



Belgique 2007

L'avenir des services sociaux d'intérêt général

Rapport de synthèse

Manfred Huber

European Centre for Social Welfare Policy and Research



Au nom de la
Commission européenne
DG Emploi, affaires sociales et égalité des chances

Préface

Les évaluations par les pairs dans le domaine des politiques d'inclusion sociale

Au titre du Programme d'action communautaire visant à encourager la coopération des États membres dans la lutte contre l'exclusion sociale dans le cadre général de la méthode ouverte de coordination, un programme d'évaluation par les pairs a été lancé en vue de promouvoir l'identification et l'échange de bonnes pratiques dans le domaine des politiques d'inclusion sociale de l'Union européenne.

Les objectifs globaux des évaluations par les pairs sont de contribuer à une compréhension plus complète et réciproque des politiques des États Membres dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, telles qu'elles figurent dans leurs Plans d'action nationaux (PAN/ inclusion) et rapports d'exécution, et donc d'améliorer l'efficacité des politiques et des stratégies d'inclusion sociale au niveau des États membres de l'UE, en tirant les enseignements des expériences menées dans d'autres pays et notamment en facilitant le transfert des composantes essentielles des politiques et des approches qui se sont révélées fructueuses.

Quinze évaluations par les pairs ont été organisées dans différents États membres en 2004 et 2005. Des représentants des pouvoirs publics nationaux et régionaux, des experts indépendants en matière d'inclusion sociale, des représentants d'associations et des fonctionnaires de la Commission européenne y ont participé. Ces évaluations portaient sur des politiques d'inclusion sociale spécifiques. Elles avaient pour but d'apprécier s'il était possible de les transférer dans d'autres États membres et comment.

L'évaluation par les pairs qui s'est tenue en Belgique le 29 mai 2007 avait pour thème: «*Les soins de longue durée pour les personnes âgées: l'avenir des services sociaux d'intérêt général dans l'Union européenne*». La volonté de faire coïncider les débats sur la politique sociale en matière de soins à long terme avec l'objectif d'information et de sensibilisation des acteurs concernés quant aux effets possibles des réglementations européennes sur l'avenir des services de soins de longue durée constitue une approche nouvelle. Elle s'inscrit dans le contexte plus large d'un processus de consultation en cours à divers niveaux concernant l'avenir des *services sociaux d'intérêt général*.

L'évaluation par les pairs s'est tenue à Bruxelles (Belgique) le 29 mai 2007, dans les locaux du *Service public fédéral Sécurité sociale*. Hormis le pays hôte, sept pays pairs y ont pris part: la Finlande, la France, l'Allemagne, l'Italie, la Lituanie, le Luxembourg et la Pologne. Des représentants de la Plateforme européenne des personnes âgées (AGE), de l'Association internationale de la mutualité (AIM), de Caritas Europe et de la Plateforme sociale européenne y assistaient également, ainsi que des représentants de la DG Emploi, affaires sociales et égalité des chances de la Commission européenne.

Ce rapport de synthèse expose les nombreuses questions qui ont été débattues lors de l'évaluation par les pairs. Il respecte la structure de la réunion et du questionnaire établi à cette occasion, tout en s'appuyant également sur son document d'information thématique.

Table des matières

Résumé.....	4
1. Introduction: l'évolution des politiques nationales de SLD dans le contexte européen.....	6
2. Les soins de longue durée en tant que services sociaux d'intérêt général	8
3. Le financement et la gouvernance des services de soins de longue durée	13
4. Évaluer et améliorer la qualité des services.....	16
Remerciements	20

Résumé

L'évaluation par les pairs portant sur «*Les soins de longue durée pour les personnes âgées: l'avenir des services sociaux d'intérêt général dans l'Union européenne*» s'est tenue à Bruxelles (Belgique) le 29 mai 2007, dans les locaux du *Service public fédéral Sécurité sociale*. Hormis le pays hôte, sept pays pairs y ont pris part: la Finlande, la France, l'Allemagne, l'Italie, la Lituanie, le Luxembourg et la Pologne. Des représentants de la Plateforme européenne des personnes âgées (AGE), de l'Association internationale de la mutualité (AIM), de Caritas Europe et de la Plateforme sociale européenne y assistaient également. Le questionnaire relatif à chaque pays et les discussions lors de la réunion portaient sur des aspects juridiques, notamment les règles en matière de concurrence, sur les tendances observées dans les soins de longue durée et aussi sur des questions de viabilité financière et de qualité des services

L'évolution des services de soins de longue durée

L'ensemble complexe des services de soins de longue durée a évolué différemment selon les pays et présente actuellement des niveaux de développement divers. Les soins à long terme varient aussi beaucoup dans les ressources publiques et privées disponibles, et dans le partage des compétences entre les divers niveaux des administrations et des programmes publics concernés, comme les services responsables de la santé et de la protection sociale (y compris l'aide publique et/ou les logements sociaux dans certains cas). Bien souvent, ils englobent désormais une gamme plus large de services, qui sont devenus plus complexes en réponse aux attentes et aux besoins des populations, et incluent à la fois des services de soins à domicile et en institution. On constate une tendance générale à mettre en place des politiques qui permettent aux personnes âgées de demeurer chez elles aussi longtemps que possible.

L'évaluation par les pairs a confirmé que les soins de longue durée s'inscrivent dans divers contextes nationaux, comme les traditions de solidarité et les concepts de services personnels que les différents pays ont développés. Les soins de longue durée traversent actuellement une période de grands changements et leur modernisation est motivée principalement par la recherche d'optimisation des ressources. Mais l'exigence de viabilité financière est contrebalancée par la reconnaissance du fait que la qualité devrait, et dans certains cas doit, être améliorée. Une tendance suivie par de nombreux pays dans leur stratégie de modernisation consiste à assurer une plus grande liberté de choix pour les personnes âgées qui souhaitent continuer à vivre chez elles et pour leurs réseaux de soins informels (famille et amis).

Il reste cependant de nombreux défis à relever pour parvenir à une meilleure intégration des soins aux personnes âgées dans les services de santé et d'aide sociale. Les plus vulnérables ont des besoins complexes qui combinent souvent des traitements médicaux aigus (en particulier pour les maladies chroniques), une rééducation, des soins infirmiers et d'autres services sociaux. Cette gamme de services se caractérise par une grande fragmentation des prestations. Au niveau européen, cette situation appelle des efforts de cohérence entre les politiques relatives aux soins de santé et aux services sociaux.

Le contexte européen: une internationalisation croissante

Le secteur des soins de longue durée est de plus en plus soumis à des influences internationales. Le recrutement transfrontalier de personnel soignant originaire de nouveaux États membres ou de pays extérieurs à l'UE – souvent sans permis de travail – est favorisé dans une certaine mesure par des systèmes visant à promouvoir l'élargissement du choix en matière de soins à long terme, comme les chèques-santé ou les budgets de soins personnels.

De grandes multinationales débarquent aujourd'hui sur le marché des soins de longue durée dans quelques États membres, p.ex. en Belgique. Certains s'inquiètent des avantages concurrentiels – grâce aux économies d'échelle – qui pourraient les aider à obtenir des marchés publics au détriment des petits prestataires locaux.

Les soins de longue durée en tant que services d'intérêt général

Le droit européen applicable aux services de soins de longue durée inclut les règles en matière de concurrence et d'aides d'État, la liberté de prestation de services et d'établissement, les règles d'adjudication des marchés publics et la libre circulation des personnes. Ces dispositions concernent les services de soins de longue durée qui ont un caractère économique dans les limites où l'application de telles règles ne fait pas échec à l'accomplissement de leur mission. Lors de l'évaluation par les pairs, diverses préoccupations ont été formulées quant aux implications incertaines de décisions de la Cour de justice européenne (CJCE).

Tant les régulateurs du marché que les prestataires n'ont actuellement qu'une connaissance limitée de la notion de « Services sociaux d'intérêt général » (SSIG), ainsi que des règles européennes en vigueur et de la jurisprudence de la CJCE. À cela viennent s'ajouter des inquiétudes suscitées par les orientations que pourraient prendre éventuellement les dispositions réglementaires de la Commission. L'évaluation par les pairs a confirmé que les notions et les définitions nationales des services de soins de longue durée présentent des degrés variables dans l'énonciation explicite des concepts caractéristiques des SSIG. Il semble cependant qu'ils entrent de plus en plus en considération dans les réformes des réglementations que plusieurs pays ont entreprises.

L'évaluation par les pairs a aussi fait ressortir l'intérêt des participants pour les processus de consultation et de clarification plus intensifs lancés récemment par la Commission. Ces processus donneront lieu à une nouvelle Communication de la Commission avant la fin 2007.

Le financement et la gouvernance des soins de longue durée

L'expansion de l'offre de services qui s'est produite dans certains pays – notamment avec l'introduction de nouveaux programmes publics ou d'initiatives plus étendues – a un prix. Il en va de même pour les investissements qu'il faut consentir afin de renforcer la qualité des structures de soins, et pour les efforts visant à améliorer les qualifications du personnel et les conditions de travail dans ce secteur où la pénurie de main-d'œuvre suscite bien des inquiétudes. En outre, le financement des soins à long terme dépend, dans la plupart des cas,

de capitaux publics et privés – avec par exemple une couverture partielle des dépenses de santé.

Au nombre des nouveaux modes de financement possibles figurent les «prêts viagers hypothécaires», où l'essentiel des économies réalisées par une personne durant sa vie peut servir à payer les soins qu'elle reçoit dans sa vieillesse. Si les moyens envisagés pour financer les soins de longue durée passent plus largement par les économies du ménage, il convient de trouver des solutions pour protéger les systèmes privés d'épargne-retraite qui jouent un rôle de plus en plus important, compte tenu de la réforme du régime des pensions.

Comment améliorer la qualité des services?

Les services de soins sont soumis à des règles de plus en plus complexes, en termes d'accréditation et d'assurance qualité. Mais certains éléments donnent à penser que la qualité des services n'est souvent pas à la hauteur des attentes des utilisateurs ou de leurs familles.

Les systèmes d'accréditation sont désormais monnaie courante dans des pays qui se trouvent à des stades divers dans leurs stratégies d'amélioration de la qualité. Mais dans certains cas, d'importants investissements sont nécessaires avant que les conditions puissent être remplies pour l'accréditation. Comme l'ont souligné les représentants d'associations, la responsabilisation des utilisateurs est un autre aspect important des stratégies d'amélioration de la qualité. Cela peut inclure des mécanismes informels de contrôle de la qualité, par exemple sous la forme de conseils de pensionnaires dans les établissements de soins ou de services de médiation.

On observe une tendance générale à compléter les mécanismes traditionnels de contrôle et d'inspection par diverses méthodes d'assurance qualité jugées plus adéquates. Pour le contrôle de la qualité des services, certaines méthodes développées à l'origine par le secteur commercial – comme les normes ISO et autres – sont progressivement adoptées et employées comme outils pour décrire, orienter et améliorer les services de soins à long terme. C'est un domaine où les opportunités d'apprentissage mutuel et d'échange de bonnes pratiques entre les pays ne manquent pas.

1. Introduction: l'évolution des politiques nationales de SLD dans le contexte européen

Les soins de longue durée (SLD) regroupent divers services aux personnes qui ont besoin d'une aide constante dans leurs activités quotidiennes sur une période prolongée, en raison de pathologies chroniques ou d'une incapacité physique ou mentale. Ces services peuvent inclure une assistance pour les tâches ménagères, le transport, l'organisation et les activités sociales, mais ils sont souvent axés sur des soins personnels plus intensifs comme la toilette, l'habillement, l'aide pour se coucher, se lever du lit ou du fauteuil, se déplacer et utiliser les toilettes.

En termes de temps consacré aux soins de longue durée, ces services sont majoritairement dispensés à domicile par des prestataires informels (famille et amis), avec ou sans le soutien de services de santé publics. C'est le cas dans tous les pays (européens).

On craint une escalade des besoins avec l'augmentation du nombre de personnes très âgées (80 ans et plus)¹. Dans le même temps, les taux de dépendance des personnes âgées auront connu une forte hausse, limitant la croissance des budgets publics financés par les contributions de la population active.

En plus des changements démographiques, les besoins de soins évoluent aussi. Voici vingt ans, les institutions et les services s'adressaient principalement à des personnes qui éprouvent des difficultés sociales (insuffisance des ressources ou absence d'environnement familial). Aujourd'hui, les services de soins de longue durée doivent apporter une assistance plus professionnelle et souvent plus médicalisée à un segment de la population plus large et plus disparate. En conséquence, les soins de longue durée ont connu d'importants changements dans de nombreux pays, avec une tendance à se diversifier dans l'organisation et le dosage public-privé des services fournis. Les personnes qui ont besoin de soins à long terme sont souvent demandeuses de services qui couvrent toute la gamme des soins de santé, mais dans bien des cas, des problèmes se posent à l'interface entre les services de santé et l'aide sociale².

Le chapitre 1 montrera que le droit européen applicable au marché intérieur et à la concurrence a pris une importance croissante comme cadre réglementaire pour les soins de longue durée dans toute l'UE. Comme on le verra dans le chapitre 2, il y a désormais une tendance générale à mettre en place des programmes publics qui aident les personnes nécessitant des soins à demeurer aussi longtemps que possible chez elles ou dans la communauté (p.ex dans des logements assistés), car c'est le mode d'existence qui a généralement leur préférence. Mais à l'autre extrémité du spectre des soins de longue durée, un nombre non négligeable de personnes reçoivent des soins intensifs en institution (maisons de repos ou services spécialement adaptés dans d'autres institutions), ce qui est souvent la dernière solution pour les personnes qui vivent seules, qui ne quittent pas leur lit ou qui souffrent de démence grave. Les questions relatives aux moyens de financement des soins de longue durée feront l'objet du chapitre 3. Le chapitre 4 présentera les stratégies visant à améliorer la qualité des soins de longue durée qui, souvent, ne répond pas aux attentes des bénéficiaires et de leurs familles.

Les soins de longue durée dans le cadre de la méthode ouverte de coordination

En 2004, les soins de longue durée ont été intégrés (en même temps que les soins de santé) dans la méthode ouverte de coordination (MOC) mise au point par le Conseil européen et les États membres. La MOC encourage une coopération plus étroite parmi les États membres sur la modernisation des systèmes de soins à long terme³.

Les objectifs centraux de la MOC pour les soins de longue durée sont de:

- garantir l'accès de tous à des soins adéquats et veiller à ce que ce besoin de soins ne conduise pas à la pauvreté et à la dépendance financière; et éliminer les injustices dans les domaines de l'accès aux soins;

¹ La part de ce groupe dans la population devrait connaître une croissance de plus de 50% au cours des deux prochaines décennies dans la plupart des pays de l'UE et aura presque triplé d'ici 2050 dans tous les pays de l'UE25, à l'exception de la Suède (selon les dernières projections démographiques d'Eurostat).

² Voir aussi le rapport final sur les services sociaux et de santé d'intérêt général (SSSIG), 2007, à paraître, pour une analyse détaillée des tendances de la modernisation des soins de longue durée.

³ Voir http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/index_fr.htm.

- favoriser la qualité des soins de longue durée et adapter les soins, y compris les soins préventifs, à l'évolution des besoins et des préférences de la société et des individus, notamment par la mise en place de normes de qualité correspondant aux meilleures pratiques internationales et par la responsabilisation des professionnels de la santé et des patients et bénéficiaires de soins;
- veiller à ce que des soins de longue durée adéquats et de qualité restent abordables et viables en favorisant une utilisation rationnelle des ressources, notamment par des mesures d'encouragement appropriées à l'intention des usagers et des prestataires de soins, une bonne gouvernance et une coordination entre les systèmes et les établissements publics et privés de soins. La viabilité à long terme et la qualité des services passent par la promotion de modes de vie sains et actifs, et par une bonne gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé.

2. Les soins de longue durée en tant que services sociaux d'intérêt général

Pour relever les défis évoqués ci-dessus, mais aussi sous l'effet d'une tendance générale adoptée par les États membres en vue de moderniser la gestion du secteur public et d'optimiser l'utilisation des ressources, les services de soins de longue durée connaissent actuellement d'importants changements. Dans beaucoup de cas, cette évolution va dans le sens d'un rôle plus important des initiatives privées et des principes basés sur la logique du marché.

Du fait de ces efforts de réforme, les soins de longue durée, au même titre que d'autres services de santé et de protection sociale, sont entrés dans le champ d'application de certaines règles européennes (concurrence et aides d'État, marché intérieur et adjudication de marchés publics). L'influence des règles communautaires de l'UE sur le mode de fonctionnement des services de santé et de la protection sociale dans les États membres a donc gagné en importance au cours des dernières années et tant les décideurs que les parties prenantes en viennent à s'inquiéter à propos des incertitudes légales et du manque de connaissance et de compréhension des aspects juridiques parfois complexes qui entrent en jeu.

En ce qui concerne l'action sanitaire et sociale, il existe désormais une volumineuse jurisprudence de la Cour de justice européenne (CJCE), portant principalement sur l'administration des soins de santé et les programmes de sécurité sociale. Les discussions qui ont émaillé l'évaluation par les pairs ont confirmé que les prestataires de services et les pouvoirs publics craignent aujourd'hui que ces affaires ne représentent que la partie visible d'un iceberg d'applications potentiellement plus larges des réglementations européennes et de la jurisprudence de la CJCE à tout un ensemble de services sociaux dans l'avenir. Il règne effectivement une grande incertitude sur la portée réelle de ce risque et sur les conséquences qu'il pourrait avoir en termes d'organisation et de financement des services sociaux à différents niveaux de l'administration publique.

Une question centrale débattue lors de l'évaluation par les pairs était donc: quelle est la marge de manœuvre des États membres à cet égard? La notion de SSIG est un élément déterminant dans cette analyse.

Comment sont définis les SSIG?

Le concept essentiel et le terme juridique de «services d'intérêt économique général» font référence à l'article 86(2) du Traité qui prévoit certaines exemptions au droit européen, en particulier aux règles applicables en matière de concurrence, pour des services dont les pouvoirs publics reconnaissent qu'ils remplissent une tâche ou une mission d'«intérêt général». Les services sociaux d'intérêt général (SSIG) se distinguent d'autres services par des missions spécifiques d'intérêt général que les pouvoirs publics ont définies et des obligations de service public qui incombent aux prestataires. C'est le cas en particulier de services personnels comme les soins de longue durée qui sont soumis à des réglementations publiques spéciales, et notamment à des critères de qualité et de sûreté, afin de protéger les bénéficiaires et leurs familles. Les services sociaux d'intérêt général constituent une notion relativement nouvelle dans le débat politique au sein de l'UE, qui a connu une intensification considérable à partir de 2003⁴. On trouvera ci-après un bref survol des principaux éléments du contexte juridique et politique⁵.

L'évaluation par les pairs a confirmé que les intervenants ont conscience des problèmes que l'application du droit européen et/ou la répercussion de la jurisprudence de la CJCE peuvent éventuellement poser pour l'organisation et le financement des soins de longue durée dans les pays qui étaient représentés à la réunion, mais dans l'ensemble, ces inquiétudes n'ont été que partiellement prises en compte dans les récentes réformes du secteur⁶.

Quels sont les principaux enjeux?

Bien que ce soit les États membres qui décident d'introduire des principes basés sur la logique du marché dans la façon dont les services publics sont gérés, l'une des conséquences d'un tel choix est que la question de l'application de certaines règles européennes (en particulier celles qui gouvernent la concurrence et le marché intérieur) devient pertinente. Les débats entre les intervenants lors de l'évaluation par les pairs ont aussi illustré comment ces questions sont perçues dans les pays participants et dans quelle mesure les autorités nationales et locales font usage de la marge de manœuvre que leur laissent les règles européennes pour trouver des solutions. À cet égard, un aspect déterminant des définitions et des caractéristiques nationales des services de longue durée réside dans le lien qui peut être fait avec la notion de missions d'intérêt général, dont l'importance est cruciale pour limiter l'impact de certaines réglementations européennes (voir ci-dessus).

Les discussions ont confirmé qu'il devient de plus en plus difficile de définir clairement des missions d'intérêt général en fonction des critères d'accréditation et d'autorisation tout en respectant les réglementations européennes. Le principal problème qui se pose est celui de la compatibilité de ces autorisations et agréments – auxquels tous les États membres recourent

⁴ La plupart des discussions relatives à cette notion, ainsi que les initiatives de la Commission et son dialogue avec les États membres, se polarisaient au départ sur les services d'intérêt économique général des grands opérateurs de réseaux (transport, eau, gaz et télécommunications, par exemple) et l'attention n'a commencé à se porter que récemment sur les services sociaux dans le cadre de ce débat.

⁵ Voir l'Annexe 2 du document d'information thématique (Huber 2007), pour un aperçu plus complet et le prochain rapport final sur les SSSIG, chapitres 13-15.

⁶ Voir cependant ci-dessous l'examen des décisions de la CJCE concernant la possibilité d'«exporter» les prestations en espèces des systèmes de soins de longue durée.

sous une forme ou une autre pour les prestataires de services de soins de longue durée – avec les règles imposées par l'UE en matière de concurrence et d'aides d'État, ou encore avec le droit européen applicable au marché intérieur et à l'adjudication de marchés publics.

La Communication de la Commission «Mettre en œuvre le programme communautaire de Lisbonne – Les services sociaux d'intérêt général dans l'Union européenne» d'avril 2006, qui visait à dissiper quelques-unes de ces incertitudes, a contribué à spécifier plus précisément les caractéristiques des services sociaux d'intérêt général et à clarifier les dispositions du droit européen qui sont d'application en la matière.

Si ces questions juridiques complexes appellent une clarification supplémentaire, c'est aussi parce que la majorité des services sociaux – qui s'adressent aux personnes et aux familles dans le besoin – n'entrent pas dans la catégorie des services couverts par la version actuelle de la Directive Services. Il reste cependant à régler la question de l'application de cette directive aux prestataires de soins (comme les institutions d'hébergement assisté) qui offrent une gamme complète d'options de soins: des services résidentiels aux soins de longue durée.

L'évaluation par les pairs a aussi fait ressortir le fait que les pays participants présentent aujourd'hui des degrés d'avancement divers dans la définition explicite des caractéristiques «d'intérêt général» des services de soins de longue durée dans le droit et les règlements nationaux. Cette tâche peut se révéler encore plus ardue lorsque les compétences en matière de soins de longue durée ont été en partie déléguées par les autorités nationales au niveau provincial ou local, où parfois les décideurs commencent à peine à maîtriser la formulation de règles et règlements en conformité avec le cadre juridique européen.

Problèmes transfrontaliers: l'exportation des prestations en espèces

La question de savoir si les prestations en espèces liées aux soins de longue durée peuvent être exportées vers d'autres pays a été tranchée de façons différentes par la CJCE selon que l'organisation du programme social dont elles dépendent consiste en un système de type assurance santé (Autriche, Allemagne) ou en systèmes de prestations sous condition de ressource financés par les revenus fiscaux (comme l'allocation pour garde, au Royaume-Uni).

Peut-on prétendre aux allocations de soins quand on vit dans un autre pays de l'UE?

La Cour de justice des Communautés européennes a été amenée à se prononcer sur des questions relatives aux dispositions nationales en matière de soins de longue durée, et plus particulièrement aux difficultés rencontrées pour «exporter» les droits aux prestations de soins dans le cadre du règlement 1408/71 sur la coordination des régimes de sécurité sociale.

En application de ses décisions, l'assurance **allemande** pour les soins de longue durée doit désormais verser des prestations en espèces de l'Allemagne vers la France, par exemple, si le besoin de soins est reconnu par le Service médical d'assurance soins de santé (MDK) et si les conditions donnant droit aux prestations (en Allemagne) sont remplies. De même, la Cour a confirmé que l'allocation de soins autrichienne pouvait être exportée, ainsi que l'«Indennità di accompagnamento» en Italie. L'allocation pour garde **britannique** n'est due, quant à elle, qu'au Royaume-Uni, ainsi que l'a confirmé un arrêt rendu par la CJCE.

En **Belgique**, l'accès aux soins de longue durée est considéré comme un droit social et, pour reprendre les conclusions de la contribution belge à l'évaluation par les pairs, certains estiment qu'un effort supplémentaire de clarification juridique pourrait être nécessaire au niveau de l'UE afin de garantir que ces caractéristiques du système belge de soins de longue durée puissent être maintenues, en vertu du principe de subsidiarité.

Bien que la Belgique n'ait pas rencontré jusqu'à présent de problèmes spécifiques aux soins de longue durée par rapport au droit européen, des difficultés pourraient se poser à cet égard dans l'application de la réglementation relative au secteur des soins de santé, où aucune maison de repos ne peut être ouverte sans autorisation préalable. Le mode de financement, les spécifications concernant le type de personnel employé, les normes de construction, l'égalité d'accès et l'organisation interne des institutions sont autant d'aspects pour lesquels la Belgique impose des restrictions claires au jeu des forces de marché et à la mobilité des services dans le secteur des soins.

Cependant, avec l'arrivée d'opérateurs commerciaux en provenance d'autres pays, les pouvoirs publics belges en viennent à se demander si la législation nationale est capable faire face à ces évolutions. Une autre question pertinente dans le cas de la Belgique concerne l'emploi, et notamment les effets sur le secteur des soins de santé d'un marché européen du travail ouvert, à savoir l'afflux de personnel soignant originaire des nouveaux États membres de l'UE. Dans le même temps, la Belgique a vu venir de France et des Pays-Bas de nombreux pensionnaires de maisons de repos. Cette situation a un impact sur le financement du système belge et sur les listes d'attente.

La Finlande a fourni des exemples concrets des implications possibles du droit et des règlements européens sur le développement des soins de longue durée dans le pays. Ils sont actuellement financés par des fonds publics provenant d'une association de gestion des machines à sous, ce qui risque de poser des problèmes au regard des règles de l'UE en matière de concurrence, et dans l'optique de règlements futurs qui pourraient exiger l'abandon des monopoles d'État dans le domaine des jeux d'argent, etc.

La législation finlandaise ne reconnaît pas la notion de services sociaux d'intérêt général sous la forme introduite par l'UE, car elle laisse une place à l'interprétation. La plupart des parties concernées en Finlande estiment que la signification de ce concept manque de clarté. On ne sait pas encore quel impact il aura dans la pratique, conjugué aux règles européennes sur la libre circulation des personnes et des services, ou encore sur la concurrence. En Finlande, la distinction entre services économiques et non économiques n'est pas évidente.

Au niveau politique, le système finlandais des services sociaux est défini par le Parlement en fonction des besoins de l'ensemble de la population et non des caractéristiques des services. Eu égard au Traité UE, quel est le degré de flexibilité possible pour laisser aux États membres le soin de définir les services sociaux d'intérêt général? Dans quelle mesure les services sociaux pourront-ils s'écarter des dispositions régissant le marché intérieur et du droit européen de la concurrence, et dans quelles circonstances? Le niveau de subsidiarité adéquat qu'il y a lieu d'appliquer dans ce contexte relève du débat politique, de même que la nécessité de maintenir les régimes de protection sociale actuellement en place dans différentes régions d'Europe. Le principe de proportionnalité et son application devraient être examinés. Enfin, il convient de déterminer quels sont les facteurs qui n'ont pas à être intégrés dans un environnement concurrentiel.

La section suivante résume brièvement les contributions d'autres pays au débat sur les questions relatives au droit européen, notamment dans leurs réponses écrites au questionnaire qui leur a été soumis pour préparer l'évaluation par les pairs.

En **Lituanie**, l'expérience du droit communautaire dans le domaine des soins de longue durée est encore assez limitée, mais les règles d'adjudication des marchés publics sont d'application depuis l'entrée en vigueur d'une nouvelle loi sur les services sociaux, qui changera le mode de financement et l'utilisation des subsides d'État aux municipalités pour l'organisation de ces services.

Le règlement 1408/71 sur les prestations de soins de santé transfrontaliers a été cité par le **Luxembourg** comme principal exemple de l'expérience acquise en relation avec le droit communautaire car il porte sur des questions concernant les services dispensés par des prestataires étrangers et l'accès aux services et aux allocations de soins pour les personnes vivant à l'étranger. Ces considérations revêtent une importance particulière pour un pays comme le Luxembourg, dont l'activité économique est étroitement intégrée avec celle des régions voisines dans d'autres États.

Conclusions sur les questions relatives au droit européen

Lors de l'évaluation par les pairs, les débats ont confirmé l'influence croissante des développements qui interviennent au niveau européen sur l'organisation et le financement des soins à l'échelon national, que ce soit du point de vue juridique ou en raison des mouvements des bénéficiaires et du personnel soignant. Comme l'ont montré certains exemples, cette évolution préoccupe les décideurs et les parties concernées, qui réclament une clarification de diverses questions sur la mesure dans laquelle leurs systèmes de soins devraient adopter de nouvelles règles ou pourraient être préservés en vertu du principe de subsidiarité et sur la possibilité de les définir comme des services d'intérêt général.

Cette évaluation par les pairs s'inscrit dans le contexte plus large d'un processus de consultation en cours entre la Commission et les États membres, visant à explorer des pistes pour apporter des éclaircissements sur les questions juridiques parfois complexes qui entrent en jeu. Elle a permis d'examiner plusieurs cas de figure qui illustrent bien les principaux thèmes des réflexions entamées par les États membres à divers niveaux de décision.

Par exemple, comment le travail bénévole des ONG peut-il continuer à jouer le rôle qui est le sien (en Finlande) dans l'optique du droit européen en matière de concurrence? Il semble aussi qu'il faudrait plus de transparence – y compris des données chiffrées – sur les flux transfrontaliers des bénéficiaires des soins et du personnel soignant.

Enfin, certains éléments donnent à penser que les règles d'adjudication des marchés publics pourraient favoriser les multinationales qui se lancent dans la fourniture de services de soins de longue durée. Les débats ont aussi fait ressortir d'importantes questions suscitées par les efforts de modernisation des pays concernés, et par l'internationalisation croissante du marché des services, tant du côté de l'offre que du point de vue de l'utilisation des allocations de santé nationales pour payer les soins reçus dans un autre pays – une possibilité créée par l'expansion des systèmes laissant le libre choix des prestataires.

Jusqu'à présent, il n'y a eu que peu de cas où les systèmes de soins de longue durée se sont heurtés à des problèmes liés spécifiquement au droit européen dans les pays représentés lors de l'évaluation par les pairs, mais les participants s'accordent à considérer qu'une clarification est souhaitable concernant leur marge de manœuvre dans l'avenir.

Dans la plupart des pays européens, la séparation des soins de santé et de l'action sociale crée des difficultés pour coordonner l'ensemble des services dispensés. Des mesures ont récemment été introduites en vue de favoriser l'intégration de l'action sanitaire et sociale dans certains cas, puisque ces services sont de plus en plus souvent perçus comme relevant d'une compétence commune. Dans l'optique des soins à long terme, en tant que SSIG, cette situation fait ressortir la nécessité d'une clarification juridique et réglementaire au niveau de l'UE afin de prendre des dispositions qui s'appliquent uniformément par-delà la séparation entre les soins de santé et l'action sociale.

3. Le financement et la gouvernance des services de soins de longue durée

Les États membres demeurent très différents dans les façons dont ils organisent et financent les soins de longue durée, et dans le budget public total disponible. Le constat est valable pour tous les aspects essentiels des soins: l'accès aux services et leur financement, le dosage public-privé des prestations, ainsi que la qualité des soins. En outre, les systèmes de soins de longue durée des pays européens ont connu des changements majeurs au cours de la dernière décennie en termes de financement, de planification, d'organisation et de qualité.

Aujourd'hui, les services de soins de longue durée ne servent plus uniquement à aider les personnes exposées à un risque de pauvreté, mais apportent aussi une protection sociale plus universelle contre des dépenses potentiellement catastrophiques⁷. Par ailleurs, l'évolution des besoins a débouché sur le développement de nouveaux types de services sur mesure pour répondre aux attentes médicales et sociales changeantes et diversifiées, à domicile comme en institution. La nécessité de renforcer la qualité des services, le manque de personnel et les conditions de travail qu'il est urgent d'améliorer ont encore accru la pression sur les coûts unitaires des soins de longue durée dans de nombreux pays.

Le dosage public-privé dans la délivrance des soins a beaucoup changé dans plusieurs pays européens. Il règne une vive concurrence parmi les différents types de fournisseurs de soins de longue durée dans beaucoup de pays européens, ce qui a parfois contribué à accélérer les efforts pour assurer une gestion interne de la qualité et informer le public.

Les tendances dans la modernisation des services de soins de longue durée

Les efforts de modernisation dans le domaine des soins de longue durée sont motivés par les transformations socioéconomiques esquissées précédemment, qui affectent les besoins tant du point de vue des soins qu'en termes de financement⁸.

⁷ «Catastrophiques» au sens où elles pourraient épuiser à la fois les revenus d'un retraité et les ressources du ménage, en particulier quand des soins dans une institution sont nécessaires.

⁸ Voir le rapport final sur les SSSIG, partie III.

Les réformes des systèmes de soins de longue durée peuvent s'inscrire dans plusieurs stratégies, comme l'augmentation de la couverture, parfois sous la forme de programmes de budgets personnels et d'autres prestations en espèces qui laissent aux personnes nécessitant des soins et à leur famille un choix plus large dans l'organisation d'un ensemble de services, y compris des soins informels ou des aides-soignants qui ne sont pas des professionnels de la santé.

On observe une tendance générale à augmenter l'offre des services de soutien pour les soins dispensés par la famille et dans la communauté – p.ex. l'accompagnement et la prise en charge temporaire –, ainsi qu'à renforcer le processus d'évaluation des soins, parfois par une meilleure coopération entre les prestataires de services médicaux et de soins de longue durée et par une plus grande intégration des stratégies de promotion de la santé dans l'administration des soins. La gestion et l'évaluation de la qualité, avec notamment la publication d'informations sur l'offre de soins (via Internet, p.ex.), se sont répandues (voir le prochain chapitre) et les compétences en matière d'organisation des services ont parfois été transférées du niveau national à l'échelon local.

Les efforts de responsabilisation des bénéficiaires s'accompagnent, dans beaucoup de pays, de l'introduction de mécanismes régulateurs inspirés par une logique de marché. Il s'ensuit souvent un glissement progressif de l'organisation publique des soins à domicile ou en institution vers une privatisation de la fourniture professionnelle de soins. L'intervention de prestataires du secteur privé, à but lucratif ou non lucratif, joue à présent un rôle plus important dans bien des cas.

Au **Luxembourg**, une assurance couvrant les soins de longue durée a été introduite en 1998 pour les bénéficiaires d'une assurance maladie. L'un de ses objectifs est d'aider les patients à rester chez eux, dans la mesure du possible. Elle n'est pas allouée sous condition de ressource et est accessible aux personnes dépendantes quel que soit leur âge. Il n'y a pas de ticket modérateur, mais la couverture a un seuil de 3,5 heures d'assistance par semaine. Pour les assurés à faibles revenus qui ont besoin d'une aide au-dessous de ce seuil, des subsides d'État sont également disponibles sous condition de ressource. L'assurance ne couvre pas les suppléments comme les frais d'hébergement dans les établissements de soins⁹. Le système est financé par le même budget que les subsides alloués pour la construction d'établissements de soins et de maisons de repos.

Comme la couverture des soins de longue durée est universelle, il n'est pas possible de sélectionner les «bons risques» et les taux de contribution comme les prestations en espèces s'appliquent à tous. Le choix des fournisseurs des services de soins est libre et aucune distinction n'est faite entre secteur public et privé. Les taux de contribution ont augmenté et la part financée entièrement par les cotisations à la charge des salariés et l'impôt sur le capital est passée de 1% avant 2007 à 1,4%. Le budget de l'État couvre directement 45% des dépenses. La participation de l'État sera renégociée en 2009 et descendra probablement à 40%.

En **Lituanie**, les années 1991 à 2000 ont été marquées par une forte progression quantitative dans le développement des services sociaux. De nouveaux types de soins ont fait leur apparition, comme les soins de jour, et le nombre de personnes soignées à domicile ou en

⁹ Les frais d'hébergement sont élevés au Luxembourg, ce qui pourrait expliquer pourquoi certains préfèrent se tourner vers des établissements de soins belges.

institution a doublé au cours des cinq ans écoulés, avec un accroissement particulièrement sensible des soins de jour.

Les services sociaux sont actuellement financés par le budget de l'État, les budgets municipaux, les fonds structurels européens, des fondations étrangères, des organisations caritatives et les frais supportés directement par les patients. L'État finance la plus grande partie. Dans le cadre de la réforme des services sociaux pour 2003-2010, les pouvoirs publics mettent l'accent sur l'amélioration de la qualité et le coût abordable des services dispensés, ainsi que leur correspondance avec les besoins des bénéficiaires. Des groupes sociaux prioritaires seront définis pour tenir compte des ressources humaines et financières disponibles. La contribution des utilisateurs sera augmentée et un marché des services sociaux réglementé sera introduit, avec des obligations identiques pour tous les fournisseurs afin que la concurrence puisse s'exercer sur un pied d'égalité.

Depuis 2007, les soins de longue durée sont financés par des subsides ciblés alloués par l'État aux budgets municipaux. Les montants payés par les utilisateurs varient selon le type de services et la capacité des bénéficiaires à payer. Par exemple, les frais perçus pour des soins dispensés dans un centre de jour ou à domicile ne peuvent pas dépasser 20% du revenu d'un isolé ou d'un ménage dont les ressources n'excèdent pas trois fois le seuil donnant droit à une assistance sociale. Pour les autres, cela peut monter jusqu'à 80% des revenus si une prise en charge temporaire ou d'autres formes de soins à long terme sont nécessaires. Seules les catégories de population les plus pauvres pourront bénéficier de services sociaux sans rien payer. Les autorités espèrent que ces réformes contribueront à améliorer l'accès aux soins et à optimiser l'utilisation des fonds publics. Les personnes qui s'occupent d'un membre de leur famille souffrant d'un handicap mais qui souhaitent participer au marché du travail pourront aussi bénéficier d'une aide.

Les organisations membres du **réseau AGE** ne cachent pas leur inquiétude en ce qui concerne le financement des services aux personnes dépendantes, même dans les pays où ces ressources sont actuellement bien organisées. Les besoins augmentent très rapidement, en raison du vieillissement de la population, mais aussi des attentes plus grandes. Malheureusement, le financement semble évoluer en sens inverse. La demande s'accroît et les ressources diminuent, avec pour résultat une tendance à ré-individualiser les risques de dépendance, p.ex. en relevant le seuil donnant droit aux services, tandis que le rôle des soins informels gagne en importance.

Il existe aussi une interaction notable entre le besoin de recourir à l'épargne privée pour financer les retraites et les obligations des familles qui doivent contribuer à payer les soins de longue durée de leurs membres plus âgés. Il arrive en outre que des ménages reprennent une hypothèque sur leur maison pour couvrir les coûts des soins, et toutes les implications de ce genre de pratique n'ont pas encore été appréciées. En conséquence, certaines personnes âgées ne demandent pas les soins dont elles ont pourtant besoin. Bien qu'il y ait désormais un marché des assurances privées en pleine croissance pour couvrir les besoins des personnes dépendantes, plusieurs participants au débat s'interrogent sur l'éventualité de discriminations liées à l'état de santé.

De plus, certains s'inquiètent de la tendance, observée dans quelques pays, à décentraliser le financement des soins de longue durée, au risque d'augmenter les variations régionales dans l'accès à des services de qualité (aux Pays-Bas, notamment). Enfin, la définition des «services

d'intérêt général» est jugée plus apte à prendre en considération les droits des personnes et plus conforme aux principes fondamentaux de l'égalité d'accès à des services de qualité.

Conclusions sur le financement et l'organisation

Lors de la réunion d'évaluation par les pairs, les discussions ont confirmé que la politique sociale des États membres est confrontée à plusieurs défis concernant les soins de longue durée. Comment financer les investissements supplémentaires et les améliorations qui s'imposent dans ce secteur? Comment les répartir de façon à garantir l'égalité d'accès et la viabilité du système? Comment la gamme actuelle des services de soins à long terme disponibles devrait-elle évoluer et quel sera le rôle joué par les bénéficiaires de ces services et leurs familles? Par ailleurs, la nécessité d'améliorer la qualité des services et d'étendre leur couverture à un nombre croissant de personnes est aujourd'hui l'un des principaux facteurs d'augmentation des dépenses publiques.

La viabilité financière du système dépendra d'une coopération suivie et plus étroite entre les services officiels et les soins informels dispensés par les familles et les amis. Aucun pays ne pourrait prendre en charge la totalité ni même la majeure partie des soins nécessaires par des services professionnels formels. Dans les pays où des allocations de soins ont été mises en place (en Allemagne et en Autriche), elles ne «paient» qu'une (petite) partie des besoins officiellement reconnus (en termes d'heures de soins formels ou informels nécessaires).

Puisque tous les pays comptent de nombreux ménages de retraités qui n'ont pas les moyens financiers de supporter des dépenses mensuelles considérables pour rémunérer les prestataires de soins, l'aide sociale demeure dans bien des cas une source de financement importante. La part des ressources privées dans l'ensemble des soins de longue durée peut aussi être élevée dans certains pays où l'État intervient peu dans la fourniture de soins de longue durée (p.ex. en Italie), ou utilisée comme moyen d'augmenter le financement afin d'élargir l'offre de services (p.ex. en Lituanie).

Le manque de personnel commence à faire peser des risques importants sur la viabilité (financière) future des systèmes de soins dans certains pays. Il est encore possible de tenter aujourd'hui de remédier à cette pénurie de main-d'œuvre pour éviter de lourdes dépenses dans l'avenir.

4. Évaluer et améliorer la qualité des services

L'assurance qualité est un aspect qui revêt une importance croissante dans les services de soins de la plupart des pays. On met de plus en plus l'accent sur l'optimisation des ressources. Les pays concernés se détournent progressivement d'une approche au départ principalement régulatrice, au profit d'une gestion de la qualité et de stratégies d'améliorations constantes. La responsabilité échoit davantage aux prestataires des soins eux-mêmes, qui adoptent en partie le genre de techniques de gestion de la qualité qu'on trouve dans le secteur commercial. Cette évolution a contribué à engendrer de meilleurs résultats et une sécurité accrue pour les patients. Cependant, elle a aussi rendu la réglementation plus complexe. En particulier, elle a compliqué la tâche des pouvoirs publics dans leurs efforts pour définir ce qui constitue une mission d'intérêt général.

Les dispositions qui régissent actuellement les soins de longue durée en France sont complexes. Face à la demande croissante d'une population vieillissante, l'organisation des services devient de plus en plus diversifiée, avec une forte progression du secteur privé. La qualité et l'égalité de traitement sont les grands principes directeurs des soins de longue durée. En ce sens, l'«intérêt général» est un concept bien intégré dans la réflexion politique et juridique française, comme objectif ultime de l'action publique. Mais la réalisation de cet objectif dans l'ensemble des différents services concernés est loin d'être facile.

Il y a une volonté politique claire d'aider les personnes âgées à demeurer chez elles aussi longtemps que possible. Les services d'aide et de soins à domicile et toutes sortes de subventions pour aménager les habitations y contribuent. L'allocation personnalisée d'autonomie permet de financer d'autres services qui favorisent l'indépendance des bénéficiaires. Pour ce qui est des soins résidentiels, l'accent a été mis ces dernières années sur l'amélioration de la qualité des soins, y compris dans le secteur privé émergent.

Les priorités sont définies par des plans et le secteur est étroitement réglementé, mais jusqu'à présent, cela n'a pas causé de problèmes vis-à-vis des règles européennes, puisque les mêmes réglementations s'appliquent à tous les prestataires. Depuis 1990, les établissements commerciaux sont tenus de conclure des contrats avec leurs résidents, qui prévoient des clauses sur les conditions d'entrée et de résiliation, sur les services et sur leur prix, et procédures de facturation en cas d'hospitalisation. Les frais d'hébergement peuvent être fixés librement par les établissements du secteur commercial. Toutefois, l'État réglemente l'évolution de ces prix par la suite. L'hébergement est normalement à la charge des personnes concernées, avec des variations régionales importantes, et son coût excède souvent les pensions de retraite moyennes. Pour les personnes dans le besoin, il est couvert par l'aide sociale.

Les réglementations en termes de qualité se rapportent à l'enchaînement des différents éléments du continuum de soins, à la formation du personnel (un problème majeur quand la main-d'œuvre fait défaut), et à la modernisation des établissements (dont beaucoup sont très anciens et ne sont plus conformes aux normes actuelles). Les outils d'assurance qualité passent par des accords tripartites entre l'État, le Conseil général et l'établissement concerné. Ces accords portent sur les tarifs mais aussi sur l'évaluation de la qualité. Les établissements doivent procéder à un audit interne tous les cinq ans et être contrôlés par un organisme indépendant tous les sept ans.

Des mesures spécifiques aident les résidents et leurs familles à exercer un droit de regard sur l'établissement. Des conseillers sont désignés pour servir d'interlocuteurs aux familles et des médiateurs peuvent intervenir en cas de besoin pour régler d'éventuels problèmes entre les résidents, les familles et l'établissement. La loi prévoit des sanctions si les normes ne sont pas respectées. Sans être très sévères, ces pénalités contribuent à garantir la qualité. La prévention des mauvais traitements, dans les centres de soins résidentiels comme à domicile, reçoit aujourd'hui une attention particulière.

L'Italie prépare actuellement une nouvelle législation sur le niveau minimum de soins de longue durée en vue de mettre en place un système national qui garantira à tous les citoyens les mêmes droits d'accès à l'information et aux services, alors que l'Italie a vu se développer des systèmes de protection sociale très différents à l'échelon régional. Le manque d'uniformité territoriale qui règne actuellement crée une discrimination en termes d'accès aux services de soins.

Des approches innovantes des soins aux personnes âgées dépendantes ont été adoptées dans certaines régions, notamment en Toscane où une «société de la santé» a été créée: une agence indépendante basée sur l'intégration de l'action sociale et sanitaire. Elle travaille avec des organisations bénévoles et définit les critères permettant de s'établir comme prestataires de services. L'importance du ticket modérateur varie selon les ressources financières de la municipalité concernée, et les différences sont parfois considérables.

L'État s'occupe de déterminer le niveau fondamental des services et les régions sont compétentes pour allouer les ressources et définir les principaux objectifs du programme. Le droit national insiste également sur l'importance d'intégrer les aspects sociaux et sanitaires.

L'adoption de dispositions légales régissant l'accréditation des prestataires à but non lucratif est considérée comme un pas important pour la délivrance d'un service de qualité. En général, les règles du marché libre ne s'appliquent pas à ce secteur, et la majorité des Italiens ne pensent d'ailleurs pas que ce soit souhaitable. Les normes de qualité sont actuellement plus développées dans le secteur de la santé que dans celui des soins à long terme. Pour les soins à long terme, il est plus difficile d'informer les régions sur les normes de qualité qu'elles devraient appliquer. De nouvelles dispositions législatives définiront bientôt la dépendance sur la base des critères de l'OMS. Ce programme exposera plus clairement les services sociaux et sanitaires à dispenser au bénéficiaire et à sa famille. Le cas échéant, il peut aussi prévoir des allocations et d'autres interventions financières.

Le système des soins de santé et celui de l'aide sociale contribuent tous les deux à l'organisation des soins de longue durée en **Pologne**. Les soins en institution relèvent pour la plupart du système de santé, tandis que l'action sociale prévoit certains services à domicile. Les soins de longue durée en institution sont principalement dispensés dans des établissements administrés par les communautés locales. En dernier recours, une prise en charge peut être assurée par des centres d'assistance sociale, qui s'occupent de l'hébergement et de services aux personnes nécessitant des soins permanents.

Les normes de qualité sont déterminées par la loi régissant les services sociaux et les voïvodies (les districts administratifs régionaux) sont chargées du contrôle de la qualité. Les dispositions définissent des règles générales – par exemple, l'obligation pour les établissements de délivrer des soins adaptés aux besoins des personnes. Elles comportent aussi des spécifications très détaillées sur des questions qui vont des repas servis et des infrastructures aux soins et aux services d'assistance. En plus de ces services réglementés au niveau national, les autorités locales disposent d'un pouvoir d'initiative assez large pour prendre des mesures supplémentaires. Les autorités compétentes en Pologne débattent actuellement des moyens à mettre en œuvre pour que ces services locaux et ceux dispensés par les ONG et les opérateurs privés soient soumis aux mêmes normes que les services nationaux. Depuis 2004, ces autres prestataires doivent aussi appliquer les règles nationales s'ils s'occupent de soins de longue durée pour les personnes âgées.

Les citoyens peuvent se rapporter à des tableaux permettant de vérifier si une institution satisfait aux normes requises. En cas de non-conformité, la voïvodie peut poursuivre l'institution devant le tribunal administratif ou lui imposer des sanctions. Les établissements privés ou commerciaux qui dispensent des soins 24 heures sur 24 sans autorisation sont également soumis à des pénalités. Ce sont des mesures administratives qui prévoient un droit d'appel auprès du ministre chargé des affaires sociales. Les autres prestataires auxquels

s'applique la législation depuis 2004 ont jusqu'en 2010 pour se mettre en conformité. Certains subsides d'État peuvent être obtenus pour la rénovation des bâtiments et les nouvelles constructions. Mais dans bien des régions, on manque d'inspecteurs qualifiés et il règne actuellement une certaine incertitude quant aux solutions d'hébergement envisageables pour accueillir les résidents des institutions qui devront peut-être fermer leurs portes en 2010, faute de satisfaire aux normes.

Si certaines organisations membres de **Caritas Europe** n'exercent aucune activité de soins de longue durée en Europe, un groupe plus restreint, présent notamment en Allemagne, en Belgique et au Luxembourg, réunit des prestataires de services de soins (qui représentent p.ex. quelque 30% des soins de longue durée dispensés en Belgique).

Dans les services sociaux, la priorité est donnée de plus en plus à l'amélioration de la qualité pour certains réseaux d'ONG au niveau européen, qui organisent régulièrement des réunions sur cette question. La qualité est un défi qu'il faut relever ensemble, de même que l'égalité d'accès, les coûts abordables, la transparence et l'efficacité. Le souci de qualité revêt une importance particulière dans l'économie sociale, où il convient d'apporter au personnel une bonne formation sur le terrain.

Par ailleurs, les bénéficiaires des soins ont un rôle crucial à jouer en tant que coproducteurs du processus de soins (ainsi que leur famille ou le voisinage) et leur participation est essentielle pour garantir des services de qualité. Pour ce faire, des procédures de plainte informelles ou des conseils de pensionnaires peuvent être mis en place. D'une manière plus générale, la qualité est liée à des droits et principes fondamentaux comme la continuité des soins et leur viabilité (p.ex. en évitant la fermeture d'institutions). Des conditions de travail satisfaisantes, la présence d'un personnel qualifié en nombre suffisant sont d'autres éléments indispensables. De plus, il serait souhaitable de fixer certaines limites aux comportements axés sur les profits, la publicité et les débouchés commerciaux, comme la cotation en bourse des prestataires de soins.

Une question centrale se pose au niveau de l'UE: comment garantir la responsabilité publique dans le domaine de l'action sanitaire et sociale tout en reconnaissant le rôle croissant des organismes de normalisation actifs dans le secteur privé, comme ISO ou EQRM? Ils ont aussi leur rôle à jouer.

L'action sociale et sanitaire varie considérablement dans toute l'Europe, de même que les compétences du **Réseau social européen (ESN)**. Consultés sur les questions abordées lors de cette évaluation par les pairs, de nombreux membres d'ESN ont insisté sur la nécessité de respecter les différences économiques et culturelles, ainsi que le principe de subsidiarité. La plupart d'entre eux estimaient en outre qu'une certaine concurrence entre différents secteurs dans un environnement local peut se révéler positive, pour autant qu'elle soit correctement réglementée.

Parmi les points évoqués par les membres d'ESN à propos de la qualité des soins, il faut mentionner l'équilibre entre la liberté de choix, l'égalité d'accès et la viabilité financière des services de qualité, compte tenu de la nécessité de remédier à la pénurie de personnel qualifié. Du point de vue des utilisateurs, il faut aussi garantir une information claire, un soutien et la possibilité de faire entendre leur voix, pour rester maîtres de leur propre vie.

La plupart des gens souhaitent rester chez eux aussi longtemps que possible et, à cet égard, on mesure toute l'importance d'une action sociale et sanitaire de soutien. La qualité de l'aide fournie dépend aussi de la coordination entre les soins, les services sociaux, les transports et l'hébergement. Un autre critère de qualité est la disponibilité des services au niveau local, là où les bénéficiaires ont vécu et où réside leur famille.

Les membres d'ESN estiment qu'il y a lieu de définir des normes de qualité claires, avec des contrôles impartiaux, et que le public doit avoir accès aux rapports d'inspection et être informé sur la qualité des services fournis. L'évaluation globale de la qualité devrait encourager l'apprentissage et le développement. C'est un processus continu qui passe par des efforts permanents de formation.

Dans certains pays, des tableaux comparatifs sur la qualité des soins ont été mis au point. C'est une option qui pourrait éventuellement être envisagée ailleurs. Il peut néanmoins être utile d'atteindre un certain degré de comparaison au niveau européen, national et local pour tirer les enseignements des expériences respectives.

À une échelle plus vaste, la planification des services doit aussi s'intégrer dans une stratégie d'implantation locale. Dans de nombreuses régions d'Europe, par exemple, le prix du terrain est devenu prohibitif. Où va-t-on implanter les futurs services de soins pour les personnes âgées? Si de nouvelles institutions sont construites dans certains endroits, leur coût sera beaucoup trop élevé. La planification des services suppose des compromis entre les bénéfices économiques et sociaux des communautés. Elle doit trouver sa place dans le processus de régénération. Pour garantir la viabilité des services, il faut aussi dialoguer avec tous les intervenants, y compris le secteur commercial.

Remerciements

L'auteur est redevable aux nombreux experts qui ont collaboré à la récente étude sur les SSSIG dans l'UE. Mme Muriel Rabau et la coordinatrice de l'évaluation par les pairs, Mme Monika Natter, ont fait part de leurs remarques sur le document d'information thématique (remarques qui ont également été utiles pour le présent rapport de synthèse). Le choix des éléments contenus dans ce document, leur présentation et les erreurs éventuelles sont cependant de la seule responsabilité de l'auteur. Par ailleurs, ce rapport ne reflète pas nécessairement l'avis de la Commission ou de la Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'égalité des chances.