelle génération de personnes âgées, il faudra que les prestataires de soins réagissent plus rapidement qu'autrefois aux variations des besoins. Une fois encore, un mélange adéquat entre acteurs commerciaux et non commerciaux sera la manière la plus sûre d'atteindre cet objectif. Toujours selon l'étude de Schlessinger et Gray, les acteurs non commerciaux réagissent plus lentement aux changements et élargissent moins vite leur capacité quand la demande est en hausse.

Un mélange adéquat entre acteurs commerciaux et non commerciaux sera la manière la plus sûre d'atteindre les objectifs quantitatifs et qualitatifs. De toute manière, avec la nouvelle génération de personnes âgées, les prestataires de soins vont devoir réagir plus vite qu'autrefois aux variations des besoins.

En revanche, ils se retirent moins vite et moins souvent lorsque la rentabilité diminue. Des adaptations rapides aux changements de circonstances peuvent apporter une grande valeur sociale, en tout cas lorsque la politique prend un nouveau cap. L'étude de Chakravarty *et al.* (2006) confirme que les prestataires commerciaux sont clairement des précurseurs dans un contexte dynamique. Le revers de la médaille est que cette capacité d'adaptation peut aussi être considérée comme une charge. Les prestataires changeant trop souvent de service de segment de marché voire même de zone géographique nuisent au lien vital entre les bénéficiaires et les prestataires.

Selon le SPF Economie, les pouvoirs publics exercent heureusement un contrôle sur les prix et les suppléments pratiqués par les centres de services de soins et de logement, c'est-à-dire sur la prestation de service. Chaque modification doit être présentée, argumentée et approuvée. C'est un premier garde-fou important et justifié. Mais les communautés et les régions peuvent aussi jouer un rôle sur le plan de la régulation des prix. En pratique, seule la Région wallonne utilise cette compétence et on doit se demander si ce dédoublement de compétence a du sens. Car le service des prix du SPF Economie prend aussi en considération l'aspect social, outre la dimension économique. Pour favoriser le dynamisme des prestataires, il faudra notamment réduire drastiquement ce genre d'excès de règles et procédures officielles. Afin d'accroître le dynamisme des prestataires de soins, nous devons jouer la carte de la **simplification administrative**. Cela débarrassera ainsi le personnel soignant d'une masse de tâches administratives.

La **sécurité juridique** constitue un second instrument important qui réconcilie le dynamisme et la stabilité. Les inégalités entre les divers types de prestataires de soins, que cette étude a déjà évoquées à plusieurs reprises, en est un bon contre-exemple.

L'**orientation sur la demande** envoie les encouragements adéquats pour développer une offre adéquate et dynamique qui tienne compte des attentes des bénéficiaires. Les adaptations seront plus rapides qu'avec le financement et la planification orientés sur l'offre. Les bénéficiaires doivent être la force motrice du paysage des soins aux personnes âgées et faire jouer la concurrence (sous certaines conditions). Ce type de mécanismes de marché favorise le dynamisme de l'ensemble du système et diminue le délai de réaction. Mais indiquons d'emblée que le dynamisme des acteurs commerciaux n'est pas nécessairement synonyme d'innovation. Selon Schlessinger et Gray, ce sont surtout les

Les mécanismes de marché favorisent le dynamisme de l'ensemble du système et diminuent le délai de réaction.

Il faut un équilibre entre les institutions commerciales et non commerciales pour obtenir le meilleur rendement de la fertilisation croisée entre les différentes formes d'institutions.

acteurs non commerciaux qui sont à la base de l'innovation, parce qu'ils courent moins de risques financiers et osent donc plus facilement proposer de nouveaux services et des produits innovants. Une source du SPF Sécurité Sociale le confirme : « L'innovation dans le secteur des soins aux personnes âgées est alimentée par les institutions non commerciales. Les projets pilotes de soins alternatifs sont surtout testés dans les maisons de repos des CPAS et des ASBL, qui prennent moins de risques financièrement en cas d'échec. Nous constatons donc également qu'il y a davantage d'innovation en Flandre, qui compte moins d'institutions commerciales. » Cela confirme les conclusions de Schlessinger et Gray : il faut un équilibre entre les institutions commerciales et non commerciales pour obtenir le meilleur rendement de la fertilisation croisée entre les différentes formes d'institutions.

☺ RECOMMANDATION

- Le dynamisme du secteur des soins aux personnes âgées passe par une rationalisation des procédures et une simplification administrative, la sécurité juridique et l'orientation sur la demande. Ces éléments associent le dynamisme du marché et la stabilité des pouvoirs publics afin d'obtenir un ensemble présentant une capacité et une diversité suffisantes.

CONCLUSION

La Sécurité sociale est d'ores et déjà en faillite virtuelle. Alors que les premiers baby-boomers prennent aujourd'hui leur retraite, la pression de ce groupe se fera sentir sur les soins aux personnes âgées vingt ans plus tard. Cela nous laisse vingt ans pour mettre sur pied un nouveau système de financement. Un système d'assurance peut aider à compenser les gigantesques besoins de financement des prochaines décennies. Pour ne pas rogner sur la qualité et l'accessibilité actuelles, une bonne collaboration entre public et privé est inévitable. Nous avons proposé des options et des scénarios concrets pour un nouveau modèle de financement. Seul un débat sociétal profond pourra donner une signification encore plus concrète à ce modèle. Lorsque les modalités pratiques de financement seront visibles, les décideurs auront intérêt à tenir compte des pièges récurrents de la technique d'assurance. Dans ce que nous avons appelé *les dix commandements de l'assurance dépendance*, nous proposons des solutions pour contourner ces pièges. Quoiqu'il en soit, on attend des assureurs en concurrence qu'ils

agissent en acheteurs de soins prudents et négocient au nom de leurs assurés avec les prestataires de soins pour obtenir des soins optimaux à des prix minimum. Le modèle final peut pencher soit du côté d'une assurance sociale – comme en Allemagne – soit du côté d'une assurance privée – comme aux États-Unis. Un système hybride rassemblant le meilleur des deux mondes peut cependant élargir la base sociétale. Comme les grands principes de l'État providence (un État qui prend sur lui de protéger le bien-être des citoyens) peuvent être un fil conducteur, le nouveau système devra probablement rassembler les risques et fournir une aide aux revenus. De toute façon, il n'y a aucun doute sur le fait que les pouvoirs publics doivent déjà garantir une information et une surveillance du marché indépendantes et de qualité – quelque soit le système qui sera choisi. C'est la seule manière de donner une chance à une concurrence équitable à tous les niveaux.

Comme le bénéficiaire de soins 2.0 est plus conscient, plus affirmé, plus exigeant et politiquement plus important, il est indiqué de lui faire jouer un rôle plus important dans la gestion de ses soins. Traduit en termes de politique, cela signifie que le centre de gravité des dépenses doit être déplacé vers les futurs utilisateurs, et non plus du côté des prestataires. Des bénéficiaires de soins conscients constituent une force qui est source de dynamisme : les prestataires de soins doivent attirer les utilisateurs potentiels et leur budget par une qualité et des prix attractifs. Les modalités concrètes possibles en matière de compte de soins ont été fondues en *huit commandements*. L'individu évolue de l'état de patient classique à celui de consommateur de soins éclairé. Vous l'avez compris : ici aussi, une information correcte est d'une importance décisive.

Le marché est le levier qui garantit une offre de soins suffisamment large, et plus proche de surcroît des attentes des utilisateurs. Efficacité, dynamisme et innovation sont les mots d'ordre. La mission des gouvernements évoluera : de prestataires de soins et autorités finançantes, ils deviennent architectes et gardiens du système. La responsabilité des pouvoirs publics est donc importante : contrôle de la qualité, garantie de l'accessibilité, information et surveillance du marché.

Peu à peu, nous prenons conscience des implications sociétales du vieillissement. Nous vivons une époque incertaine et la problématique du vieillissement semble attiser ce scepticisme. Les chiffres du réalisme amènent plus de questions que de certitudes.

Comment financer les pensions et les dépenses en soins de demain avec une Sécurité sociale qui accumule déjà les déficits aujourd'hui ? Comment maintenir notre niveau de bien-être actuel ? Nos enfants en feront-ils les frais ? Que signifie pour les autres générations le passage à une société adaptée aux seniors ? Notre propre processus de vieillissement n'est pas le seul à susciter notre inquiétude, celui des autres sème aussi le doute et même l'indignation. Les jeunes générations doivent-elles réellement payer pour le manque de prévoyance des seniors ? « La prédiction est difficile, surtout lorsqu'il s'agit de l'avenir » : cette boutade n'est pas étrangère aux économistes. Soit, mais il est cependant possible de prévoir les évolutions démographiques longtems à l'avance avec une certaine précision. Nous avons vu le tsunami socioéconomique prendre forme et s'approcher dangereusement il y a des dizaines d'années, mais nous avons jusqu'à présent toujours négligé de nous y attaquer. Après le choc des civilisations, le choc des générations ?

Les choses ne doivent cependant pas en arriver là. La peur est mauvaise conseillère et le *football panique* permet au mieux de conserver le nul. Le revers de la médaille du vieillissement cache de nombreuses opportunités. La plus importante est que nous pouvons améliorer l'État providence en déclin en le réformant. Le moment est là, la nécessité budgétaire aussi. La base sociale d'une modernisation en profondeur de notre système de Sécurité sociale peut désormais être trouvée. Je crois sincèrement que si nous allons dans le sens des réformes proposées dans ce livre, les jeunes générations pourront être partiellement déchargées de cette pression et que le secteur des soins aux personnes âgées pourra mieux s'accorder aux besoins et aux souhaits des seniors. N'oublions pas non plus que la génération du *baby boom* est en moyenne la plus riche dans l'histoire de notre pays. Le revenu disponible des seniors est supérieur de 12,5 % à la moyenne nationale. Nos aînés font aujourd'hui partie des plus fortunés dans toute l'Europe, qu'il s'agisse de l'épargne ou de l'immobilier. Il s'agit d'une génération active qui souhaite confort et qualité de vie. Une catégorie d'âge aussi plus heureuse que les catégories plus jeunes⁶¹. Le besoin est présent, et les moyens aussi. Répondre aux demandes de ce groupe croissant de seniors riches et en bonne santé fait naître des marchés de croissance. Les possibilités technologiques sont infinies et grâce à des acteurs au niveau mondial comme l'IMEC à Louvain – le plus grand centre de recherche indépendant en

⁶¹ Étude de bonheur 2006 du groupe de recherche TOR (VUB) par Mark Elchardus et Windy Smits, repris de FRB, 2009.

Europe dans le domaine de la nanoélectronique et de la nanotechnologie – nous avons déjà une longueur d’avance sur de nombreux autres pays en termes de savoir-faire brut. Il s’agit maintenant de traduire ces connaissances en applications gérontechnologiques socialement pertinentes pour percer sur les marchés de l’exportation. Le vieillissement est le déclencheur d’une opportunité économique fantastique dans le domaine des soins aux personnes âgées. Le vieillissement ne doit pas nécessairement coûter de l’argent, mais peut être source de croissance et d’emplois. « La vieillesse n’est pas un naufrage », explique Claude Olivenstein, « c’est une autre manière de naviguer. »

☺ RECOMMANDATIONS

Les dix commandements de l’assurance dépendance

- L’assuré ne peut contrôler lui-même l’ampleur des soins. Celle-ci doit être déterminée objectivement.
- La cohésion des risques est un problème fondamental pour un assureur qui a besoin de diversification. Plus le groupe est grand, plus la répartition des âges des assurés est large, plus les primes sont faibles et plus les allocations potentielles sont élevées.
- Il est certain que nous vieillirons tous et que nous devons donc faire appel à des produits et services complémentaires. L’ampleur de notre dépendance est beaucoup plus incertaine. Les coûts des soins très probables peuvent techniquement être assurés, mais ont en réalité leur place dans un système d’épargne, obligatoire ou non. Pour maintenir les primes au plus bas niveau, les produits d’assurance doivent donc d’abord couvrir les coûts des soins imprévisibles.
- Une souscription précoce ouvre des possibilités de rassemblement des risques et de capacité de financement, mais les frais fixes et l’insécurité plaident contre la souscription à un tel contrat. Cette assurance souffre elle aussi du phénomène d’anti-sélection qui fait sortir de bons risques du pool d’assurance, ce qui rend problématique la base de financement pour les autres. Une souscription obligatoire à partir d’un certain âge peut y remédier.
- Tout le monde trouve son avantage dans un aiguillage correct et un enregistrement minutieux des données ; plus l’incertitude et la durée d’utilisation prospective des services de soins aux personnes âgées sont grandes, plus les primes sont élevées.

- Dans le domaine des assurances, le *moral hazard* est un problème standard : l'assuré peut déterminer lui-même s'il entre en ligne de compte pour un paiement par un comportement non observable. On remédie typiquement à ce problème par le paiement d'une franchise.
- L'information est essentielle pour que les polices correspondent plus strictement aux besoins.
- Les interactions néfastes potentielles entre différentes formes de financement peuvent être évitées par un rassemblement des risques, une assistance au paiement et une bonne politique de concurrence.
- En raison de l'ampleur des besoins en soins futurs, il est essentiel d'en lancer le financement le plus rapidement possible. Alors que les premiers baby-boomers prennent leur retraite aujourd'hui, la pression de ce groupe sur les soins aux personnes âgées ne se fera sentir que dans vingt ans. Cela laisse le champ libre à l'intégration d'une importante composante de capitalisation dans de telles assurances. Ainsi, les baby-boomers pourront encore assumer eux-mêmes une responsabilité directe.
- On attend des assureurs en concurrence qu'ils agissent en acheteurs de soins prudents au nom de leurs assurés. À cet égard, les conditions sont une obligation d'acceptation de tous les assurés et la possibilité de passer d'un assureur à l'autre sans aucun frais.
- En raison d'un manque de représentation du consommateur final dans le processus de négociation entre fonds d'assurance et prestataires de soins, la concurrence réelle en termes de prix reste limitée. En d'autres termes, l'utilisateur doit être renforcé dans son rôle de consommateur.
- Même en ce qui concerne la Sécurité sociale, aucun problème fondamental ne s'oppose à s'écarter, ne fut-ce que partiellement, du système de répartition et à intégrer une importante composante de capitalisation. Ainsi, les baby-boomers pourront encore assumer eux-mêmes une responsabilité directe.
- Lorsque la somme accumulée sur le compte individuel est suffisante pour couvrir le coût prévu des soins aux personnes âgées, le prélèvement de la cotisation sociale peut être arrêté.

- Pour inciter les jeunes à souscrire une assurance dépendance privée, un avantage fiscal pourrait être accordé sous un certain âge, ou en liant l'avantage de manière inversement proportionnelle à l'âge.
- Pour attirer également les groupes à très faibles revenus, il est aussi possible de travailler avec un crédit d'impôt plutôt qu'avec une réduction fiscale. Cela aura aussi un effet non pécuniaire puisque cela augmentera la confiance dans le produit d'assurance.
- On peut également travailler avec une « *default option* » ; il faut alors volontairement se désinscrire si l'on ne souhaite pas d'assurance pour les soins aux personnes âgées.
- Les paiements peuvent être garantis par un système d'assurance organisé par les pouvoirs publics, mais financés par les partenaires privés.
- Il existe d'autres mécanismes pour rendre plus attractives les polices d'assurance privées. Par exemple, les combiner avec une « *reverse mortgage* » permettant d'utiliser la valeur du logement de la personne âgée pour financer les soins. En combinant une assurance pour soins aux personnes âgées et une annuité, on peut ainsi réduire le prix de chaque produit individuellement, et percer ainsi sur un nouveau segment de marché.
- Afin de réduire les coûts, on peut également envisager des formules de couverture différée.

Les huit commandements du compte de soins

- Pour éviter que les gens ne dépensent leur budget à d'autres choses que les soins, nous travaillons avec un compte en banque fictif reprenant les fonctions d'un chèque de soins numérique.
- Pour maintenir les frais administratifs au plus bas, nous intégrons si possible le compte de soins à des instruments existants tels que le Dossier médical global.
- Toutes les parties impliquées doivent avoir accès au DMG et au compte de soins de l'utilisateur qui peut ainsi être rapidement mis au courant si le compte de soins se vide trop rapidement.
- Puisque l'utilisateur ne doit avancer qu'une éventuelle franchise, le compte-soins s'assimile de facto à un système de tiers-payant qui améliore l'accessibilité aux soins et simplifie et sécurise les modalités de paiement.

- Les frais supplémentaires auxquels l'utilisateur n'a pas droit en fonction de son degré de dépendance aux soins et de sa police d'assurance doivent être payés de sa propre poche. De cette manière, on responsabilise l'utilisateur et on associe responsabilité et liberté.
- Il faut laisser les utilisateurs choisir parmi les différentes offres et passer de l'une à l'autre. On dessine ainsi une continuité de soins, on crée un marché dynamique qui devra se réinventer en permanence et on obtient de véritables soins sur mesure.
- Il faut coupler le modèle de dépenses au modèle d'assurance pour tirer le maximum de profit de la dynamique de marché.
- Une information indépendante et consolidée en matière de prix et de qualité des différents services et prestataires est essentielle.
- Les pouvoirs publics disposent de différents instruments pour améliorer la qualité des infrastructures de soins aux personnes âgées. Un marché qui fonctionne bien et où une information indépendante sur les prix et la qualité est disponible, peut faire fonctionner le mécanisme de réputation (**compliance**). Les conditions d'agrégation – sans tomber dans une forme extrême de *réglementite* – sont aussi des instruments efficaces (**enforcement**). Mais peut-être faut-il en plus récompenser la qualité via un **système de bonus**.
- Il faut en tout cas s'atteler à garantir une **information objective** sur les prix et la qualité des différentes infrastructures de soins aux personnes âgées qui soit communiquée au public.
- Si nous optons pour une assurance dépendance privée obligatoire dont **les risques sont compensés** par les pouvoirs publics (rassemblement des risques : les assureurs sont couverts pour les patients dont la consommation de soins prévisible est plus élevée, afin d'éviter le plus possible une possible sélection des risques), chacun paie la même prime pour l'allocation minimum (qui dépendra du degré de dépendance aux soins, voir ci-avant). Cependant, certaines personnes ne pourront pas payer une assurance de base obligatoire. Pour ces gens, les pouvoirs publics doivent assurer une seconde compensation et **subsidier leurs primes** à l'aide d'une **condition de ressources**. De cette manière, l'accessibilité au système n'est pas mise en péril. La politique doit donc mettre en œuvre le « **Test de Matthieu** » : la dégradation de la situation des plus dépendants est-elle évitée, et les autres ont-ils en main les instruments pour aller par eux-mêmes de l'avant ?

- Puisque nous évoluerons indubitablement aussi vers plus d'autonomie dans les dépenses en ce qui concerne les soins aux personnes âgées, une importante **mission d'information et d'accompagnement** est réservée aux pouvoirs publics. Tout le monde n'est pas à même de gérer ses soins convenablement, et ces personnes doivent être aidées. Les *case managers* ont prouvé leur valeur ajoutée en Belgique néerlandophone, les associations de titulaires de budget sont en passe de devenir un maillon indispensable dans le secteur des personnes handicapées. **L'objectif de l'autonomie en matière de dépenses exige plus que cette simple autonomie.**
- Outre la définition et la mise à disposition d'indicateurs de qualité, les seniors et le secteur des soins aux personnes âgées bénéficieraient aussi d'une réelle **cartographie des besoins et des équipements de soins** sur l'ensemble du pays qui soit mise à disposition du public. Cela peut se faire à l'aide de la technologie GIS, comme c'est le cas à Genk.
- Afin de mener une politique de concurrence efficace, on peut par exemple suivre l'exemple néerlandais et créer un **régulateur de marché indépendant** qui veillerait à transformer les faillites du marché possibles et déjà existantes en réussites.
- Une autre leçon que nous a donnée la crise financière et à laquelle notre marché de l'énergie nous confronte encore quotidiennement est qu'un chien de garde sans dents a bien du mal à effrayer les cambrioleurs.
- Dans notre simulation, ce sont les institutions commerciales qui entraînent en tout cas les coûts les moins élevés pour la société (budget de l'État + dépenses privées). La différence entre ASBL et CPAS peut sans doute entièrement s'expliquer par les différences démographiques. La conclusion reste cependant que le privé revient moins cher, même après rassemblement des coûts (c'est-à-dire après correction sur base des différentes compositions démographiques), mais cela entraîne aussi un personnel moins important. Par le biais d'une réelle surveillance de la qualité, il doit être possible de combiner efficacité et bons résultats pour les résidents. Si ceci est garanti, il n'y a pas de raison de favoriser certaines formes d'institutions par rapport aux autres, certainement pas au vu du défi immense et des limites budgétaires. **D'un point de vue budgétaire, on ne peut nier que le secteur privé est effectivement attractif (accessibilité) ;** en ce qui concerne la qualité, les choses sont moins évidentes et des données plus objectives doivent être avancées.

- Afin d'objectiver de possibles différences qualitatives, nous avons un besoin urgent de mesures précises. Ce n'est pas la taille du personnel mis en œuvre qui est importante, mais bien le temps disponible presté par lit. Si les pouvoirs publics, les partenaires sociaux et l'INAMI se préoccupent réellement d'assurer aux personnes âgées un encadrement suffisant, n'est-il pas préférable de ne pas calculer l'intervention pour le personnel (incluse dans le forfait INAMI) sur le nombre d'équivalents temps plein contractuels, mais bien sur le nombre d'heures réellement prestées par le personnel soignant ?
- Des procédures standardisées et une simplification administrative, la sécurité juridique et la focalisation sur la demande sont les piliers d'un paysage des soins aux personnes âgées dynamique. Ils concilient l'énergie du marché et la stabilité du secteur public pour un paysage des soins disposant d'une capacité et d'une diversité suffisantes.



PARTIE 3

LES PROPOSITIONS



- Mettre en place, sur base du modèle français, un Haut Conseil de la Santé indépendant qui évaluera le coût d'opportunité social des traitements médicaux et assurera la promotion des bonnes pratiques au sein de notre système de soins de santé.
- Dans son rapport, le KCE reconnaît l'importance d'une bonne **identification** des patients palliatifs, mais aussi d'une **formation appropriée pour les prestataires de soins**. Enfin, le KCE plaide pour un **modèle de soins pluridisciplinaire** sur mesure pour chaque patient palliatif et pour un renforcement des liens entre les différents environnements de soins, afin de pouvoir offrir aux patients une **continuité de soins**.
- Si nous décidons de conserver le système actuel dans ses grandes lignes – une possibilité qui n'a certainement pas notre préférence –, il est indispensable d'entamer une discussion sérieuse concernant le maintien ou non de la norme de programmation dans les soins résidentiels aux personnes âgées. Nous proposons pour commencer un forum réunissant toutes les parties impliquées (autorités compétentes et parties prenantes), afin de pouvoir trouver un nouveau compromis en matière de programmation. C'est nécessaire si nous voulons conserver l'accessibilité raisonnable de nos soins aux personnes âgées. Si nous choisissons d'être ambitieux et d'anticiper, nous opterons pour le passage à un système centré sur la demande qui n'a pas son pareil pour répondre à ses évolutions. Une norme de programmation est alors totalement superflue.
- Deuxièmement, nous proposons dans l'intervalle de dresser une liste d'attente centrale au niveau régional, la transparence étant le facteur absent dans la réalité de ces listes d'attente. Suivant les résultats de l'enquête de Van Buggenhout (2010b), cette liste d'attente centralisée doit être purement informative. À terme, il nous faudra en effet évoluer vers un système axé sur la demande.
- Cœuvrer à la prévention des chutes pour éviter les fractures de hanche.
- Libérer plus de moyens budgétaires pour soutenir la prévention. De manière préventive, nous devons apprendre à nos aînés à gérer leur perte d'autonomie.
- Une source d'informations indépendante est cruciale pour la prise de bonnes décisions. Les tributaires de soins doivent être informés chaque année sur les dépenses supportées par la collectivité.

- Les pouvoirs publics doivent œuvrer à la mise à disposition d'informations objectives, fiables et actualisées sur la qualité des prestataires de soins (aux personnes âgées) dans notre pays.
- Une source d'informations indépendante est cruciale pour la prise de bonnes décisions. Les tributaires de soins doivent être informés chaque année sur les dépenses supportées par la collectivité.
- Les pouvoirs publics doivent œuvrer à la mise à disposition d'informations objectives, fiables et actualisées sur la qualité des prestataires de soins (aux personnes âgées) dans notre pays.
- Un label habitat à vie, dépendant du respect de quelques critères de base simples, peut être instauré. Ces critères de base ne peuvent toutefois pas être appliqués de manière linéaire, ils doivent être suffisamment généraux pour permettre une certaine flexibilité et une préférence individuelle, et ils ne peuvent pas être gravés dans le marbre.
- Créer le cadre politique et développer les stimulants qui promouvront les logements labellisés.
- Développer à l'exemple de la France un label « Bien vieillir – Vivre ensemble ».
- Miser sur la technologie pour améliorer la qualité et l'efficacité de l'aide et des soins de santé. Ce faisant, utiliser des HTA (évaluations des technologies de la santé) pour voir quelles sont les applications les plus avantageuses en matière d'aide et de soins de santé.
- Du côté de la demande, le retard numérique des personnes âgées doit être comblé. Les autorités peuvent améliorer l'accès à la technologie et aux outils TIC en investissant dans la formation (par exemple au moyen de chèques-formation) et en mettant à disposition des solutions et des services correctement élaborés.
- Du côté de l'offre, il faut veiller à ce que les produits soient développés en concertation avec les utilisateurs et faire attention à toute une série de conditions (la stigmatisation est par exemple inadmissible). Les sept principes de la conception universelle sont en la matière un excellent modèle à suivre.

- Les autorités ont une tâche importante à assumer dans la limitation des risques d'innovation et d'entreprise du côté de l'offre. La coordination, par le biais de normes et de critères généraux et l'harmonisation internationale des agendas de recherche, l'interopérabilité, les économies d'échelle à réaliser par une régulation coordonnée, les cadres juridiques qui permettent la conclusion de contrats de partage de risque et l'incitation à l'application du principe de l'innovation ouverte peuvent effectivement être déterminants. Il est conseillé aux autorités de mener une politique industrielle « *light* », mais – et c'est une des leçons tirées de l'histoire économique – certainement pas plus que *light*.
- Le rôle de la médecine de première ligne doit aussi être renforcé dans les soins aux personnes âgées parce qu'il garantit un adressage plus pertinent. La **profession de généraliste** même doit être revalorisée, et les généralistes qui travaillent beaucoup avec des personnes âgées doivent bénéficier d'une formation.
- Au niveau méso, certains **centres de services de soins et de logement** peuvent assumer plus de fonctions médicales et les adressages hospitaliers doivent être correctement enregistrés. Un système de bonus-(malus) peut veiller aux incitants financiers nécessaires.
- Les autorités et le secteur doivent travailler ensemble et lancer une campagne de communication à grande échelle, mais ciblée. Le but doit être de dissiper certains préjugés injustifiés et de faire passer le message que les seniors ne doivent absolument pas être mis hors course.
- Mettre davantage l'accent sur la gestion et la technologie dans la formation en nursing gériatrique.
- Élaborer une nouvelle classification des fonctions offrant davantage de possibilités de parcours professionnels avec la rémunération correspondante, en termes d'avancement et de croissance verticale ou latérale dans la fonction.
- Soutenir aussi les prestataires de soins professionnels par le biais de la technologie, d'une assistance administrative et domestique, de la formation et de la qualification.
- Oser remettre en question les exigences en matière de personnel. Un glissement des moyens financiers des soins aigus vers les soins chroniques ne doit pas être exclu.

- Connaître aussi les compétences présentes pour faciliter la formation et le recyclage et accroître la disponibilité. Prévoir dans l'offre de formations des parcours de formation mieux adaptés pour faciliter la mise en avant des compétences.
- Discuter avec les employeurs et les organisations ouvrières des possibilités d'adaptation de la législation sur le travail en vue d'une plus grande disponibilité du personnel. Une solution encore meilleure serait d'apporter des modifications générales à la législation sur le travail au lieu de se concentrer sur une flexibilité sectorielle spécifique.
- De multiples possibilités existent pour apporter au secteur un soutien financier et des avantages fiscaux qui permettraient de faciliter l'organisation du travail propre au secteur (par exemple un fonds de compensation TVA pour les services de détachement dans le secteur des soins). Il nous semble toutefois plus judicieux de jouer sur la flexibilité externe et interne. Une des caractéristiques du secteur des soins est en effet un travail varié et à temps partiel : il ne s'agit pas ici de flexibilité dans la jungle de la concurrence internationale, mais bien d'une flexibilité qui est aussi appréciée par les prestataires de soins, eu égard à la nature de la profession.
- Introduire au niveau de l'institution même des instruments conduisant à plus de transparence dans la communication et le processus décisionnel. L'autoplanification des horaires en est un bel exemple.
- Les soins de proximité peuvent être facilités par des adaptations dans le droit du travail. Il y a par exemple le compte épargne-temps ou le compte carrière qui permet à des individus d'épargner du temps et de l'argent pour des périodes de soins à assumer durant la vie.
- Reconnaître partout en Belgique le statut d'intervenant de proximité et lui donner une base légale solide mais flexible.
- Des structures de soins à domicile et des structures transmurales bien organisées sont le meilleur moyen de soulager et de soutenir les intervenants de proximité.
- Le gouvernement devrait, en consultation avec le secteur, dresser la carte des restrictions qui entravent encore aujourd'hui la construction de **centres de services de soins et de logement**. Les infrastructures de soins doivent en effet pouvoir s'établir parfaitement n'importe où, ceci, avant tout, dans l'intérêt des personnes âgées nécessitant des soins et pour qui la proximité reste toujours le principal critère

de sélection. Les zones bleues⁶² doivent par conséquent pouvoir être investies par des établissements de soins toutes formes juridiques confondues. Les restrictions qui semblent inutiles doivent être supprimées et des modifications doivent être apportées dans l'aménagement du territoire au niveau de la commune, en vue de quartiers et de communes respectueux des aînés.

- Développer, au niveau régional, le concept de **zone de services de soins et de logement** ou zone respectueuse des soins résidentiels, associé à la vision, aux paramètres, aux critères et aux directives qui s'imposent. Utiliser ce cadre comme pierre de touche lors de développements d'un quartier et d'un village à long terme afin d'arriver à une implantation efficace de nouvelles constructions, de rénovations, d'initiatives en matière de soins de santé et de modifications dans l'espace public. Utiliser pour ce faire les critères du label "Habitat à vie" et – si d'application - le plan d'action communal élaboré dans le cadre des « *age friendly cities* » (ou villes respectueuses des personnes âgées).
- En ligne avec les récentes et actuelles réformes VIPA, il faut réfléchir à des modalités de financement plus efficaces qui ne tiennent pas compte de la forme juridique des structures d'accueil – une distinction qui n'intéresse pas les seniors. Pour satisfaire les besoins en matière de capacité, plus de soignants doivent pouvoir compter sur un levier financier. On peut imaginer différentes formules intéressantes de prêts sans intérêt. Cependant, notre préférence va dans le sens d'un revirement du financement de l'objet au sujet, une proposition qui est discutée en détail dans le chapitre 6.
- Passer au financement du sujet pour faire en sorte que la désinstitutionnalisation s'opère de manière judicieuse. Les implications budgétaires du choix du patient ne pourront ainsi pas être reportées sur la collectivité.
- A moins d'opter pour un système (hybride) d'autonomie au niveau des dépenses, les forfaits de l'INAMI doivent correspondre aux besoins réels en matière de soins.
- Travailler à l'intégration des équipes cliniques par la création **d'équipes professionnelles pluridisciplinaires** et de l'adéquation de ces équipes à la structure du réseau, afin que chaque partenaire puisse être repris dans le réseau (généralistes et spécialistes, personnel infirmier, aide ménagère, etc.) (Contandriopoulos, 2001).

⁶² Les zones bleues sont des zones réservées à des infrastructures communautaires et des services publics où les institutions commerciales ne sont pas autorisées à construire (chapitre 2).

Voici une tâche importante pour l'administration locale, qui pourrait assurer la gestion afin que tous les partenaires reçoivent suffisamment d'espace pour faire « ce qu'ils ont à faire », et respecter les règles du jeu.

- Indemniser le généraliste ou le consultant en gériatrie pour un rôle de coordination entre les différents prestataires de soins. Cette personne endosse également la responsabilité pour le suivi et les évaluations intermédiaires des besoins actuels de soins, renvoie le patient à qui de droit et donne des conseils si nécessaire. On pourrait même aller jusqu'à la création d'un « **point d'entrée unique** »: un arrêt obligatoire chez un spécialiste en la matière (généraliste, consultant en gériatrie), qui fournit les renseignements nécessaires au patient, réoriente le patient et devient la personne de contact pour tous les intéressés (prestataires de soins, famille et personnes qui nécessitent les soins). Quoi qu'il en soit, la **nomenclature** doit être adaptée afin de compenser les efforts de coordination.
- **La gestion des soins aux personnes âgées** doit se faire au niveau communal.
- Les soins chroniques et les soins post-aigus sont deux choses différentes. Ces derniers devraient être gérés et financés à partir de l'hôpital, comme c'est le cas dans d'autres pays (KCE, 2010).
- **La liberté de choix et l'autodétermination doivent être présentes de préférence avant l'admission dans un centre de services de soins et de logement.** La personne âgée du futur pourrait s'y préparer et prendre ses responsabilités à l'égard de son nouveau cadre de vie. Cela peut se faire par le biais de "life coaches", mais aussi du généraliste qui aura endossé un rôle de coordination, ou encore par le biais des consultants en gériatrie qui ont déjà été cités à plusieurs reprises dans cette étude.
- **Les horaires** doivent être assouplis dans la **mesure du possible**. Il faut par exemple essayer autant que possible d'éviter les heures fixes de visite.
- Les personnes âgées doivent être **approchées en tenant compte de ce qu'elles sont encore capables de faire**, de leurs points forts et de leur potentiel, et en veillant à respecter aussi leurs limites. Faire preuve de respect vis-à-vis des personnes âgées signifie qu'il ne faut pas les traiter comme de petits enfants, ce qui vaut aussi pour la façon dont certains s'adressent parfois aux résidents.
- Essayer d'insérer plus de **moments** de rencontre et **de discussion** en petits comités. Si cela n'a pas encore été fait, un conseil de résidents peut être mis sur pied.

- Le « **sentiment d'être à la maison** » peut être amélioré sans trop d'efforts, en évitant dans l'agencement tout ce qui rappelle les hôpitaux (repas, couleurs, uniforme du personnel, acoustique, petits espaces et mobilier de maison). Le fait d'avoir sa propre sonnette et sa propre boîte aux lettres renforce cette ambiance de « chez soi ».
- La réglementation des centres de services de soins et de logement et dans ces centres doit être assouplie.
- Le financement des soins aux personnes âgées doit tenir compte de la qualité.
- Une réduction d'impôt peut être accordée aux familles qui s'engagent dans un projet d'habitat kangourou. Des subsides pour les travaux de construction et de rénovation peuvent aussi être alloués aux familles qui transforment leur habitation en habitat kangourou. On pourrait trouver cet argent en revoyant à la baisse les subsides sur les panneaux photovoltaïques – une subvention à l'énergie inefficace et régressive.
- En Belgique aussi, il faudrait mettre sur pied une plate-forme numérique permettant aux aînés de trouver de plus jeunes colocataires. Il existe certainement un public dans les (grandes) villes belges qui serait intéressé par ce service.

Les dix commandements de l'assurance soins

1. L'assuré ne doit pas pouvoir manipuler la réalisation du risque. Il faut une constatation objective.
2. La connexité des risques est un problème fondamental pour un assureur qui a besoin de diversification. Plus le groupe est grand et plus la répartition par âge du groupe d'assurés est large, plus les primes seront réduites et plus les prestations potentielles seront élevées.
3. S'il est certain que nous deviendrons tous vieux et que nous devons de ce fait recourir à quelques services et/ou produits supplémentaires, nous ne pouvons pas dire quel sera notre degré de dépendance. Ces coûts très probables peuvent être assurés d'un point de vue technique, mais ils ont au fond leur place dans un système d'épargne, obligatoire ou non. Pour maintenir les primes au plus bas niveau, les produits d'assurance devraient donc d'abord couvrir les frais de soins imprévisibles.
4. Une souscription précoce offre des possibilités en matière de mutualisation des

risques et de capacité de financement, mais les charges fixes et l'incertitude plaident contre une souscription trop précoce de ce genre de contrat. Cette assurance souffre aussi du phénomène d'antisélection où les bons risques quittent le pool d'assurance et la base de financement pour les autres devient problématique. Une affiliation obligatoire à partir d'un certain âge peut remédier au problème.

5. Un adressage correct et un enregistrement minutieux des données profitent à tout le monde, car plus l'incertitude est grande et plus la durée prospective d'utilisation des services est longue, plus les primes sont élevées.
 6. L'aléa moral ou risque subjectif est un problème courant dans les assurances : l'assuré peut déterminer lui-même la réalisation du risque par un comportement non observable. Pour répondre à ce problème on peut appliquer une franchise.
 7. L'information est cruciale et peut permettre aux polices de correspondre davantage aux besoins.
 8. Les interactions néfastes possibles entre différentes formes de financement peuvent être évitées par un équilibrage des risques, une aide au paiement et une bonne politique de concurrence.
 9. Eu égard à l'ampleur des besoins de soins à venir, il est essentiel de commencer à les financer le plus vite possible. Alors que les premiers baby-boomers prennent aujourd'hui leur pension, la pression venant de ce groupe pèsera sur les soins aux personnes âgées dans vingt ans. Cela nous laisse une certaine marge pour introduire par exemple une importante composante de capitalisation dans ce genre d'assurances. Les baby-boomers pourront ainsi encore assumer une responsabilité directe.
 10. Nous attendons d'assureurs concurrents qu'ils deviennent de prudents acheteurs de soins au nom de leurs assurés. Mais il faut pour cela une obligation d'acceptation de tous les assurés et la possibilité pour ceux-ci de passer d'un assureur à l'autre sans rien payer.
- De par le manque de représentation du consommateur final dans le processus de négociation entre les caisses d'assurance et les prestataires de soins, la concurrence sur les prix reste limitée. En d'autres termes, l'utilisateur doit être renforcé dans son rôle de consommateur.

- Il n’y a pas de problème fondamental à renoncer au moins partiellement à la répartition, y compris dans l’assurance sociale, et à y insérer une importante composante de capitalisation. De cette façon, les baby-boomers pourront encore assumer eux-mêmes une part de la responsabilité directe.
- Lorsque la somme cumulée sur le compte individuel suffit pour couvrir le coût prévu des soins gériatriques, la retenue de cotisation sociale peut être stoppée.
- Pour inciter les jeunes à prendre une assurance soins privée, un avantage fiscal pourrait être octroyé au-dessous d’un certain âge ou on pourrait le faire évoluer de manière inversement proportionnelle à l’âge.
- Pour attirer aussi des groupes à très bas revenus, on peut travailler avec un crédit d’impôt au lieu d’une déduction fiscale. Cette formule aura aussi un effet non pécuniaire vu qu’elle augmentera la confiance dans le produit d’assurance.
- On peut aussi travailler avec une « *option par défaut* », où l’on doit volontairement se désinscrire si l’on ne souhaite pas prendre d’assurance soins aux personnes âgées.
- Les paiements peuvent être garantis par un système d’assurance organisé par les pouvoirs publics, mais financé par les partenaires privés.
- D’autres mécanismes visant à rendre les polices d’assurance privées plus attrayantes consistent par exemple à les combiner avec ce que l’on appelle un « **prêt hypothécaire inversé** », où la valeur de l’habitation de la personne âgée est utilisée pour financer les soins. En combinant une assurance soins aux personnes âgées avec une annuité, on peut réduire le prix de chaque produit individuel et créer ainsi un nouveau segment de marché.
- Pour réduire le coût, on peut aussi réfléchir à des formules de couverture différée.

Les huit commandements du compte de soins

1. Pour éviter que les personnes ne dépensent leur budget pour d’autres choses que les soins, nous utiliserons un compte de soins fictifs, qui assumera les fonctions d’un chèque de soins numérique.
2. Pour garder les frais administratifs les plus bas possible, il est préférable d’intégrer le compte de soins dans des instruments existants, comme le dossier médical global (DMG).

3. Toutes les personnes concernées doivent avoir accès au DMG et au compte de soins de l'utilisateur, qui pourra ainsi être rapidement averti si le compte se vide trop vite.
 4. Comme l'utilisateur doit seulement avancer une éventuelle franchise, le compte de soins revient *de facto* à un système de tiers payant qui améliore l'accessibilité des soins, et simplifie et sécurise les modalités de paiement.
 5. Les dépenses supplémentaires auxquelles n'a pas droit l'utilisateur selon son degré de besoins en soins et sa police d'assurance doivent être financées par ses propres moyens. Cela responsabilise l'utilisateur et associe la responsabilité à la liberté.
 6. Laisser les bénéficiaires faire leur choix entre différents prestataires. Cela crée un continuum dans les soins, permet l'éclosion d'un marché dynamique qui devra se réinventer constamment, et réalise de vrais soins sur mesure.
 7. Associer le modèle budgétaire au modèle d'assurance, afin de tirer le plus grand profit possible de la dynamique du marché.
 8. Il est crucial de fournir des informations indépendantes et consolidées concernant le prix et la qualité des différents services et prestataires.
- Les pouvoirs publics ont différents instruments pour améliorer la qualité des prestations de soins aux personnes âgées. Un marché fonctionnel, avec des informations indépendantes sur les prix et la qualité, peut lancer le mécanisme de la réputation (**compliance**). Des conditions de reconnaissance (sans tomber dans une forme extrême de « réglementite ») seraient un instrument efficace (**enforcement**). Mais peut-être devons-nous aussi récompenser la qualité à l'aide d'un **système de bonus**.
 - De toute manière, il faut aussi collecter des **informations objectives** sur le prix et la qualité des différentes institutions de soins aux personnes âgées, et rendre ces informations publiques.
 - Si nous optons pour une assurance de soins privée obligatoire, où les pouvoirs publics **compensent les risques** (équilibre des risques : les assureurs reçoivent une compensation pour les patients dont on peut prévoir qu'ils vont présenter une consommation supérieure de soins, afin d'empêcher le plus possible la sélection des risques), chacun paie pour l'allocation minimale (qui dépendra du degré de besoins

en soins, voir ci-avant), une prime dépendant ou non des revenus. Il y aura cependant des personnes qui ne pourront pas financer une assurance de base obligatoire. Pour ces personnes, les pouvoirs publics doivent garantir une seconde compensation, et **subventionner leurs primes en vérifiant leurs moyens**. Ainsi, l'accessibilité du système ne sera pas mise en péril. La politique doit donc se poser une double question : la situation des personnes nécessitant le plus de soins ne se dégrade-t-elle pas, et les autres disposent-ils des instruments pour améliorer eux-mêmes leur situation ?

- Comme les soins aux personnes âgées vont manifestement évoluer vers une plus grande autonomie budgétaire, les pouvoirs publics vont avoir une importante **mission d'information et d'accompagnement**. En effet, tout le monde n'est pas en mesure de bien gérer les soins, et il faut donc aider ces personnes. Les « case managers » ont prouvé leur efficacité en Communauté germanophone, et les associations de détenteurs de budget sont en train de devenir un maillon indispensable dans le secteur des personnes handicapées. **L'objectif de l'autonomie budgétaire exige davantage que la simple autonomie budgétaire.**
- Outre la constitution et la mise à disposition d'indicateurs de qualité, les personnes âgées et le secteur des soins aux personnes âgées tireront aussi un grand profit de la **cartographie des besoins et des offres de soins** dans tout le pays. Cela peut se faire au moyen de la technologie SIG, comme à Genk.
- Pour introduire une politique de concurrence efficace, il est possible de s'inspirer de l'exemple néerlandais et d'introduire un **organisme indépendant de régulation du marché** qui aura pour mission de transformer en réussites les échecs du marché, qui existent par ailleurs déjà actuellement.
- Une autre leçon doit être tirée de la crise financière : un organisme régulateur sans réel pouvoir de coercition a beaucoup de difficulté à dissuader les infractions aux règles, comme on le voit encore quotidiennement sur notre marché de l'énergie.
- Dans notre simulation, les institutions commerciales impliquent de toute manière le coût le moins élevé par résidant pour la société (budget des pouvoirs publics, plus dépenses privées). La différence entre les ASBL et les CPAS s'explique peut-être entièrement par les différences de population. Mais la conclusion demeure que le privé, même après équilibrage des frais (c'est-à-dire avec la correction pour les différences de composition du public de résidents), reste moins cher, mais c'est

au détriment du nombre de personnes engagées. Au moyen d'un réel contrôle de la qualité, il doit être possible d'associer l'efficacité et les bons résultats pour les résidents. Si cet élément est garanti, il n'y a pas de raison de privilégier certaines formes d'institution par rapport aux autres, certainement pas face au défi gigantesque ni compte tenu des restrictions budgétaires. **Du point de vue budgétaire, on ne peut nier que le privé est effectivement attractif (accessibilité)** ; en ce qui concerne la qualité, la situation n'est pas claire et il faut davantage de données objectives.

- Pour pouvoir objectiver les possibles différences qualitatives, nous avons urgemment besoin de **mesures précises des résultats**. Ce qui compte, ce n'est pas la taille du personnel engagé, mais bien le temps disponible et presté par lit. Si les pouvoirs publics, les partenaires sociaux et l'INAMI se soucient réellement de fournir aux personnes âgées un personnel suffisant par lit, ne serait-il pas préférable de ne pas calculer l'intervention pour le personnel (comprise dans le forfait de l'INAMI) en fonction du nombre d'équivalents temps plein contractuels, mais bien en fonction du nombre d'heures réellement prestées par le personnel soignant ?
- Le dynamisme du secteur des soins aux personnes âgées passe par une rationalisation des procédures et une simplification administrative, la sécurité juridique et l'orientation sur la demande. Ces éléments associent le dynamisme du marché et la stabilité des pouvoirs publics afin d'obtenir un ensemble présentant une capacité et une diversité suffisantes.

BIBLIOGRAPHIE

- hospitalization, *Geriatrics* N. 56(5), p. 37-44.
- ACW Persbericht, 06/02/2006. Geen overheidssteun voor bouw van commerciële rusthuizen.
- AGE, (2009). *Een pleidooi voor meer solidariteit tussen de verschillende generaties*, Brussel.
- Amrous, K. et Hugaerts, L. (2003). Nieuwe woonvormen vervangen het rusthuis, *Plusmagazine* No 182, p. 34-39.
- Artsenkrant, 12/01/2010. Gezondheidszorg mist promotie en innovatie.
- Alber, J. et Köhler, U. (2004). *Health and care in an enlarged Europe*, European foundation for the improvement of living and working conditions.
- Arntz, M., et al. (2007). The German Social Long-Term Care Insurance - Structure and Reform Options, *IZA Discussion Paper*, No 2625.
- Audenaert, V. et Vanderleyden, L. (2004). Gezin, familie en partnerrelatie, In Jacobs, T., Vanderleyden, L. en Vanden Boer, L. (Red.), *Op latere leeftijd. De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*, Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie, Brussel, p.81-100.
- Baker, V. et Venema, K., (2007). De Belgische Ouderenzorg, *Rapport van de Nederlandse Kamer van Koophandel voor België en Luxemburg*.
- Berlowitz, D. et al. (2001). Clinical practice guidelines in the nursing home, *American Journal of Medical Quality*, No 16(6), p. 189-195.
- Beusen, A., Vermeire, T., Van Paassen, R, Cousaert, C. et De Keyser, G. (2004). Wonen van ouderen, *Denktank Wonen-Welzijn*.
- Björnberg, A., et al. (2009). Euro Health Consumer Index 2009, *Health Consumer Powerhouse*.
- Bonsang, E. (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? *Journal of Health Economics*, Vol. 28, p. 143-154.
- Breda, J. et al. (2002). *Zorgbehoevende ouderen tussen thuiszorg en residentiële zorg. Een onderzoek naar de behoeften en aanbod in de Belgische transmurale ouderenzorg*, UFSIA/UCL.
- Breda, J. et al. (2010). *Programmatie thuiszorg- en ouderenvoorzieningen*, HIVA, Katholieke Universiteit Leuven.
- Chan, M. et al. (2009). Smart homes – Current features and future perspectives, *Maturitas* No 64, p. 90-97.
- Chaudry, P. et al., (2006). Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Costs of Medical Care, *Annals of Internal Medicine*, Vol. 144, Nr. 10, p. E12 – E22.
- Blomqvist. P. (2004) The Choice Revolution: Privatization of Swedish Welfare Services in the 1990s, *Social*

- Policy and Administration*, Vol. 28, No 2, p. 139-155.
- Brodin, H. (2005) *Does Anybody Care? Public and Private Responsibilities in Swedish Eldercare 1940-2000*, University of Umeå Doctoral Thesis.
- Capeau, B et Pacolet, J. (2009). Vertel me niet hoe rijk je bent, ik zie de kleren die je draagt, Uiteenzetting COVIVE studiedag 5 maart 2009.
- Capitman, J. et Bishop, C. (2005). Long-Term Care Quality: Historical Overview and Current Initiatives, *National Commission for Quality Long-Term Care*.
- Chakravarty, S. et al. (2006). Does the Profit Motive Make Jack Nimble? Ownership Form and the Evolution of the U.S. Hospital Industry, *Health Economics* Vol. 15, No 4, p. 345-361.
- Chappell, N. et al. (2004). Comparative costs of home care and residential care, *The Gerontologist*, Vol. 44, No 33, p. 389-400.
- Charlot, V. et al. (2009). Het woonzorgcentrum in de 21ste eeuw: een gezellige woonomgeving, zorg incl., *Koning Boudewijnstichting*.
- Contandriopoulos, A. et al., (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre, *Ruptures*, Vol. 8, No 2, p. 38-52.
- Courbage, C. et Roudaut, N. (2008). Empirical Evidence on Long-term Care Insurance Purchase in France, *The Geneva Papers*, No 33, p. 645-658.
- Cutler, D. (1996). Why don't markets insure long-term risk?, *NBER Working Paper*.
- Cutler, D.M. (2005). *Your Money or Your Life: Strong Medicine for America's Healthcare System*, Oxford University Press
- Daue, F et Crainich, D. (2008). De toekomst van de gezondheidszorg: diagnose en remedies, *Itinera Institute*.
- Decruynaere, E. (2009). Het pgb experiment in Vlaanderen, *Expertisecentrum Onafhankelijk Leven*.
- Decruynaere, E. (2010). Het pgb in Nederland, *Expertisecentrum Onafhankelijk Leven*.
- De Artsenkrant, 18/12/2009. Nederland ontwikkelt kwaliteitsindicatoren palliatieve zorg.
- de Haan, J., Klumper, O. et Steyaert, J. (2004). *Surfende Senioren, Kansen en bedreigingen van ICT voor ouderen*, Academic Service, Den Haag.
- De Morgen, 21/10/2009. Verouderingsproces kan stoppen op vijftig.
- De Morgen, 22/02/2010. Te koop: uw zuurverdiende oude dag.
- De Morgen, 05/03/2010. Minister Onkelinx zegt loonverhoging toe voor honderdduizend verplegers.
- Denef, N. (1999). Ontwerpgids Levenslang Wonen, *Platform Wonen van Ouderen*.
- De Standaard, 07/05/2005. Dossier: oud zijn is een feest.
- De Standaard, 18/04/2008. Vlaamse OCMW's draaien op voor hoge huur en rusthuisfacturen.
- De Standaard, 09/07/2009. Pil tegen veroudering komt stapje dichterbij.
- De Standaard, 06/09/2009. Iedereen wil verpleegster worden.

- De Standaard, 05/03/2010. Rusthuizen smeken om personeel.
- De Standaard, 06/08/2010. Zorg is geen koopwaar: kunnen markt en zorg met elkaar verzoend worden?.
- De Standaard, 27/08/2010. Grote meerderheid Brusselaars sterf in ziekenhuis.
- De Standaard, 02/09/2010. SZ stapelt in 6 jaar tekort 23 miljard op.
- De Vos, M. et Konings, J. (2007). *Van baanzekeerheid naar werkzekeerheid op de Belgische arbeidsmarkt* – Ideeën voor een New Deal voor arbeid in België, Itinera Institute Monografie.
- Devroey, D., et al. (2001). Revealing regional differences in the institutionalization of adult patients in homes for the elderly and nursing homes: results of the Belgian network of sentinel GPs, *Family Practice*, Vol. 18, No 1, p. 39-41.
- Dittmann, J. (2008). Deutsche zweifeln an der Qualität und Erreichbarkeit stationärer Pflege, *GESIS ISI* 40.
- Ducharme, M-N. (2004). Les pratiques organisées d’habitation partagée, *La Société d’habitation du Québec*.
- Dutch Research Institute for Transition (2009). *Mensenzorg, een transitiebeweging*, Rotterdam.
- Eberstadt, N. en Groth, H. (2007). *Europe’s coming demographic challenge*, American Enterprise Institute, Washington.
- Europese Commissie (2007). Health and long-term care in the European Union, *Special Eurobarometer*.
- Europese Commissie (2007). Gezond ouder worden in de informatiemaatschappij – Actieplan inzake informatie en communicatietechnologieën voor ouderen, *Mededeling van de commissie aan het Europees Parlement, de Raad, het Europees Economisch en Sociaal Comité en het Comité van de Regio’s*.
- Europese Commissie (2009). *Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*.
- Eurostat, (2003). *Feasibility study about comparable statistics in the area of care of dependent adults in the EU*.
- Fassbender, K. (2001). Cost implications of informal supports, *National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care*.
- Federaal Planbureau (2010). *Economische vooruitzichten 2011-2015*.
- Fleishman, R., Walk, D., en Mizrahi, G. (1996). Licensing, quality of care and the surveillance process, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 9, No.7, p. 39-45.
- Flohimont, V. et al. (2010). *Reconnaissance légale et accès aux droits sociaux pour les aidants proches*, Aidants Proches ASBL.
- FOD Economie (2009). *Sectorstudie rusthuizen*.

- Fontaine, L. et Jans, B. (2009). *Tevredenheidsenquête in de Belgische ROB- en RVT-instellingen Gegevens 2007*, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Foster, et al. (2003). Improving the Quality of Medicaid Personal Assistance through Consumer Direction, *Health Affairs*, W3, p. 162-175.
- Geeraert, G. (2009). Het woonzorgdecreet in de praktijk: De zorgende kracht van een rijhuis, *Weliswaar* No 88, p. 24-26.
- Getzen, T. (2008). Modeling Long Term Healthcare Cost Trends, *Research Projects in Health, the Society of Actuaries*
- Gibson, M. et Redfoot, D. (2007). Comparing Long-Term Care in Germany and the United States: What Can We Learn from Each Other? *AARP Public Policy Institute Paper*.
- Gimbert, V. (2009). Les Technologies pour l'autonomie: de nouvelles opportunités pour gérer la dépendance ? *Centre d'Analyse Stratégique*, La note de veille No 158.
- Goosens, L. et Haesevoets, G. (2005). *Menswaardig wonen voor ouderen in Vlaanderen*, OASeS, Universiteit Antwerpen.
- Goris, A., et al. (2010). Naar autonomie, verbondenheid en een gezond leven, *Actiz*.
- Grammenos, S. (2005). Implications of demographic ageing in the enlarged EU in the domains of quality of life, health promotion and health care, *Centre for European Social and Economic Policy (CESEP)*.
- Hall, R. et Jones, C. (2007). The Value of Life and the Rise in Health Spending, *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 122, nr. 1, p. 39-72.
- Hertogen, J. (2010). Aantal verpleegstudenten 2009/2010, alle records gebroken, *BuG* 127.
- Hillestad, R., et al., (2005). Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs, *Health Affairs*, Vol. 24, nr. 5, p. 1103 – 1117.
- Hoge Raad van Financiën, (2002-2010). *Studiecommissie voor de Vergrijzing, Jaarlijks verslag*.
- Hoge Raad van Financiën (2009). *Begrotingstrajecten op korte en middellange termijn voor het aangepaste stabiliteitsprogramma 2009-2012*.
- Hollander, M. et al. (2002). Study of the costs and outcomes of home care and residential long term care services, *National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care*.
- Hollander, M. (2006). Providing Integrated Care and Support for Persons with Ongoing Care Needs: Policy, Evidence, and Models of Care, *Hollander Analytical Services Ltd*.
- Jones, B. (2005). Age and Great Invention, *NBER Working Paper* 11359.
- Jonker, M. A. (2003). Estimation of life expectancy in the Middle Ages, *Journal Of The Royal Statistical Society*, 166, p. 105-117.
- Kabinet Jo Vandeurzen, 21/05/2010. Persmededeling: Zorg om talent: 60 000 extra arbeidskrachten nodig tegen 2015.

- Karakaya, G. (2009a). Long-term care: Regional disparities in Belgium, *DULBEA Working Paper 09-06*.
- Karlsson, M., Mayhem L., Plumb, R., en Rickayzen, B. (2004). *An international comparison of long term care arrangements*, London.
- KCE (2006). *Klinische kwaliteitsindicatoren*, KCE rapporten 41A.
- KCE, (2009). *Organisatie van de palliatieve zorg in België*, KCE rapporten, 115A.
- KCE (2010). *Financiering van de thuisverpleging in België*, KCE reports 122A.
- Koning Boudewijnstichting (2009). *Het woonzorgcentrum in de 21^e eeuw: een gezellige woonomgeving, zorg incl.*, Brussel.
- Kuperman, G.J., et al., (1999). Improving response to critical laboratory results with automation: results of a randomized controlled trial, *Journal of the American Medical Informatics Association*, Vol. 6, p. 512 – 522.
- Lakdawalla, D. en Philipson, T. (2002). The rise in old-age longevity and the market for long-term care, *American Economic Review*, Vol. 92, No. 1, p. 295-306.
- La Libre Belgique, 05/04/2010. De plus en plus de pensionnés belges à l'étranger.
- Lambrechts, P. (2010). Marktwerking in de ondersteuning van personen met een handicap: standpunt, *Expertisecentrum Onafhankelijk Leven*.
- Landi, F. et al. (2001). A new model of integrated home care for the elderly: Impact on hospital use, *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 54, No 9, p. 968-970.
- Le Monde, 19/07/2010. Une assurance obligatoire pour financer la dépendence.
- Lynn, J. (1997). Hospitalization of nursing home residents: the right rate? *Journal of the American Geriatrics Society*, No 45(3), p. 378-379 (Review).
- Madrian, B. et Shea, D. (2001). The Power of Suggestion: Inertia in 401(k) Participation and Savings Behavior, *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 116, p. 1149-1187.
- Mestdagh, J. et Lambrecht, M. (2003). The AGIR project: ageing, health and retirement in Europe. *Federal Planning Bureau Working Paper 11-03*.
- Monnier, A. (2007). Le baby-boom: suite et fin, *Population et Sociétés*, No 431.
- Mukamel, D. (1997). Risk-adjusted outcome measures and quality of care in nursing homes, *Medical Care*, Vol. 35, No 4, p. 367-385.
- National Institute on Consumer-Directed Long-Term Care Services (1996). Principles of consumer-directed home & community based services. National Council on Aging and World Institute on Disability, Washington, DC.
- Nationale Bank van België (2003). *Jaarverslag*.
- Netto, 14/11/2009. *Thuis oud worden, waarom niet?*
- NVRC (2005). *Voluit vanaf 50 – De potentie van de 50-plusmarkt*, Sanoma Uitgevers.
- OECD (1994). *New Orientations for Social Policy*, Paris.

- OECD (2005). *Long-term Care for Older People*, Paris.
- OECD (2009). *Health at a glance*.
- Ohlshansky, S.J. et al., (1990). In search of Mathuselah: estimating the upper limits of human longevity. *Science*, 250, p. 634-640.
- Ottnad, A. (2003), Pflegeversicherung – Last Exit, *Wirtschaftsdienst*, Vol. 83, No 12, p. 777-785.
- Pacolet, J. et al., (2004). Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België, *Rapport voor de FOD Sociale Zekerheid*.
- Pacolet, J. et al., (2005). Plus est en vous herbekeken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector. *HIVA*.
- Pacolet, J., Cattaert, G. en Van Steenberghe, A. (2006). De rijkdom van de ouderen herbekeken, *Gids op Maatschappelijk Gebied*
- Pacolet, J., Merckx, S. et Peetermans, A. (2008). *Is de thuiszorg onderontwikkeld ?* HIVA, Katholieke Universiteit Leuven.
- Pacolet, J. et al., (2010). Programmatie thuiszorg- en ouderenvoorzieningen. *HIVA*.
- Pak, C. et Kambil, A., (2005). Wealth with Wisdom: Serving the Needs of Aging Consumers, *Deloitte Research Study*.
- Pauly, M. (1990) The rational non-purchase of long term care insurance', *Journal of Political Economy*, No 98, p. 153-168.
- Peetermans, A. et Winters, S. (2009). *Naar een zorgvriendelijk Genk*, HIVA, Katholieke Universiteit Leuven.
- Pillemer, K. en Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: a random survey, *The Gerontologist*, 28, p. 51-57.
- Poiesz, T. (1999). Gedragsmanagement: Waarom mensen zich (niet) gedragen, *Inmerc bv*, Wormer.
- Polis, H. (2008). Het woonzorgdecreet, *Weliswaar* Nr. 84.
- Portegijs, W. et al., (2008). Verdeelde tijd: waarom vrouwen in deeltijd werken, *Sociaal en Cultureel Planbureau*, Den Haag.
- Quaethoven, P. (2003). Over kwaliteit, Verpleegkundigen en gemeenschapszorg, Nr. 3, p. 157-163.
- RIZIV (2009). *Conceptuele nota met betrekking tot alternatieve en ondersteunende zorgvormen*, op <http://www.riziv.fgov.be> .
- RIZIV (2010). *Jaarverslag 2009*.
- Rosso-Debord, V. (2010). *La prise en charge des personnes âgées dépendantes*, Rapport d'information No 2647, Assemblée Nationale.
- Rothgang, H. en Igl, G. (2007). Long-term Care in Germany, *The Japanese Journal of Social Security Policy*, Vol.6, No 1, p. 54-83.

- Scales, D., et Laupacis, A., (2007). Health Technology Assessment in critical care, *Intensive Care Medicine*, Vol. 33, p. 2183 – 2191.
- Schlesinger, M. et Gray, B. (2006). How Nonprofits Matter In American Medicine, And What To Do About It, *Health Affairs*, Vol. 25, p. w287-w303.
- Service Public de Wallonie, (2009). Les parcours résidentiels des seniors wallons, *Les Echos du Logement*, No 3, p. 1-21.
- Singelenberg, J. (2009). *Toekomstverkenning thuiszorg*, Stuurgroep Experimenten Volkshuisvesting Rotterdam.
- Solidariteit voor het Gezin (2009). *Memorandum Verkiezingen 2009 'Een handvol maatregelen'*.
- Spillman, B., Murtaugh, C. et Warshawsky, M. (2001). In sickness and in health: An annuity approach to financing long-term care and retirement income, *Journal of Risk and Insurance*, Vol. 68, No 2, p. 225-254.
- Steenbekkers A., Simon C. et Veldheer V. (2006). *Thuis op het platteland – de leefsituatie van platteland en stad vergeleken*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Strategische adviesraad voor het Vlaams Welzijns-, Gezondheids en Gezinsbeleid, (2010). *Zorg en welzijn in België en Vlaanderen vergeleken met vijf buurlanden, een aantal indicatoren, sterktes en zwaktes op een rij*, SARWGG(Wah MCZ)/D-10/04.
- Stuart, M. et Weinrich, M. (2001). Home-and community-based long-term care: Lessons from Denmark, *Gerontologist*, Vol. 41, No 4, p. 474-480.
- Tarricone, R. et Tsouros, A. (ed.) (2008). The solid facts : home care in Europe, *World Health Organisation*.
- The Economist (25/06/2009). A slow-burning fuse.
- The Economist (16/07/2009). What went wrong with economics?
- The Economist (25/08/2010). Social Innovation: Let's hear those ideas.
- Theobald, H. et Kern, K. (2009). Elder Care Systems: Policy Transfer and Europeanization. In: *Post-Communist Welfare Pathways. Theorizing Social Policy Transformations in Central and Eastern Europe*. Cerami, A. en Vanhuyse, P. (ed.), - Basingstoke, New York.
- Theunis, K. (2010). Ruimte voor personeel, Prioriteiten Federaal Sociaal akkoord 2011-2016, *Zorgnet Vlaanderen*.
- Tilly, J., Wiener, J., et Cuellar, A. (2000). Consumer-directed home and community-based services programs in five countries: Policy issues for older people and government, *Generations*, Vol. 24, p. 74-84.
- Trends et De Huisarts, (2006). *Rust- en verzorgingstehuizen*, on-line:
http://cmp.roularta.be/cmdata/Attachments/site4/2007/w04/ENQUETERESULTATEN_RUSTHUIS.pdf.

- Trends, 25/01/2007, Wie betaalt rekening van oma en opa?
- Trends, 27/11/2008. Verouderen zonder verhuizen.
- Trends, 27/11/2008. Kangoeroeflats in een woontoren.
- Van Buggenhout, M. (2010). Verpleegkundigen in woonzorgcentra, vraag en aanbod, *Ablecare*.
- Van de Cloot, I. (2003). De Beheersbare Gezondheidszorg, *Financiële Berichten ING*, Nr. 2390, p. 1 – 10.
- Vallin J., (1993). Future of health expectancy. In Robine JM et al., Eds : *Calculations of health expectancies, harmonization, consensus achieved and future perspectives*. John Libbey Eurotext.
- Van Buggenhout, M. (2010a). Verpleegkundigen in woonzorgcentra, vraag en aanbod, *Ablecare*.
- Van Buggenhout, M. (2010b). Wachlijsten in woonzorgcentra: de weg naar meer transparantie, *Zorgbeheer*.
- Van Camp-Van Rensbergen, G. et Prims, H., (2004). Op zoek naar de residentiële verblijfsduur van zorgbehoevende bejaarden. *Arch Public Health*, 62, p. 291-314.
- Van Camp-Van Rensbergen G. (2005). Frequency and causes of hospitalization of nursing home residents, *Archives of Public Health*, No 63, p. 35-56.
- Van Damme, B. (2009). Dank u huisarts!, *Itinera Institute Nota* 2009/18.
- Van Der Stock, R., Mahieu, S. et Goossens, A. (2010). Financiële analyse ouderenzorg Vlaanderen, MARA-studie van Dexia, Partezis en Zorgnet Vlaanderen voor de boekjaren 2005-2008.
- van de Ven, W. et Schut, T. (2008). Universal mandatory health insurance with Managed Competition in the Netherlands: A model for the USA? *Health Affairs*, Vol. 27, No 3, p. 771-781.
- Van Holsbeek, J. (2009). Zorg voor de zorgende: tienpuntenplan voor een toekomstige manpowerbeleid in de zorg, *Zorgnet Vlaanderen*.
- Van Riet, J. (2002). Wie oud wordt, moet wachten, *Weliswaar* Nr. 41.
- Vansteenkiste, S. (2004). La sécurité sociale flamande, belge et européenne – aspects juridiques de l'assurance-dépendance, en droit belge et européen, *Revue Belge de Sécurité Sociale*, No 1, p. 35-68.
- Vaupel et al. (1995). The emergence and proliferation of centenarians, In Jeune B., Vaupel JW eds. *Exceptional longevity: from prehistory to the present*. Odense University, Odense Monographs on Population Aging 2.
- Vaupel et al. (2009). Ageing populations: the challenges ahead, *The Lancet*, Vol. 374, Issue 9696, p. 1196-1208.
- Viiitanen, T. (2007). Informal and Formal Care in Europe, *IZA Discussion Paper* No. 2648.
- Vlaamse Overheid (2009). *Bijdrage Vlaamse administratie aan het regeerprogramma van de aantredende Vlaamse Regering, Beleids specifieke bijdrage Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*.
- Vlaams Parlement, (2009). Ontwerp van woonzorgdecreet – tekst aangenomen door de plenaire vergadering, 4 maart 2009.

- Vleeshouwer, W. (2008). Nood aan objectieve cijfers voor wachtlijsten in woonzorgcentra. *Provinciaal Domein Welzijn*, 3^e jaargang.
- Wanless, D. (2006). *Securing Good Care for Older People*, King's Fund, London.
- Weissert, W. et al. (1997). Cost savings from home and community-based services: Arizona's capitated Medicaid long term care program, *Journal of Health Politics, Policy & Law*, Vol. 22, No 6, p. 1329-1357.
- WHO, PAHO Basic Health Indicator Data Base.
- Wiener, J., et al. (2007). Quality assurance for long-term care: The experiences of England, Australia, Germany and Japan, *AARP Public Policy Institute*.
- Willemé, P. (2010). The Belgian long-term care system, *Federal Planning Bureau Working Paper 7-10*.
- Winters, S. et Peetermans, A. (2005). Discussienota: "Het voorzien van voldoende en specifieke woonvormen voor senioren", *HIVA*.
- Zorginnovatieplatform (2009). *Zorg voor mensen, mensen voor de zorg, Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025*.
- Zorgnet Vlaanderen, (2010). *Basisbeginselen voor een Vlaamse Sociale Bescherming*.

