TRISAN

CENTRE DE COMPÉTENCES TRINATIONAL
pour vos projets de santé

SANTÉ SANS FRONTIÈRE
GESUNDHEIT OHNE GRENZEN

LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES EN FRANCE, EN ALLEMAGNE ET EN SUISSE

Fonds européen de développement régional (FEDER)
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)

Dépasser les frontières : projet après projet
Der Oberrhein wächst zusammen, mit jedem Projekt

La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France, en Allemagne et en Suisse

Octobre 2018

Cette publication fait partie d'une série de cahiers thématiques élaborés par le centre de compétences TRISAN et visant à apporter des éclairages sur l'organisation des systèmes de santé français, allemand et suisse. Les publications de TRISAN sont disponibles en version française et allemande sur le site internet de TRISAN (www.trisan.org > Documentation).

Diese Publikation ist Teil einer Publikationsreihe, die vom trinationalen Kompetenzzentrum TRISAN erarbeitet wird und zum Ziel hat, verschiedene Aspekte der Gesundheitssysteme in Deutschland, Frankreich und der Schweiz abzubilden. Die Publikationen von TRISAN sind online in deutscher und französischer Sprache unter www.trisan.org / Publikationen verfügbar.

Introduction:

Comment assurer une prise en charge de qualité pour un nombre croissant de personnes dépendantes ? Comment gérer l'augmentation des coûts de la prise en charge médicale ? Quelles mesures mettre en œuvre afin d'assurer le maintien à domicile le plus longtemps possible ? La prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées est actuellement au cœur de l'actualité et des débats sociétaux. Ceci est notamment dû aux évolutions démographiques et à l'augmentation du nombre de personnes dépendantes.

TRISAN – Centre de compétences trinational pour la coopération en santé dans le Rhin supérieur – a souhaité poser un regard transfrontalier sur la question de la prise en charge de la dépendance. Echanger entre voisins sur les stratégies poursuivies, les projets poursuivis et les pratiques innovantes ne peut être que enrichissant pour mieux répondre à l'importance des défis à venir.

Toutefois, pour mieux comprendre les stratégies poursuivies dans le pays voisin, il est essentiel de comprendre le contexte global dans lequel elles s'inscrivent. Le présent cahier thématique constitue une première base en offrant un aperçu des systèmes des trois pays représentés dans le Rhin supérieur : la France, l'Allemagne et la Suisse. Pour chacun des trois pays seront présentés notamment les aspects suivants : Eléments de définition, chiffres clés, répartition des compétences, acteurs, formes de prise en charge, aspects de financement, etc.

En ce qui concerne l'Allemagne et la Suisse, caractérisées par le fédéralisme, on peut observer des différences organisationnelles assez importantes d'un Land à l'autre et/ou d'un canton à l'autre. Dans ce cahier thématique, nous mettrons l'accent sur les Länder et cantons faisant partie de l'espace du Rhin supérieur (périmètre d'intervention du Centre de compétences TRISAN). Cet espace englobe le Pays de Bade (Land de Bade-Wurtemberg), le Palatinat du Sud (Rhénanie-Palatinat), la Suisse du Nord-Ouest (cantons de Jura, Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Argovie et Soleure), et les départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin (Région Grand-Est).

La prise en charge de la dépendance concerne autant les personnes âgées dépendantes que les personnes handicapées mentales, psychiques ou physiques. Ce cahier sera consacré à la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France 9

1. La définition de la personne âgée dépendante en France 10

2. Chiffres-clés 11

3. L'organisation de la prise en charge de la dépendance 12

4. La prise en charge financière de la personne âgée dépendante 14

4.1 La prise en charge financière à domicile 14

4.2 La prise en charge financière en établissement 15

5. L'hébergement en établissement 15

5.1 L'hébergement non-médicalisé 15

5.2 L'hébergement médicalisé 16

6. Les soins à domicile 18

7. Les proches aidants 19

7.1 Le statut des proches aidants en France 19

7.2 Les mesures de soutien adressées aux proches aidants 20

La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne 25

1. La notion de dépendance 26

2. La dépendance en allemagne – Faits et chiffres 26

3. L'assurance dépendance en Allemagne 27

3.1 L'assurance dépendance et le système allemand de sécurité sociale 27

3.2 La réforme du système de prise en charge de la dépendance 28

4. Les acteurs impliqués 28

4.1 Répartition des compétences entre *Bund*, *Länder* et communes 28

4.2 Les caisses d'assurance dépendance 29

4.3 Le comité en charge de la qualité 30

5. La prise en charge des personnes dépendantes en établissement 30

5.1 Les différents types de prise en charge 30

5.2 Financement 32

6. La prise en charge des personnes dépendantes par les services à domicile 33

6.1 Les services à domicile 33

6.2 Financement 34

7. Logements partagés et logements regroupés 35

8. Les proches aidants 35

8.1 La situation des proches aidants en Allemagne 36

8.2 L'allocation dépendance : le *Pflegegeld* *36*

8.3 Possibilités de soutien et d'assistance pour les proches aidants 36

La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Suisse 43

1. Dépendance en Suisse – Faits et chiffres 44

2. Le système d'assurance en Suisse 45

2.1 Assurances 45

2.2 Le nouveau régime de financement des soins 46

3. Acteurs impliqués 46

4. La structure de prise en charge pour les soins de longue durée 47

5. Établissements médico-sociaux et structures intermédiaires pour la prise en charge des personnes âgées 47

5.1 Établissements médico-sociaux 47

5.2 Structures intermédiaires 49

5.3 Financement des établissements médico-sociaux 50

5.4 Qualification du personnel soignant dans les établissements médico-sociaux 51

5.5 Garantie de la qualité pour les soins en établissement 52

6. Services ambulatoires 52

6.1 Aide et soins à domicile 52

6.2 Financement de la prise en charge ambulatoire 54

6.3 Qualification du personnel de soins ambulatoires 55

6.4 Garantie de la qualité des soins ambulatoires 55

7. Accompagnants et proches aidants 55

7.1 La situation des accompagnants et proches aidants en Suisse 55

7.2 Possibilités visant à soulager et soutenir les proches aidants 56

8. Conclusion 57

SOMMAIRE

Conception et développement :

- Anne Dussap (TRISAN),
- Lydia Kassa (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN),
- Emilie Schleich (TRISAN).

Rédaction :

- Lydia Kassa (TRISAN).

Relectures d'experts :

- Véronique Breining, Conseil Départemental du Bas-Rhin,
- Christian Fischer, Conseil Départemental du Haut-Rhin,
- Annabelle Hurth, Conseil Départemental du Haut-Rhin,
- Béatrice Lorrain, Conseil Départemental du Haut-Rhin,
- Isabelle Magnien, Conseil Départemental du Haut-Rhin,
- Stéphane Mathieu, Conseil Départemental du Haut-Rhin,
- Carole Mochel-Wirth, Conseil Départemental du Haut-Rhin.

Traduction :

- Michael Lörch.

Mise en page :

- Print Europe – Céline Agaësse.

TRISAN est le centre de compétences trinational pour favoriser la coopération transfrontalière dans le champ de la santé dans le Rhin supérieur. Le centre de compétences a été créé dans le cadre d'un projet initié par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur et cofinancé par le programme INTERREG V Rhin supérieur. Il est porté par l'Euro-Institut, institut spécialisé dans la formation, l'accompagnement de projet et le conseil sur les questions transfrontalières.
Sont également partenaires du projet : l'ARS Grand Est, le Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, le Regierungspräsidium de Karlsruhe, le Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, le département de santé Bâle-Ville, les cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et Argovie ainsi que la confédération helvétique.

TRISAN / Rehfusplatz 11, D – 77 694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 34

Alexandre Zveiger – Shutterstock

La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France

1. LA DÉFINITION DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE EN FRANCE

Comme nous le verrons, l'un des principaux outils de prise en charge des personnes âgées dépendantes en France est l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Dans le Code de l'action sociale et des familles, la personne âgée dépendante est définie comme une personne de plus de 60 ans qui nécessite des aides pour réaliser des actes de la vie quotidienne. L'état de la personne est caractérisé par des incapacités et des limitations fonctionnelles et exige un suivi régulier.

Le Code de l'action sociale et des familles définit différents degrés de dépendance. Le degré de dépendance dépend du niveau des restrictions et est évalué par le biais de la grille nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources). La grille évalue les capacités de la personne âgée à accomplir dix activités corporelles et mentales :

- Cohérence,
- Orientation,
- Toilette,
- Habillage,
- Alimentation,
- Élimination,
- Transferts,
- Déplacements à l'intérieur,
- Déplacements en dehors du lieu de vie,
- Utilisation de moyens de communication à distance.

S'y ajoutent sept activités complémentaires pour mieux appréhender la situation de la personne (gestion, cuisine, ménage, transport, achats, suivi du traitement et activités de temps libre). Selon leur degré de dépendance, les personnes sont réparties en six groupes iso-ressources (GIR 1 à 6, voir encadré) prévus par la grille AGGIR. Le niveau de dépendance détermine l'éligibilité à l'APA. L'APA peut être attribuée aux personnes âgées relevant du GIR 1 à 4.

Les modalités d'évaluation sont différentes pour les personnes vivant à domicile et les personnes vivant en établissement :

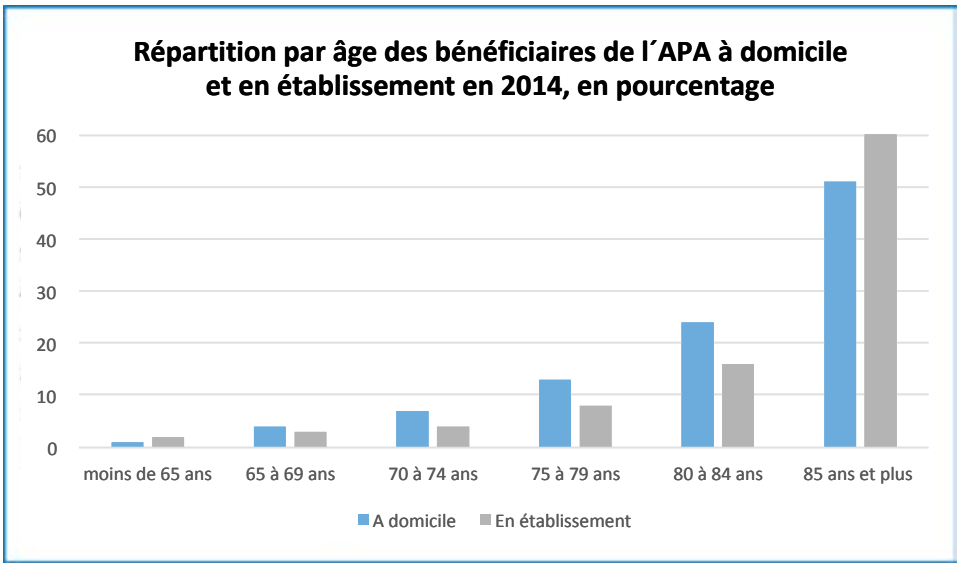
- Lorsque la personne vit à domicile, l'évaluation relève de la responsabilité d'une équipe médico-sociale du Conseil Départemental, composée notamment d'un médecin et d'un travailleur social. Le demandeur peut exiger la présence de son médecin traitant.
- Lorsque la personne vit en établissement, l'évaluation relève de la responsabilité du médecin coordinateur (voir partie 5.2). Un médecin du Conseil Départemental et un médecin de l'Agence régionale de santé (ARS) valident les évaluations lors de visites dans les établissements.

Photographee.eu – Shutterstock

La classification en groupes iso-ressources (GIR)

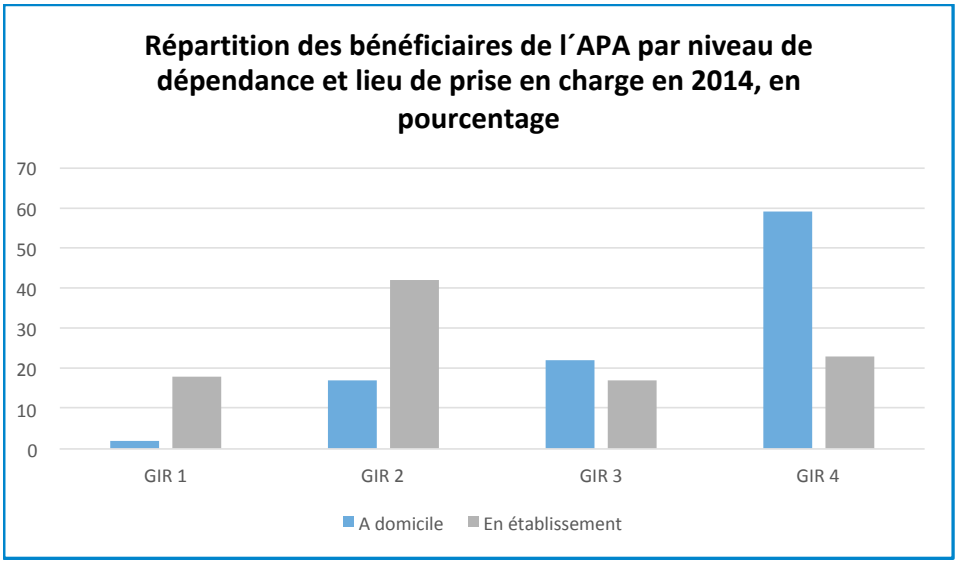
- GIR 1 : personnes âgées confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants, ainsi que les personnes en fin de vie.
- GIR 2 : le GIR 2 regroupe deux catégories majeures de personnes âgées :
  - personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ;
  - personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.
- GIR 3 : personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité n'assume pas seule l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.
- GIR 4 : le GIR 4 regroupe deux catégories majeures de personnes âgées :
  - personnes n'assumant pas seules leur levée du lit, mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. La majorité s'alimente seule ;
  - personnes n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.
- GIR 5 : personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles peuvent avoir besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette et les activités domestiques.
- GIR 6 : personnes autonomes pour les actes importants de la vie courante.

Graphique 1 : Répartition par âge des bénéficiaires de l'APA à domicile et en établissement en 2014, en pourcentage



Graphique d'après les chiffres de l'INSEE, Personnes âgées dépendantes, 2017.

Graphique 2 : Répartition des bénéficiaires de l'APA par niveau de dépendance et lieu de prise en charge en 2014, en pourcentage



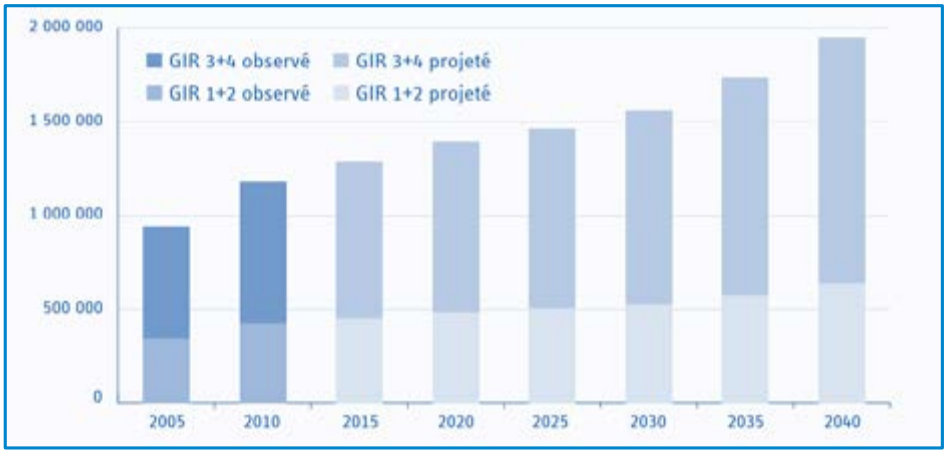
Graphique d'après les chiffres de l'INSEE, Personnes âgées dépendantes, 2017

2. CHIFFRES-CLÉS

Les statistiques relatives à la dépendance s'appuient sur le nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). En 2015, on comptait en France 1 265 000 bénéficiaires de l'APA. On notera que le nombre réel de personnes âgées dépendantes devrait être supérieur, étant donné que les personnes en situation de dépendance ne sont pas toutes demandeuses de l'APA.

Comme le montrent les graphiques 1 et 2 ci-dessus, la répartition des personnes âgées sur les différentes modes de prise en charge varie en fonction de l'âge et du degré de dépendance. La grande majorité des bénéficiaires de l'APA de plus de 85 ans réside en établissement.

Graphique 3 : Nombre de bénéficiaires de l'APA en 2015



Source : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Chiffres clés de l'aide à l'autonomie, 2016.

Photographee.eu – Shutterstock

Le nombre de personnes âgées dépendantes va probablement beaucoup augmenter pendant les prochaines décennies en raison de l'évolution démographique. Selon une étude de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), 26 % de la population française sera âgée de 65 ans ou plus en 2040, contre 18 % en 2013[1].

Le graphique 3 ci-dessus montre une forte hausse du nombre de personnes âgées à l'horizon 2040, ainsi que l'évolution de la répartition par niveau de dépendance.

3. L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE

La prise en charge de la dépendance implique une pluralité d'acteurs. Seront présentés ici les acteurs clés et leurs principales compétences.

L'État fixe le cadre général d'organisation du système ainsi que les grandes orientations, notamment dans le cadre de lois relatives à la dépendance, qui sont ensuite déclinées au niveau territorial.

À titre d'exemple, nous citerons la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement de 2015 (voir encadré à droite). Le ministère en charge est le Ministère des Solidarités et de la Santé.

1 INSEE, voir : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228.

La loi sur l'adaptation de la société du vieillissement

La loi sur l'adaptation de la société au vieillissement a été adoptée en décembre 2015. A travers cette loi, la prise en charge de la dépendance de personnes âgées est dissociée de la prise en charge du handicap. Dans ce cadre, plusieurs textes de lois ont été modifiés et adaptés aux besoins de la population vieillissante. La prise en charge de la personne âgée repose désormais sur trois piliers :

- L'anticipation : Ce pilier prévoit le développement d'une culture de l'autonomie tout au long de la vie et a pour but de faire de la prévention l'affaire de tous. La loi encourage les mesures facilitant l'accès aux technologies nouvelles pour les personnes âgées à faibles revenu, ainsi que les programmes de prévention individuels ou collectifs. La lutte contre l'isolement, le maintien du lien social et la promotion de l'activité physique et de bonnes pratiques de nutrition font aussi partie de ce volet. La loi prévoit également de développer les politiques coordonnées de prévention au niveau local.
- L'adaptation de la société au vieillissement : Le vieillissement de la population doit être pris en compte dans toutes les politiques publiques. La politique du logement conditionne par exemple la capacité d'une personne âgée à vivre seule. La loi prévoit donc des stratégies d'adaptation de l'habitat et utilise le logement comme instrument de prévention. Le plan d'aménagement de 80 000 logements et la promotion d'habitats intermédiaires représentent des mesures clés. Les politiques urbaines doivent prendre en compte le critère de l'âge et faciliter l'accessibilité aux infrastructures et aux transports. Un autre domaine concerné est l'emploi et l'éducation. Est prévu notamment le développement des emplois de service pour répondre aux besoins des personnes âgées, ainsi que l'amélioration de l'accompagnement.
- L'amélioration de la prise en charge et l'accompagnement de la perte d'autonomie : La mesure phare de la loi est la revalorisation des plafonds de l'APA à domicile. Un autre élément central réside dans la reconnaissance du droit de répit pour les proches aidants, ainsi que dans la réforme du congé de soutien familial (voir partie 7). La loi vise par ailleurs le développement des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (voir partie 6). D'autres mesures concernent le développement de l'hébergement temporaire et de l'accueil familial (voir partie 5). Est prévu également l'amélioration de l'accès à l'information pour les personnes âgées et leurs aidants, notamment par la mise en place d'un portail internet incluant les offres de services des différents acteurs (Départements, caisses de retraites, opérateurs locaux, etc.).

Au niveau territorial, l'organisation du système est caractérisée par une cogestion entre les Agences régionales de santé (ARS) et les Départements, les premières intervenant au titre de leurs compétences sur le champ médical, tandis que les Départements sont compétents pour le volet dépendance. Ainsi, le Projet Régional de Santé, élaboré par l'ARS, suppose cohérence et articulation avec le schéma départemental en faveur des personnes âgées, élaboré par le Département.

Les ARS sont chargées en particulier de la planification de l'offre médico-sociale. Ce sont elles qui délivrent les autorisations pour l'ouverture d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou la création de services d'aide et de soins à domicile.

Les Départements mettent en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées et de leurs proches aidants. Le rôle du Département recouvre trois actions principales :

- L'attribution d'aides financières : Le Département est en particulier en charge de l'attribution de l'APA. À cette fin, il obtient des financements de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)[2].
- Les équipes médico-sociales du Département évaluent les besoins individuels des personnes ayant demandé l'APA et définissent les mesures individuelles de prise en charge dans le cadre d'un plan d'aide personnalisé.
- L'organisation de l'offre : Le Département adopte un schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale. Ce dernier définit les objectifs quantitatifs et qualitatifs du développement de l'offre de services en établissement et à domicile. À titre d'exemple, c'est le Département qui détermine, en concertation avec l'ARS, le nombre de places offertes en établissement pour personnes âgées dépendantes. Le Département est aussi en charge de la délivrance des autorisations pour les établissements non-médicalisés et les services d'aide à domicile, dont il définit le périmètre géographique d'intervention.
- La coordination de l'action gérontologique : Les Départements coordonnent l'action des structures intervenant dans le secteur de la personne âgée, et déterminent les modalités d'information et d'orientation des personnes concernées. Ils sont responsables de l'organisation des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) qui informent les usagers de leurs droits et démarches à effectuer et qui évaluent leurs besoins.

2 Loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, 2015, article 70.

Focus sur le Bas-Rhin et le Haut-Rhin

Le Département du Bas-Rhin dispose d'une équipe médico-sociale départementale pour l'évaluation de l'APA. En proximité, les Unités Territoriales d'Action Médico-Sociale assurent l'accueil, l'information et l'accompagnement des personnes âgées. Les Conseillers territoriaux Autonomie assurent l'animation et la coordination du réseau d'acteurs locaux pour adapter aux besoins les actions en territoire.

Dans le Haut-Rhin, le Service Social Gérontologique a vocation à prodiguer un accompagnement global pour les personnes retraitées. Ce service polyvalent a pour mission l'accueil, l'information, l'écoute et l'orientation dans les domaines tels que l'accès aux droits, la précarité, la vulnérabilité et la prévention de la maltraitance. Le service a une mission spécifique tournée vers le maintien à domicile et c'est notamment dans ce cadre qu'il évalue les demandes d'APA, la pertinence des aides techniques individuelles ou les demandes d'aménagement du logement. Ce service s'adresse aux retraités et aux proches.

Sur le champ de la prévention, il convient de mentionner l'existence d'une Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées dans chaque Département. Cette instance de coordination institutionnelle a pour mission de définir un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives en matière de prévention. La présidence est assurée par le Président du Conseil Départemental et la vice-présidence par le Directeur général de l'ARS.

Les communes peuvent décider de gérer directement des services d'aide à domicile et des établissements, rôle assuré par les centres communaux d'action sociale (CCAS). Les communes doivent transmettre les dossiers de demande d'aides sociales au Département. De plus, ils peuvent attribuer des aides de secours en cas de besoin.

Il convient de mentionner également le rôle de la Sécurité sociale. En France, il n'existe pas d'assurance dépendance obligatoire, comme cela est par exemple le cas en Allemagne. La Sécurité sociale englobe quatre risques : maladie, famille, vieillesse, accidents et maladies du travail. L'assurance vieillesse correspond à la retraite, et non à une Assurance dépendance. Néanmoins, la Sécurité sociale participe au financement des coûts liés aux soins médicaux. À titre illustratif, l'Assurance maladie contribue au financement du tarif soins des établissements d'hébergement (voir partie 5).

Les complémentaires santés peuvent ponctuellement aider leurs adhérents, par exemple pour payer le reste-à-charge non pris en charge par la Sécurité sociale ou un service d'aide à domicile lors d'un retour à domicile après une hospitalisation.

Il est possible de conclure une Assurance dépendance privée. Les organismes d'assurances proposent des contrats spécifiques liés à la dépendance, prévoyant le versement d'un capital ou d'une rente en cas de perte d'autonomie. Des services d'assistance, d'information et de prévention y sont intégrés. Il est possible de s'assurer pour une dépendance partielle, totale ou lourde. Les contrats peuvent être souscris à titre individuel ou collectif[3].

4. LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DE LA PERSONNE ÂGÉE DÉPENDANTE

4.1 La prise en charge financière à domicile

En ce qui concerne les personnes âgées dépendantes vivant à domicile, il faut distinguer entre :

- la prise en charge des coûts liés à la dépendance ;
- la prise en charge des coûts liés aux prestations de soins ;
- et les aides additionnelles pour personnes à faibles ressources.

La prise en charge financière de la dépendance

Les personnes remplissant les critères d'éligibilité peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), versée par le Conseil Départemental. L'APA contribue au financement des aides liées à la perte d'autonomie. Les bénéficiaires doivent résider de manière régulière en France. Ceci est également valable pour des ressortissants de l'Union européenne vivant en France.

Dans le cadre d'un maintien à domicile, le montant de l'APA est calculé en fonction du GIR, du niveau des ressources du bénéficiaire et du coût des aides prévues dans le plan d'aide établi par l'équipe médico-sociale du Département. L'attribution n'est pas directement soumise à condition de ressources, mais le bénéficiaire doit participer aux dépenses inscrites dans son plan d'aide dès que ses ressources mensuelles dépassent les 802,93 €.

Selon le GIR du bénéficiaire, les montants versés sont plafonnés comme suit (à l'état du 1er avril 2018) :

3 Fédération Française de l'Assurance, voir : https://www.ffa-assurance.fr/content/assurance-dependance?parent=74&lastChecked=126.

- GIR 1 : max. 1719,93 €/mois
- GIR 2 : max. 1381,04 €/mois
- GIR 3 : max. 997,85 € /mois
- GIR 4 : max. 665,60 €/mois[4].

Diverses dépenses inscrites dans le plan d'aide peuvent être prises en charge par l'APA :

- rémunération d'une aide à domicile,
- matériel (installation de la téléassistance…),
- articles d'hygiène,
- portage de repas,
- travaux pour l'aménagement du logement (dans certains cas),
- accueil temporaire avec ou sans hébergement
- services rendus par un accueillant familial.

L'APA est versée mensuellement à son bénéficiaire, qui peut l'utiliser pour payer un SAAD (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile) ou une aide à domicile. L'APA peut également, après l'accord du bénéficiaire, être directement versée aux services d'aide à domicile.

La prise en charge financière des prestations de soins

Les prestations de soins sont assurées par les services de soins infirmiers à domicile ou les infirmiers libéraux (voir partie 6). Elles sont financées par l'Assurance maladie.

Les aides supplémentaires pour les personnes à faible revenu

Les personnes âgées à faibles ressources peuvent bénéficier d'aides complémentaires, cumulables avec l'APA. Ces aides peuvent entre autre être versées par les caisses de retraites, la Sécurité sociale, le Conseil Départemental ou l'État. À titre illustratif, le Conseil Départemental peut accorder des aides pour une aide-ménagère ou un portage de repas à domicile aux personnes de plus de 65 ans non bénéficiaires de l'APA.

4.2 La prise en charge financière en établissement

En ce qui concerne les personnes âgées dépendantes résidant en établissement, les tarifs appliqués comprennent trois composantes auxquelles correspondent des modes de prise en charge spécifiques :

- **Tarif soins** : Le tarif soins correspond aux prestations de soins infirmiers délivrés en établissement. Les besoins individuels sont évalués à l'aide d'une grille (grille PATHOS). Pour ces prestations de soins, l'ARS définit l'enveloppe budgétaire globale qui sera ensuite versée à l'EHPAD par l'Assurance maladie.
- **Tarif dépendance** : Le tarif dépendance correspond aux prestations d'aide et de surveillance nécessaires à la réalisation des actes quotidiens. Il est fixé par le Conseil Départemental. Le tarif dépendance en EHPAD comprend une part forfaitaire appliquée à tous les résidents quel que soit leurs niveaux de dépendance, auquel vient s'ajouter une part variable liée au niveau de dépendance pour les personnes en GIR 1 à 4. La part forfaitaire est à la charge des résidents. Pour la part variable, les résidents bénéficient d'une prise en charge par le biais de l'APA, financée par les Départements. Le montant de l'APA est calculé en fonction du GIR, du montant du tarif dépendance de l'établissement et des ressources du résident. Dans le Bas-Rhin et le Haut-Rhin, l'APA est versée directement aux EHPAD.
- **Tarif hébergement** : Le tarif hébergement correspond aux prestations hôtelières. Il est fixé librement par les EHPAD. Pour les places habilitées à l'aide sociale, le tarif est fixé par le Conseil Départemental. Le tarif hébergement est à la charge des résidents. Les personnes âgées à faibles ressources peuvent bénéficier d'aides au logement versées soit par la caisse d'allocations familiales, soit par le Département.

5. L'HÉBERGEMENT EN ÉTABLISSEMENT

La loi 2002-2 « rénovant l'action sociale et médico-sociale» décrit les différents types d'établissements accueillant ou accompagnant les personnes âgées ou handicapées. On distingue :

- les établissements ou formes d'hébergement non-médicalisés, qui s'adressent aux personnes ayant conservé une certaine autonomie (partie 5.1) ;
- et les établissements médicalisés, qui s'adressent aux personnes dépendantes (partie 5.2)[5].

5.1 L'hébergement non-médicalisé

Outre la prise en charge non-médicalisée pour personnes âgées au sein d'établissement d'hébergement pour les personnes âgées (EHPA), nous allons évoquer ici d'autres formes d'hébergement hors établissement : les logements indépendants bénéficiant de prestations et les familles d'accueil.

4 Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, voir : http://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie/la-compensation-de-la-perte-dautonomie-des-personnes-agees.

5 Toutes les informations sur les établissements non-médicalisés et médicalisés se trouvent sur le portail d'information de la CNSA : pour-les-personnes-agees.gouv.fr.

Les établissements d'hébergement pour les personnes âgées (EHPA)

Un EHPA est une structure d'hébergement non-médicalisée qui s'adresse aux personnes âgées autonomes. Seuls 10 % des résidents ont une dépendance élevée (GIR 1 et 2). Chaque résident a son propre logement. Les EHPA proposent des services collectifs facultatifs, comme le portage de repas, l'animation ou les courses.

Les EHPA nécessitent une autorisation du Conseil Départemental. Les résidents financent le loyer et les charges et peuvent bénéficier d'aides au logement.

Les logements indépendants bénéficiant de prestations

Afin de continuer à vivre dans un logement indépendant, mais dans un environnement plus adapté à leurs besoins, de nombreuses personnes âgées décident de vivre dans des résidences ou des logements regroupés. Les soins et les aides sont assurés par des services à domicile (voir partie 6) :

- Les résidences-autonomie proposent des logements indépendants de taille variée et accueillent des personnes âgées autonomes (GIR 5 et 6) vivant seules ou en couple. Des espaces communs d'animation et éventuellement de restauration sont mis à disposition. Une personne âgée classée en GIR 4 peut également vivre en résidence-autonomie, mais doit faire appel à des services de soins à domicile (voir partie 6). Les résidences-autonomie sont des établissements médico-sociaux, soumis à autorisation par le Conseil Départemental. La loi définit les services minimaux que doivent proposer les résidences-autonomies, comme la restauration ou le portage de repas, la gestion administrative du quotidien ou encore les actions collectives de prévention. Les loyers sont modérés et les résidents peuvent bénéficier de l'APA et/ou d'aides au logement. Les résidences-autonomie sont majoritairement gérées par des structures publiques ou à but non lucratif.
- Les résidences-services fonctionnent globalement sur le même modèle que les résidences-autonomie. Elles sont gérées par des structures privées ou associatives. Les résidents peuvent être propriétaires de leur appartement. Les logements sont plus luxueux et plus grands. Les coûts sont portés par les résidents, une demande de l'APA est possible.
- Les habitats intergénérationnels regroupent plusieurs logements dans lesquels habitent des personnes de différentes générations. Les loyers s'adaptent aux retraites.
- Les personnes âgées peuvent également mettre à disposition de personnes plus jeunes (gratuitement) une partie de leur logement. En retour, les personnes plus jeunes assurent des prestations d'entretien. Plusieurs associations ont été créées afin de renforcer ce modèle.

L'accueil familial

Il existe également la possibilité de vivre en famille d'accueil. Les familles d'accueil doivent obtenir un agrément délivré par le Président du Conseil Départemental. Elles partagent leur vie quotidienne avec la personne âgée. La loi sur l'adaptation de la société au vieillissement vise à renforcer cette possibilité d'accueil. Les personnes concernées peuvent vivre dans la famille de manière permanente, ponctuelle, ou par période. La famille est rémunérée par l'usager, les prix sont fixés entre eux. Selon le degré de dépendance, l'APA peut intervenir pour couvrir des frais liés aux services rendus.

5.2 L'hébergement médicalisé

Il existe en France trois grands types de structures de prise en charge médicalisée :

- les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;
- les accueils de jour ;
- et les unités de soins de longue durée (USLD).

Les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Les EHPAD sont des établissements médico-sociaux qui s'adressent exclusivement aux personnes âgées dépendantes, et accueillent très majoritairement des personnes relevant des GIR 1 à 4. Ils peuvent accueillir des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson (voir encadré)[6]. Les services proposés évoluent selon le degré de dépendance physique ou psychique. La loi définit des prestations minimales que doivent assurer les EHPAD : prestations d'administration, d'accueil hôtelier, de restauration, de blanchissage et d'animation de la vie sociale. L'accompagnement des résidents est assuré par une équipe pluridisciplinaire, financée par l'ARS et supervisée par un médecin coordinateur. Ce dernier n'intervient pas directement auprès des résidents, mais il fait le lien avec les médecins traitants externes à la structure.

En 2015, on comptait 7 394 EHPAD en France[7]. 44 % des structures sont publiques, 32 % privées à but non lucratif et 24 % privées à but lucratif. Les établissements privés offrent les mêmes prestations, mais souvent à un prix

6 Portail d'accueil autonomie.

7 INSEE, voir : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569388?sommaire=2587886.

plus élevé. Les EHPAD peuvent être de taille variable. Ils accueillent généralement entre 50 et 120 résidents.

Au-delà de l'hébergement à temps complet, la plupart des EHPAD proposent également des places d'hébergement temporaire. Il peut s'agir d'un hébergement très ponctuel (par exemple quelques jours en cas d'absence du proche aidant), d'un hébergement sur une période plus longue en continue, ou d'un hébergement sur des périodes plus courts répétées régulièrement dans l'année. Les modalités d'agrément, la composition des équipes et les modalités de financement sont les mêmes que pour l'hébergement à temps complet en EHPAD.

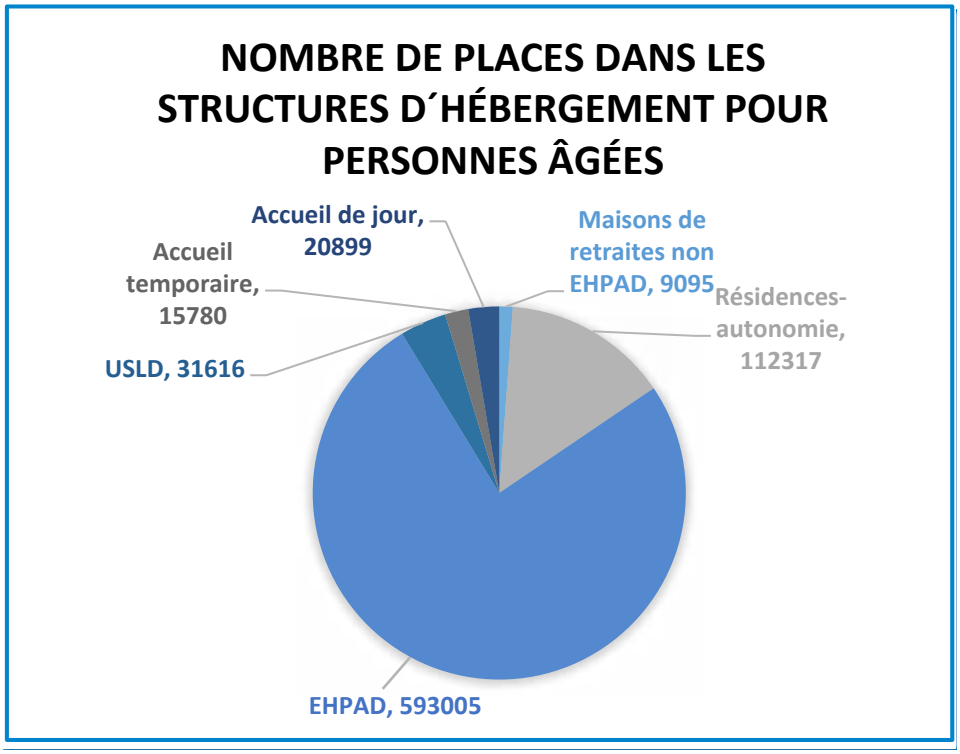
Les accueils de jour

Les accueils de jour assurent la prise en charge médico-sociale des personnes âgées présentant une dépendance psychique. Ils s'adressent en particulier aux personnes atteintes de maladies dégénératives telles que la maladie d'Alzheimer ou la maladie de Parkinson. L'agrément est délivré par l'ARS et le Conseil Départemental. Des médecins, des personnels de soins, des paramédicaux et des psychologues y sont rattachés. L'accueil de jour peut être proposé par un EHPAD, mais peut aussi être proposé dans des structures autonomes, dédiées exclusivement à l'accueil de jour. Les tarifs sont fixés par le Conseil Départemental. Les patients peuvent recourir à l'APA. Le recours à l'accueil de jour a été facilité dans le cadre de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement afin de promouvoir le droit au répit des proches aidants.

Les unités de soins de longue durée (USLD)

Les unités de soins de longue durée (USLD) sont des structures rattachées à un établissement hospitalier. On compte actuellement environ 594 structures (données 2015)[8]. Les USLD s'adressent à des personnes âgées très dépendantes, souffrant de pathologiques lourdes et nécessitant une surveillance médicale et infirmière constante. Souvent, les patients sont confinés au lit ou dans un fauteuil et ne peuvent pas accomplir d'activités quotidiennes. Les moyens médicaux mis en œuvre sont donc plus importants que dans les EHPAD. Les prestations comprennent un suivi médical continu, des prestations de soins et d'hygiène, une garde de nuit, une réhabilitation motrice et un accompagnement dans tous les actes de la vie quotidienne. Comme pour les EHPAD, les tarifs se décomposent en un tarif de soins, un tarif dépendance et un tarif hébergement. Le graphique 4 ci-dessous indique le nombre de places dans les établissements en France pour l'année 2015. Le nombre de place n'est pas identique au nombre de personnes âgées dépendantes en France. Ce graphique n'inclut pas les personnes accompagnées par un proche aidant, les personnes ayant recours aux services à domicile, ni les personnes n'ayant pas pu obtenir de place en établissement.

Graphique 4 : Nombre de places dans les structures d'hébergement pour personnes âgées



Graphique d'après les chiffres de l'INSEE, Personnes âgées dépendantes, 2017.

8 INSEE, voir : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569388?sommaire=2587886.

6. LES SOINS À DOMICILE

Selon les besoins du patient, divers types de services à domicile peuvent intervenir afin de permettre aux personnes âgées dépendantes de continuer à vivre chez elles[9] :

- Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) proposent des prestations d'aide à la personne (par exemple entretien du logement et du linge, aide aux courses et préparation des repas) et des soins de nursing (aide au lever/coucher/ à la toilette) ;
- Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) assurent les soins de nursing et des soins infirmiers (pansements, distributions de médicaments, injections...) ;
- Les services polyvalents de soins et d'aide à domicile (SPASAD) combinent les prestations d'aide à la personne, les soins de nursing et les soins infirmiers ;
- Les soins infirmiers peuvent être assurés également par des infirmiers libéraux ou des centres de santé infirmiers ;
- En cas de situation grave et complexe, une hospitalisation à domicile peut être assurée.

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)

Les prestations des SAAD englobent :

- les soins de nursing (lever, coucher, toilette, habillage, hygiène de l'élimination, aide à l'alimentation/ préparation et prise de repas) ;
- l'entretien du logement et du linge ;
- l'aide aux courses.

S'y ajoutent, selon les SAAD, des travaux de bricolage, le portage de repas à domicile ou des prestations de télé-assistance.

Les services sont soit gérés par des centres communaux d'action sociale, soit par des associations, soit par des prestataires privés. Les prestations sont délivrées par des aides à domicile et des auxiliaires de vie sociale. Selon les cas, les aides à domiciles peuvent être salariées d'un SAAD ou directement employés par la personne âgée.

Les coûts varient selon le service. Comme nous l'avons évoqué (voir partie 4), le Département prend en charge une partie des coûts pour les personnes en GIR 1 à 4 à travers l'APA. Les caisses de retraite assurent le financement pour les personnes en GIR 5 et 6. Le montant des aides dépend de l'âge des personnes et de leurs ressources.

Les SAAD nécessitent une autorisation du Conseil Départemental, qui contrôle la qualité des prestations rendues. Cette autorisation est valable pour une zone d'intervention déterminée.

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)

À la différence des SAAD, les SSIAD interviennent seulement sur prescription médicale. Ils assurent des soins de nursing ainsi que des actes infirmiers ou des soins techniques, comme la distribution des médicaments ou d'injections. De plus, ils sont responsables de la coordination avec d'autres intervenants médicaux et paramédicaux, dont les médecins, les SAAD et les kinésithérapeutes. Le personnel des SSIAD se compose d'une infirmière coordinatrice et d'une équipe d'aides-soignants.

Le public visé par les SSIAD sont des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie, ou des personnes ayant moins de 60 ans atteintes d'un handicap ou d'une maladie chronique. La personne âgée doit avoir recours à au moins 5 passages par semaine. Le nombre de personnes pouvant être suivis par un service étant limité, certains demandeurs sont d'abord inscrits en liste d'attente.

Les SSIAD doivent obtenir une autorisation de l'ARS. L'autorisation est délivrée pour un périmètre d'intervention bien précis, les SSIAD ne sont pas habilités à effectuer des soins en dehors de ce périmètre. Les SSIAD sont entièrement financés par des crédits de l'Assurance maladie, sous forme de dotations globales. L'allocation des moyens et le contrôle des financements dépendent des ARS.

Les services polyvalents de soins et d'aides à domicile

Les SPASAD sont encore en période d'expérimentation. Ils combinent prestations d'aide à la personne et prestations de soins, ce qui permet aux patients de faire recours à un seul service. Les prestations de soins assurées par les SPASAD doivent, comme pour les SSIAD, être prescrits par un médecin. Les services doivent obtenir un agrément de qualité du Conseil Départemental, qui finance le volet SAAD, et d'une autorisation de l'ARS, qui finance le volet SSIAD. Le personnel des SPASAD se compose d'une infirmière coordinatrice, d'une équipe d'aides-soignants et des professionnels de l'aide à domicile. Le financement des SPASAD est de nature hybride :

- Les prestations relevant de l'aide à domicile sont à la charge du patient, qui peut bénéficier de l'APA ou d'aides des caisses de retraite ou des complémentaires santés.

9 Toutes les informations sur les services à domicile se trouvent sur le portail d'information de la CNSA : pour-les-personnes-agees.gouv.fr.

» Les soins infirmiers sont pris en charge par l'Assurance maladie.

La loi sur l'adaptation de la société au vieillissement prévoit d'expérimenter une nouvelle forme de SPASAD, les SPASAD intégrés, qui auront la possibilité de mettre en œuvre des actions de prévention.

Les infirmiers libéraux

Il est possible de ne pas faire appel à un service, mais directement à un infirmier installé en libéral. Pour exercer en libéral, l'infirmier doit avoir au moins 24 mois d'expérience professionnelle. Les infirmiers libéraux sont inscrits à l'Ordre National des Infirmiers. Ils assurent les mêmes prestations de soins que tous les infirmiers (injections, pansements, perfusions, soins palliatifs, toilettes). Ils travaillent en relation étroite avec d'autres professionnels de santé. Les SSIAD peuvent faire appel à un infirmier libéral pour compléter leurs interventions. Dans ce cas, les SSIAD doivent financer entièrement l'infirmier libéral.

Les centres de santé infirmiers

Les infirmiers des centres de santé infirmiers interviennent sur prescription médicale ou hospitalière.

Ils réalisent les mêmes soins que les infirmiers libéraux, comme les soins d'hygiène corporelle, les injections ou les prélèvements sanguins. Les soins sont prodigués soit à domicile, soit au centre de santé. Les infirmiers travaillent en coordination avec d'autres acteurs locaux (médecins, hôpitaux, laboratoires d'analyse…). De plus, ils assurent une information continue au médecin traitant. Les coûts des actes sont pris en charge par l'Assurance maladie et la complémentaire santé.

L'hospitalisation à domicile (HAD)

En cas de situation de soin complexe qui ne peut être gérée par le secteur libéral, il peut être fait recours à l'hospitalisation à domicile (HAD). L'HAD vise une prise en charge comparable à celle proposée dans un hôpital — possibilité de soins complexes, intensifs et techniques — tout en permettant à la personne de rester sur son lieu de vie (domicile ou EHPAD). 25 % des soins réalisés concernent des soins palliatifs, 20 % des pansements complexes. Il peut s'agir également de soins post-chirurgicaux ou obstétriques. Les soins peuvent être assurés par des structures rattachées à un hôpital ou par des structures autonomes. Il existe des structures publiques et privées. Elles sont toutes considérées comme des établissements de santé, et sont certifiées par la haute autorité de santé dans les mêmes conditions que les établissements hospitaliers classiques. L'équipe d'une HAD fait intervenir un médecin hospitalier, le médecin traitant (qui assure le suivi médical) et – pour les personnes résidents en EHPAD – le médecin coordinateur. D'autres professionnels de la santé interviennent également, comme des kinésithérapeutes, des infirmiers ou encore des aides-soignants. Les coûts sont pris en charge par l'Assurance maladie.

En 2014, 309 structures d'hospitalisation à domicile autorisées étaient actives et accueillaient 106 000 personnes.

7. LES PROCHES AIDANTS

7.1 Le statut des proches aidants en France

L'article 51 de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement de 2015 définit un proche aidant d'une personne âgée comme « le conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié définis comme aidant familiaux, ou une personne résidante ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou une partie des actes ou des activités de la vie quotidienne ».

Le nombre de proches aidants correspondant à cette définition s'élève à 4,3 millions de personnes en France[10]. En 2011, 800 000 personnes accompagnaient des personnes âgées bénéficiant de l'APA. 62 % sont des femmes. Plus de la moitié des proches aidants sont les enfants de la personne concernée, un tiers sont les partenaires. 40 % des aidants exercent une activité professionnelle, ceci est le cas de 88 % des femmes[11].

Le proche aidant intervient généralement à titre non professionnel, mais il peut intervenir également à titre professionnel. Toutefois, l'APA ne finance pas la rémunération s'il s'agit du conjoint, du concubin ou du partenaire avec lequel elle a conclu un pacte civil de solidarité. Le montant de l'APA peut augmenter d'environ 500 € par an, si le proche aidant est considéré comme indispensable pour la personne âgée dépendante.

10 Dossier de presse sur la loi pour l'adaptation de la société au vieillissement, publié par le Ministère des affaires sociales et de la santé et du Secrétariat d'État en charge des personnes âgées et de l'autonomie, 2016.

11 Loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, 2015, annexes.

7.2 Les mesures de soutien adressées aux proches aidants

La loi sur l'adaptation de la société au vieillissement de 2015 prévoit des mesures soutenant les proches aidants, qui peuvent être classées en trois catégories[12] :

- La loi instaure un droit au répit pour les proches aidants, afin de leur permettre de se reposer ou de dégager du temps. Concrètement, le droit au répit prend la forme d'une aide supplémentaire accordée sous certaines conditions et qui servira à financer, dans la limite de 500 € par an, l'accueil de la personne aidée dans un accueil de jour ou de nuit, un hébergement temporaire en établissement ou en accueil familial, ou encore un relais à domicile. Par ailleurs, une aide de 990 € est mobilisable en cas d'hospitalisation du proche aidant.
- D'autres mesures prévues par la loi concernent l'accompagnement des proches aidants. La loi a établi des plateformes d'accompagnement et des guichets d'informations locales. Certaines associations ou plateformes proposent des programmes de formation pour les proches aidants. De plus, de nombreuses rencontres entre proches aidants sont organisées, par exemple par l'association française des aidants ou l'association France Alzheimer.
- Troisièmement, la loi prévoit des mesures visant à mieux concilier le rôle des proches aidants et leur vie professionnelle. Lors d'un congé de proche aidant, un salarié de droit privé peut suspendre ses activités professionnelles durant 3 mois. Le congé — non rémunéré — peut être pris à temps partiel et peut être fractionné. Les fonctionnaires peuvent bénéficier d'une disponibilité pour une durée ne pouvant excéder trois ans, ou d'un temps partiel. La disponibilité n'est pas rémunérée. Les salariés privés ainsi que les fonctionnaires ont le droit de prendre un congé de solidarité familiale pour accompagner un proche mourant. Ce congé n'est pas rémunéré, mais une allocation journalière peut être attribuée. L'allocation atteint 55,21 euros par jour pendant au maximum 21 jours dans le cas d'une suspension totale des activités, ou 27,61 euros par jour, pendant au maximum 42 jours, dans le cas d'une réduction de l'activité à mi-temps.

DeVisu – Shutterstock

12 Loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, 2015, annexes.

Tableau 1 : Sythèse des possibilités de prise en charge de personnes âgées (dépendantes)

	Caractéristiques	Financement
Accueil familial	Les familles doivent obtenir un agrément par le Président du Conseil Départemental.	Tarifs fixés par les familles et la personne âgée, APA peut couvrir des frais d'entretien selon le classement en GIR et/ou aide sociale.
Etablissement d'hébergement pour les personnes âgées (EHPA)	Etablissement non-médicalisé. Seulement 10 % des résidents en GIR 1 et 2.	Les résidents prennent en charge les frais d'hébergement.
Etablissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)	Etablissement médico-social. Contrat tripartite avec le Conseil Départemental et l'ARS.	Tarif d'hébergement : résident (peut bénéficier d'aides sociales) Tarif dépendance : APA selon GIR (seulement 1-4) + ticket modérateur Tarif soin : fixé par l'ARS, remboursé par l'Assurance maladie.
Unités de soins de longue durée (USLD)	Etablissement médico-social. Contrat tripartite avec le Conseil Département et l'ARS. Moyens médicaux plus important qu'en EHPAD.	Voir EHPAD.
Hébergement temporaire en EHPAD	Favorise le droit au répit des proches aidants, hébergement en cas de situation de crise .	Voir EHPAD.
Accueil de jour	S'adresse en particulier à des personnes présentant une dépendance psychique.	Voir EHPAD.
Centres de jour	Objectif : intégration sociale.	Communes.
Service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)	Aide à l'entretien de l'environnement et aide à la personne dans les actes de la vie quotidienne.	Financement par le Conseil Départemental (APA) pour les personnes en GIR 1-4, financement par les caisses de retraites pour les personnes en GIR 5 et 6.
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	Soins de nursing et soins infirmiers.	ARS finance les dotations en soins, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie rembourse les frais pour les soins reçus.
Services de soins et d'aide à domicile (SPASAD)	Combine les soins infirmiers et les aides à la personne.	L'Assurance maladie prend en charge les frais liés aux soins infirmiers, les prestations d'aides à la personne sont prises en charge par les patients, pouvant bénéficier de l'APA.
Infirmier libéral	Assure des prestations de soins, travaille avec d'autres professionnels de santé.	Remboursement par l'Assurance maladie, financement par les SSIAD s'il intervient en complément.
Centres de santé infirmiers	Les infirmiers réalisent les même soins que les infirmiers libéraux, au sein du centre ou à domicile.	Remboursement par l'Assurance maladie et la complémentaire santé.
Hospitalisation à domicile	Situation de soins complexe et intensif, secteur libéral ne peut pas gérer cette situation.	Remboursement par l'Assurance maladie.
Résidences-autonomie	Logements indépendants, adaptés aux besoins des personnes âgées.	Les résidents prennent en charge le loyer, les charges et les prestations obligatoires et facultatifs. Droit aux aides au logement, APA, aides sociales.
Résidences-service	Résidence plus luxurieuse que les résidences-autonomie.	Les résidents prennent en charge le loyer, les charges et les prestations obligatoires et facultatifs. Droit aux aides au logement, APA.
Logements regroupés	Habitats intergénérationnels, Habitats regroupés.	Les résidents prennent en charge le loyer, les charges et les prestations. Droit aux aides au logement et à l'APA.

8. SOURCES/LITTÉRATURE

TEXTES DE LOI

- Code civil
- Code de l'action sociale et des familles
- Code de la Sécurité sociale
- Loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (2015)

ETUDES/DOSSIERS

- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : Chiffres clés de l'autonomie, 2016 et 2017.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statiques, Institut national de la statique et des études économiques : Projection des populations âgées dépendantes – Deux méthodes d'estimation, Dossiers solidarité et santé N. 43, 2013.
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques : 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011, Etudes et résultats N. 899, 2014.
- Dossier de presse sur la loi pour l'adaptation de la société au vieillissement, publié par le Ministère des affaires sociales et de la santé et du Secrétariat d'État en charge des personnes âgées et de l'autonomie, 2016.

SITE INTERNET

- Page officielle de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- Page officielle de la Fédération française de l'assurance
- Page officielle du Ministère des Solidarités et de la Santé
- Page officielle de l'administration française
- Portail d'information de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie : pour-les-personnes-agees.gouv.fr

Conception et développement :

- Anne Dussap (TRISAN),
- Lydia Kassa (TRISAN),
- Eddie Pradier (TRISAN),
- Emilie Schleich (TRISAN).

Rédaction :

- Lydia Kassa (TRISAN).

Relectures d'experts :

- Carla Aichele, Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg,
- Joachim Kubitza, Pflegestützpunkt Kehl,
- Christian Manitz, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz,
- Dr. Andreas Marg, Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg.

Traduction :

- Flore Scetbon.

Mise en page :

- Print Europe – Céline Agaësse.

TRISAN est le centre de compétences trinational pour favoriser la coopération transfrontalière dans le champ de la santé dans le Rhin supérieur. Le centre de compétences a été créé dans le cadre d'un projet initié par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur et cofinancé par le programme INTERREG V Rhin supérieur. Il est porté par l'Euro-Institut, institut spécialisé dans la formation, l'accompagnement de projet et le conseil sur les questions transfrontalières.
Sont également partenaires du projet : l'ARS Grand Est, le Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, le Regierungspräsidium de Karlsruhe, le Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, le département de santé Bâle-Ville, les cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et Argovie ainsi que la confédération helvétique.

TRISAN / Rehfusplatz 11, D – 77 694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 34

Photographee.eu – Shutterstock

La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne

1. LA NOTION DE DÉPENDANCE

Selon le Livre XI du Code de la Sécurité sociale (*Sozialgesetzbuch XI*) portant sur l'assurance dépendance, une personne est considérée comme dépendante lorsqu'elle présente des pertes d'autonomie ou une altération de ses facultés liées à son état de santé, et a besoin d'être aidée. Les troubles de l'autonomie peuvent être de nature physique, cognitive ou psychique. La personne n'est pas en mesure de faire face de manière autonome aux charges supplémentaires liées à son état de santé. Pour être reconnue comme personne dépendante, la situation de dépendance doit durer au moins six mois[1]. Outre les limitations physiques, la définition prend également en compte la capacité de participation sociale et sociétale et inclut par exemple les personnes atteintes de démence[2]. À la différence de la France, il n'y a pas de critère d'âge. Par conséquent, des personnes jeunes souffrant d'un handicap entrent également dans la définition.

La perte d'autonomie ou l'altération des facultés est évaluée dans six domaines de la vie quotidienne :

- Mobilité,
- Facultés cognitives et aptitudes communicationnelles,
- Comportement et facultés psychiques,
- Soins corporels (hygiène corporelle, s'habiller, manger, boire, utiliser des toilettes…),
- Gestion autonome des charges liées à l'état de santé ou à la thérapie,
- Organisation de la vie quotidienne et liens sociaux.

Les personnes sont réparties en cinq groupes, appelés *Pflegegrade*, en fonction de leur degré de dépendance. Les caisses d'assurance dépendance mandatent le service médical de la caisse d'assurance maladie à laquelle elles sont rattachées ou d'autres experts indépendants pour déterminer le *Pflegegrad*.

- *Pflegegrad 1* : Faible perte d'autonomie ou altération des facultés
- *Pflegegrad 2* : Sérieuse perte d'autonomie ou altération des facultés
- *Pflegegrad 3* : Importante perte d'autonomie ou altération des facultés
- *Pflegegrad 4* : Grave perte d'autonomie ou altération des facultés
- *Pflegegrad 5* : Grave perte d'autonomie ou altération des facultés et nécessité d'une prise en charge particulière

Cette nomenclature ne spécifie pas les causes de la perte d'autonomie ou de l'altération des facultés. Par conséquent, elle prend en compte tant les diminutions des facultés physiques ou cognitives que psychiques. Le niveau des prestations (cf. points 6.2 et 8.2) dépend du *Pflegegrad*.

2. LA DÉPENDANCE EN ALLEMAGNE – FAITS ET CHIFFRES

Les statistiques sur le nombre de personnes dépendantes en Allemagne sont basées sur le nombre de personnes qui sont prises en charge par les structures médico-sociales (établissements d'hébergement ou services d'aide et de soins à domicile), ainsi que sur le nombre de personnes qui sont soignées par des proches et bénéficient à ce titre d'une prestation de soin en espèce, le *Pflegegeld*. Selon cette définition, près de 2,9 millions de personnes étaient dépendantes en Allemagne en 2015[3]. Cela représente presque 4 % de l'ensemble de la population. 64 % des personnes dépendantes étaient des femmes. Ces chiffres englobent toutes les personnes dépendantes quel que soit leur âge. Les personnes handicapées sont donc prises en compte dans ces chiffres.

Le graphique 1 (à droite) représente la répartition des personnes dépendantes en fonction du type de prise en charge. Environ deux tiers des personnes reconnues comme dépendantes sont prises en charge à domicile, tandis qu'un tiers est pris en charge en établissement. Il ressort en particulier que près de la moitié des personnes dépendantes vivant à domicile sont soignées uniquement par des proches.

Le nombre de personnes dépendantes en Allemagne devrait probablement augmenter dans les décennies à venir en raison du vieillissement démographique. Comme l'illustre la figure 2, il devrait y avoir plus de 4,6 millions de personnes dépendantes en 2060.

Le graphique illustre également la forte hausse du nombre de personnes dépendantes dans les classes d'âge les plus élevées. La part des personnes dépendantes de plus de 80 ans va sensiblement augmenter et plus que doubler d'ici 2060, en passant de 5 % à 12 % de la population[4]. Ce phénomène s'explique par l'espérance de vie croissante, par les taux de naissance en baisse et le baby-boom des années 1960.

1 Livre XI du Code de la Sécurité sociale, article 14.

2 Landes-Qualitäts-Bericht Gesundheit Baden-Württemberg – Spezialheft ambulante und stationäre Pflege.

3 Statistisches Bundesamt, in : https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_017_224.html.

4 Bundesministerium für Gesundheit, in : https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/frueherkennung-vorsorge/aeltere-menschen.html.

Graphique 1 : Personnes dépendantes en Allemagne en fonction du type de soins, 2015

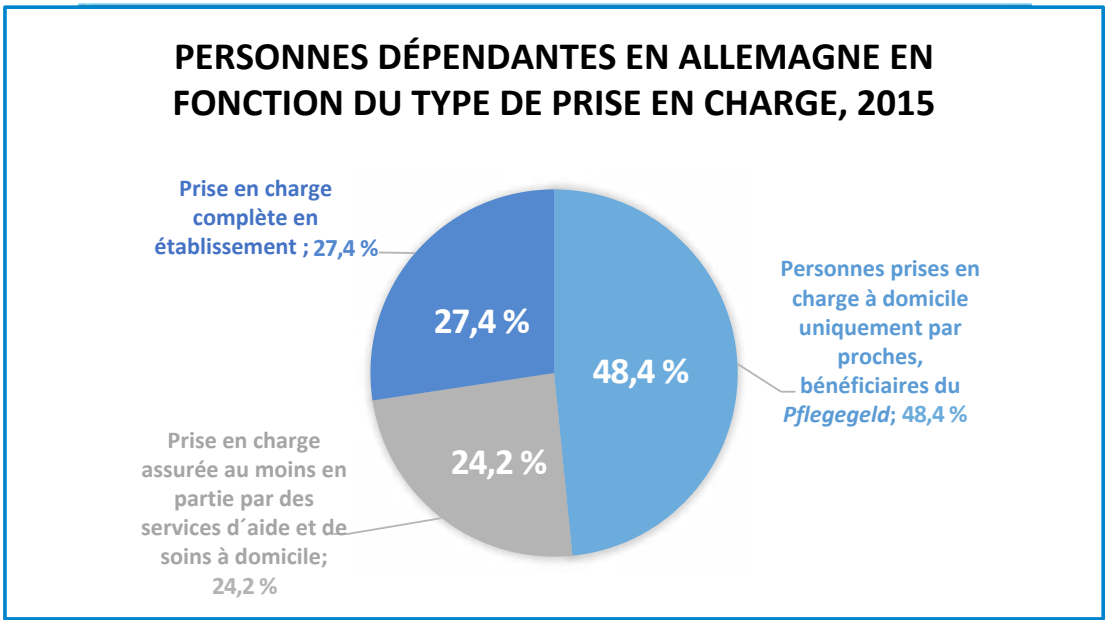


Diagramme réalisé selon les données de l'Office fédéral de la Statistique (*Statistisches Bundesamt*), 2015. .

Graphique 2 : Nombre de personnes dépendantes en fonction des groupes d'âge

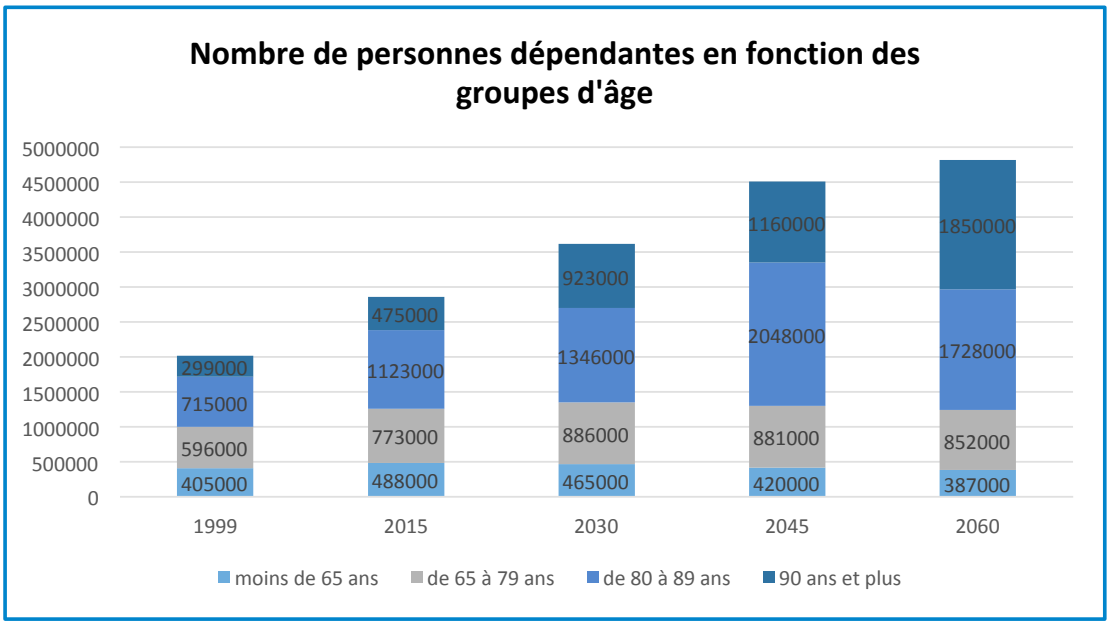


Diagramme réalisé selon les données de l'Office fédéral de la Statistique (*Statistisches Bundesamt*), 2015.

3. L'ASSURANCE DÉPENDANCE EN ALLEMAGNE

3.1 L'assurance dépendance et le système allemand de sécurité sociale

En Allemagne, il faut distinguer l'assurance dépendance relevant de la Sécurité sociale (*soziale Pflegeversicherung*) de l'assurance dépendance privée (*private Pflegeversicherung*), qui s'adresse aux patients relevant de l'assurance maladie privée. Cette dernière ne concernant qu'une faible part de la population, ce cahier thématique se concentrera sur l'assurance sociale dépendance.

Le système allemand de sécurité sociale comporte cinq branches :

- Assurance maladie,
- Assurance accidents,
- Assurance retraite,
- Assurance chômage,
- Assurance dépendance.

L'assurance dépendance a été instaurée en 1995 par la loi sur l'assurance dépendance (*Pflege-Versicherungsgesetz*). Dès sa création, elle est intégrée dans le système de sécurité sociale allemand en tant qu'onzième livre du Code de la Sécurité sociale (*Sozialgesetzbuch XI*). En vertu du Code de la Sécurité sociale, il est obligatoire de souscrire une assurance dépendance. Comme mentionné dans le point 1, les prestations de l'assurance dépendance sont assurées en fonction du degré de dépendance. Les coûts ne sont pris en charge que dans la limite d'un certain plafond. Les frais non pris en charge par l'assurance dépendance sont financés par la personne dépendante ou par les proches ayant une obligation d'entretien et peuvent donner lieu à l'obtention d'aides sociales.

L'assurance dépendance est principalement financée par des cotisations sociales prélevées sur les salaries et les retraites. La responsabilité de l'assurance dépendance revient aux caisses d'assurance dépendance (*Pflegekassen*), lesquelles sont rattachées aux caisses d'assurance maladie (*Krankenkassen*). Par conséquent, il existe autant de caisses d'assurance dépendance que de caisses d'assurance maladie, soit 113 à l'échelle nationale en 2017.

À l'échelle fédérale, le montant de la cotisation de l'assurance dépendance s'élève à 2,55 % des recettes assujetties à la cotisation (état en juillet 2017)[5]. Pour les personnes sans enfant, une augmentation de 0,25 % du taux s'applique à partir de 23 ans révolus. Sous certaines conditions, les membres de la famille ainsi que les compagnons sont inclus sans frais dans le contrat d'assurance.

3.2 La réforme du système de prise en charge de la dépendance

Votée en 2012, la *Pflege-Neuausrichtungsgesetz* (Loi sur les nouvelles orientations en matière de prise en charge de la perte d'autonomie) a mis en place de nouvelles prestations, plus de fonds pour les personnes atteintes de démence et des subventions pour la création de résidences partagées. En raison du nombre croissant de personnes dépendantes, une nouvelle réforme a été introduite à partir de 2015 dans le cadre des *Pflegestärkungsgesetze* (lois sur le renforcement de la prise en charge de la dépendance pour faire évoluer encore le système de prise en charge).

- La première *Pflegestärkungsgesetz* est entrée en vigueur le 1er janvier 2015. Cette loi prévoit une hausse des prestations monétaires, le renforcement de l'offre d'hébergement partiel et le financement de plus de personnels pour l'hébergement permanent. Ces mesures sont financées par une augmentation de 0,2 % des cotisations de l'assurance dépendance. De plus, un fonds de prévoyance de la dépendance a été mis en place afin d'amortir les hausses des taux de cotisation à l'avenir. Chaque année, une part de 0,1 % des cotisations à l'assurance dépendance est placée dans le fonds.
- La deuxième *Pflegestärkungsgesetz* est en grande partie entrée en vigueur au 1er janvier 2017. Cette loi redéfinit la notion de dépendance et développe un nouvel instrument d'évaluation. La classification en trois niveaux de dépendance (*Pflegestufen*) est remplacée par une classification en cinq degrés de dépendance (*Pflegegrade*, cf. point 1). L'objectif était de garantir un égal accès à la prise en charge pour toutes les personnes dépendantes, indépendamment des raisons ou causes de leur perte d'autonomie ou altération des facultés psychiques. Les personnes atteintes de démence peuvent désormais bénéficier d'un classement plus élevé dans la nomenclature. Le financement s'effectue par une augmentation de 0,2 % des cotisations de l'assurance dépendance.
- Le 1er janvier 2017 est également entrée en vigueur la troisième *Pflegestärkungsgesetz*. La loi est davantage axée sur le renforcement des structures de conseil, de coopération et de mise en réseau, et moins sur les prestations. Elle prévoit entre autres l'amélioration des conseils en matière de prise en charge de la dépendance pour les personnes dépendantes et leurs proches ainsi que le développement de la coopération des acteurs au niveau communal.

4. LES ACTEURS IMPLIQUÉS

Le Livre XI du Code de la Sécurité sociale (article 8) définit la prise en charge de la dépendance comme une mission concernant l'ensemble de la société, et détermine la responsabilité commune des différents acteurs.

4.1 Répartition des compétences entre *Bund*, *Länder* et communes

Au niveau fédéral, l'assurance dépendance relève de la compétence du Ministère fédéral de la Santé. Les éléments liés au droit du travail relatif aux personnels de soins quant à eux sont du ressort du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales. Le Ministère fédéral de la Famille, des Seniors, des Femmes et de la Jeunesse joue un rôle central dans les politiques publiques visant les seniors et les formations aux métiers des soins.

En vertu de l'article 9 du Livre XI du Code de la Sécurité sociale, les *Länder* sont responsables de la mise en place d'une offre de prise en charge de la dépendance qui soit efficace, rentable et qui couvre les besoins. Ainsi, chaque

5 Livre XI du Code de la Sécurité sociale, article 55.

Land met en place sa propre législation en matière d'offres de prise en charge de la dépendance et fixe donc le cadre juridique. La compétence en incombe aux ministères des *Länder* en charge de la santé. Dans le Bade-Wurtemberg, il s'agit du Ministère des Affaires sociales et de l'Intégration, en Rhénanie-Palatinat du Ministère des Affaires sociales, du Travail, de la Santé et de la Démographie. Les *Länder* ont ainsi leur propre législation concernant les établissements d'hébergment et autres formes d'habitat pour personnes dépendantes et peuvent financer des initiatives dans ce domaine. Pour le Bade-Wurtemberg, le texte de référence est la *Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz* (loi sur le logement, la participation et la prise en charge de la dépendance) de 2014. La loi promeut de nouvelles formes de logement et de prise en charge telles que les logements partagés pour les personnes ayant besoin d'être aidées (*ambulant betreute Wohngemeinschaften*, voir partie 7). En Rhénanie-Palatinat, les textes de référence sont la loi du *Land* sur les formes de logement et la participation (2009) ainsi que le réglement d'application de cette loi.

Une liste recensant toutes les lois des *Länder* concernant les établissements d'hébergement pour personnes âgées est disponible sur le site Internet de la *Bundesinteressenvertretung für alte pflegebetroffene Menschen* (*BIVA*, Représentation fédérale des intérêts des personnes âgées dépendantes): https ://www.biva.de/gesetze/laender-heimgesetze/.

Dans chaque *Land* a été mis en place une Commission sur la dépendance (*Landespflegeauschuss*)[6] qui est consultée par les *Länder* sur les questions liées à l'assurance dépendance. Chaque année, les *Länder* doivent rendre compte au Ministère fédéral de la Santé, sur la nature et le volume des soutiens financiers apportés aux établissements médico-sociaux ainsi que sur les coûts moyens d'investissement dédiés aux personnes dépendantes.

En 2015, un groupe de travail conjoint du *Bund* et des *Länder* a publié des recommandations pour le renforcement du rôle des communes dans la prise en charge de la dépendance. Le groupe de travail était composé de représentants du Ministère fédéral de la Santé et du Ministère fédéral du Travail et des Affaires sociales, ainsi que de onze ministères des *Länder* en charge de la Santé et de trois fédérations communales. Les mesures proposées visaient à assurer le maintien à domicile des personnes dépendantes le plus longtemps possible. Elles ont été mises en œuvre dans le cadre de la troisième *Pflegestärkungsgesetz*.

Préalablement à la publication de ces recommandations, la loi sur le développement de la prise en charge de la dépendance (*Pflege-Weiterentwicklungsgesetz*) de 2009 avait institué les *Pflegestützpunkte* (Points d'information sur la prise en charge de la dépendance). Les *Pflegestützpunkte* sont mis en place par les caisses d'assurance dépendance et les caisses d'assurance maladie pour le conseil, l'accompagnement et la prise en charge de la population à proximité du domicile. Il existe également des offres de conseil destinées aux assurés privés, assurées par *COMPASS*. Les caisses d'assurance dépendance, les caisses d'assurance maladie et les services sociaux restent seuls compétents pour les décisions individuelles d'éligilité aux prestations.

Par ailleurs, dans certains *Länder,* les *kreisfreie Städte* et *Landkreise* (le niveau communal) ont recu pour mandat de mettre en place des *Pflegekonferenzen* (Conférences sur la prise en charge de la dépendance). Ces dernières visent à coordonner, à l'échelle des territoires, l'action des différents acteurs du secteur (*Pflegestützpunkte*, structures médico-sociales, collectivités, caisses d'assurance dépendance, etc.), à l'échelle d'un territoire. Elles favorisent la mise en place de réseaux et l'engagement civique.

4.2 Les caisses d'assurance dépendance

Comme mentionné précédemment, les caisses d'assurance dépendance jouent un rôle central. En effet, en tant que responsables de la branche dépendance de la Sécurité sociale (*Trägerschaft der sozialen Pflegeversicherung*), elles ont pour mission de garantir aux assurés une prise en charge de la dépendance adaptée aux besoins, équitable et en conformité avec l'état actuel des connaissances scientifiques en matière médicale et de prise en charge de la dépendance (*Sicherstellungsauftrag*).

Les caisses d'assurance dépendance concluent des accords avec les structures médico-sociales et ne financent la prise en charge à domicile ou en établissement que pour les structures avec lesquelles elles ont conclu un accord. Le contrat définit au global la nature, le contenu et le volume des prestations que doit fournir l'établissement. Afin de garantir la qualité des prestations, les caisses d'assurance dépendance font réaliser des contrôles de qualité des services de soins à domicile et des établissements de soins.

6 Certains *Länder* ont plusieurs Commissions avec une compétence régionale.

Halfpoint – Shutterstock

Au niveau fédéral, la coordination entre les caisses d'assurance dépendance est assurée dans le cadre du *Spitzenverband Bund der Pflegekassen* (Confédération des caisses de l'assurance dépendance), dont les missions sont exercées de fait par le *Spitzenverband Bund der Krankenkassen* (*GKV-Spitzenverband*, Confédération des caisses de l'assurance maladie). La confédération adopte notamment des directives visant à garantir un traitement équitable des assurés dans la cadre de l'évaluation des situations individuelles et une mise en œuvre cohérente des actions de conseil aux assurés ou portant sur le contrôle de qualité des structures médico-sociales. La Confédération adopte également des directives sur la qualification des personnels des structures d'hébergement permanent. Elle finance des projets pilotes visant au développement continu de l'assurance dépendance.

4.3 Le comité en charge de la qualité

L'article 113b du Livre VI du Code de la Sécurité sociale prévoit la mise en place d'un Comité en charge de la qualité (*Qualitätsausschuss*), composé à parts égales de représentants des structures médico-sociales et des représentants des financeurs. Le Comité est chargé du développement d'instruments visant à contôler les établissements d'hébergement et la qualité des prestations des services d'aide et de soins à domicile. Par ailleurs, il développe un modèle visant à garantir la qualité dans les nouvelles formes d'habitat adapté. Le comité évalue les méthodes de mesure de la qualité et adresse des recommandations à la Confédération des caisses d'assurance dépendance en vue d'ajuster ces méthodes à l'état actuel des connaissances scientifiques[7].

5. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DÉPENDANTES EN ÉTABLISSEMENT

En Allemagne, une distinction est établie entre les établissements médico-sociaux, *Pflegeheime* (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et *Altersheime* (établissement pour personnes âgées). Dans ce cahier thématique, nous nous référerons systématiquement aux *Pflegeheime*.

5.1 Les différents types de prise en charge

En Allemagne, les établissements d'hébergement/accueil pour personnes dépendantes sont appelés « *Pflegeheime* » ou « *stationiäre Pflegeeinrichtungen* ». Ils sont définis dans le Livre XI du Code de la Sécurité sociale comme des structures gérées de manière autonome, dans laquelle une personne dépendante est soignée sous la responsabilité permanente du personnel soignant qualifié, dans le

7 Livre XI du Code de la Sécurité sociale, article 113b.

cadre d'un hébergement partiel ou complet. Il doit s'agir d'infirmiers, d'infirmiers pédiatriques ou d'infirmiers spécialisés en gériatrie (*Altenpfleger*).

Les *Pflegeheime* peuvent être des structures publiques, privées à but lucratif ou privé à but non lucratif[8]. En 2015, 53 % des *Pflegeheime* avaient le statut d'organisme privé à but non lucratif, représentant 55 % des 928 939 places disponibles. 42 % étaient des structures privées, et seuls 5 % étaient des structures publiques.

On distingue trois grands types d'offres de prise en charge en établissement :

- l'hébergement permanent (*Dauerpflege ou vollstationäre Pflege*),
- l'hébergement temporaire (*Kurzzeitpflege*),
- l'acceuil à temps partiel (*teilstationäre Pflege*).

Les offres d'hébergement temporaire et d'accueil à temps partiel contribuent à soulager les proches aidants ou à leur permettre de concilier l'aide qu'ils apportent à leur proche et une activité professionnelle. Il est également possible d'avoir recours à ce type d'offres en situation d'urgence ou de crise. L'objectif est de garantir le maintien à domicile des personnes dépendantes le plus longtemps possible.

Hébergement permanent

Pour les personnes qui ne sont plus en mesure de vivre seules, l'hébergement permanent en établissement permet d'assurer une prise en charge durable et continue (jour et nuit). Cette prise en charge comprend des prestations médicales, sociales et ménagères.

Hébergement temporaire

Dans le cadre de l'hébergement temporaire, les personnes concernées sont accueillies pour quelques jours ou semaines dans l'établissement. Cette possibilité est envisagée lorsque l'accueil de jour ou de nuit ne suffit pas. L'accueil temporaire peut également constituer une période de transition après un séjour à l'hôpital et ainsi servir de soins de suite. L'accueil temporaire permet également de protéger les proches aidants d'un surmenage en situation de crise.

Accueil à temps partiel (accueil de jour / accueil de nuit)

Lorsque la prise en charge à domicile ne peut être assurée dans une mesure suffisante, il est possible de recourir à l'accueil de jour ou de nuit. Pour l'accueil de jour, la personne concernée rentre à son domicile le soir venu. Cette option est particulièrement adaptée aux patients atteints de démence. L'accueil de nuit correspond à une prise une charge seulement la nuit.

En 2015, près des deux tiers des 13 596 établissements d'hébergement et/ou d'accueil pour personnes dépendantes à l'échelle fédérale ne proposaient que l'hébergement permanent. Le tableau suivant renseigne sur l'offres de prise en charge en établissement en Allemagne.

Sur l'ensemble des 857 302 personnes dépendantes prises en charge en établissement en 2015 (pour mémoire : ces chiffres se rapportent aux personnes dépendantes de tous les groupes d'âge, y compris les jeunes personnes porteuses d'un handicap), 759 204 ont bénéficié d'un hébergement permanent, 24 212 d'un hébergement temporaire, 73 844 d'un accueil de jour et seulement 42 personnes d'un accueil de nuit.

Tableau 1 : Nombre d'établissements d'hébergement/accueil, par type d'offres, 2015.

Nature de l'offre	Nombre
Total	13 596
Établissements proposant un seul type d'offres Hébergement permanent uniquement Hébergement temporaire uniquement Accueil de jour uniquement Accueil de nuit uniquement	 8 617 146 2 244 -
Établissements proposant plusieurs types d'offres Hébergement permanent et hébergement temporaire Hébergement permanent et accueil à temps partiel (accueil de jour et/ou de nuit) Hébergement temporaire et accueil à temps partiel (accueil de jour/ou de nuit) Accueil de jour et accueil de nuit	 1 093 1 051 32 10
Établissements proposant tous les types d'offres	403

Tableau réalisé selon les données du *Statistisches Bundesamt*, 2015.

8 Statistisches Bundesamt : Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Pflegeheime, publié en 2015.

Graphique 3 : Durée du séjour en *Pflegeheim* de 2007 à 2014, en mois.

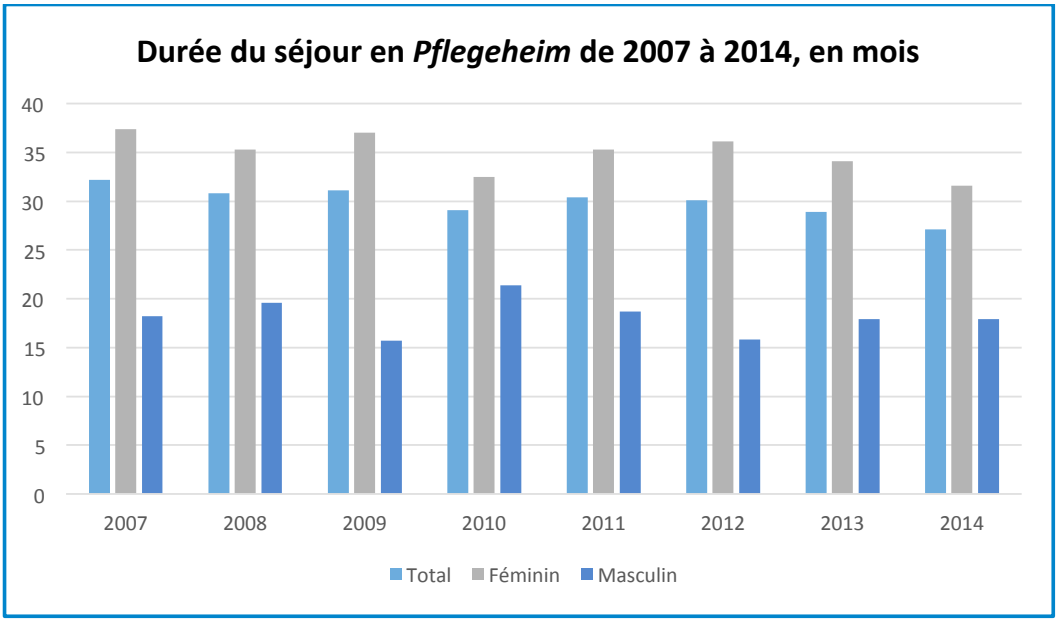


Diagramme réalisé selon les données de l'Alters-Instituts, dans : *Die Verweildauern sinken. Statistische Analysen zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauer in stationären Einrichtungen*, 2015

En 2014, la durée du séjour dans les *Pflegeheime* allemands en hébergement permanent s'élevait à 27,1 mois en moyenne, en diminution par rapport à 2007 (32 mois)[9]. On constate également un écart en fonction du genre (voir graphique 3).

5.2 Financement

On peut distinguer trois types de coûts dans les *Pflegeheime* :

- Coûts d'hébergement et d'alimentation,
- Coûts de la prise en charge médico-sociale,
- Coûts d'investissement.

Coût d'hébergement et d'alimentation

En principe, le logement et l'alimentation sont à la charge du patient, et sont donc financés soit par la personne dépendante, soit par les proches qui en ont la charge. En cas de difficultés financières, il est possible d'obtenir des aides sociales.

Coûts de la prise en charge médico-sociale

Le tarif des prestations relatives à la prise en charge médico-sociale est appelé « *Pflegesatz* ». Il couvre à la fois les prestations de prise en charge de la dépendance, les soins médicaux (par exemple la distribution de médicaments, voir point 6.1) et l'accompagnement social.

Le tarif varie en fonction du degré de dépendance (*Pflegegrad*). Le montant des *Pflegesätze*, ainsi que la durée pour laquelle ils s'appliquent font l'objet d'une convention entre les structures portant les *Pflegeheime* (*Träger der Pflegeheime*) et les financeurs. Les tarifs doivent être proportionnels aux prestations délivrées et calculés de façon homogène pour tous les résidents. Sous certaines conditions, les établissements peuvent proposer des prestations supplémentaires ou de confort, qui sont alors à la charge du résident.

Dans le cadre de l'hébergement permanent, les caisses d'assurance dépendance prennent en charge les coûts des prestations médico-sociales de manière forfaitaire à hauteur de :

- 770 euros par mois pour les personnes dépendantes relevant du *Pflegegrad 2*,
- 1 262 euros par mois pour les personnes dépendantes relevant du *Pflegegrad 3*,
- 1 775 euros par mois pour les personnes dépendantes relevant du *Pflegegrad 4*,
- 2 005 euros par mois pour les personnes dépendantes relevent du *Pflegegrad 5*[10].

Le reste à charge pour le patient pour les prestations médico-sociales ne varie pas selon le degré de dépendance. Les personnes dépendantes relevant du *Pflegegrad* 1 reçoivent une allocation mensuelle de 125 euros.

9 Alters-Institut : Die Verweildauern sinken. Statistische Analysen zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauer in stationären Einrichtungen, Zusammenfassender Forschungsbericht, publié en 2015.

10 Livre XI du Code de la Sécurité sociale, article 43.

Photographee.eu – Shutterstock

Dans le cadre d'un accueil de jour ou de nuit, les caisses d'assurance dépendance prennent en charge les prestations médico-sociales dans la limite des montants suivants :

- Maximum 689 euros par mois pour les personnes dépendantes relevant du *Pflegegrad 2*,
- Maximum 1 298 euros par mois pour les personnes dépendantes relevant du *Pflegegrad 3*,
- Maximum 1 612 euros par mois pour les personnes dépendantes relevant du *Pflegegrad 4*,
- Maximum 1 995 euros par mois pour les personnes dépendantes relevant du *Pflegegrad 5*[11].

Pour l'hébergement temporaire, les caisses d'assurance dépendance prennent en charge jusqu'à 1612 euros par an, indépendamment du *Pflegegrad*, pour les personnes relevant du *Pflegegrad* de 2 à 5. Les personnes non reconnues comme dépendantes ou relevant du *Pflegegrad 1* pour lesquelles les prestations de la *häusliche Krankenpflege* – prestations effectuées à domicile en cas de maladie ou suite à une hospitalisation - ne suffisent pas peuvent également recourir à l'hébergement temporaire, dans le cadre non pas de l'assurance dépendance mais dans le cadre de l'assurance maladie (article 39c du Code de la Sécurité sociale V).

Coûts d'investissement

Selon l'article 82 du Livre XI du Code de la Sécurité sociale, on entend par coûts d'investissement les dépenses concernant la construction ou rénovation des bâtiments, l'achat de biens d'équipement, l'achat de terrains et le paiement de loyers ou de baux. Ces coûts d'investissement peuvent être financés par des fonds publics du Land ou de la commune. Les coûts d'investissement non financés par les fonds publics sont pris en charge par les résidents ou leurs proches soumis à l'obligation d'entretien, avec possibilité d'obtenir des aides sociales.

11 Livre XI du Code de la Sécurité sociale, article 41.

6. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DÉPENDANTES PAR LES SERVICES À DOMICILE

Afin de pouvoir continuer à vivre à leur domicile alors qu'un besoin d'aide et de soins est apparu, les personnes âgées recourent souvent à des services à domicile. Les prestataires interviennent dans les logements privés ou dans des résidences partagées et proposent une aide ménagère, des soins corporels et des soins infirmiers. On peut identifier les structures de prise en charge suivantes :

- *ambulante Serviceleistungen* (services d'aide à domicile)
- *ambulante Pflegedienste* (services d'aide et de soins à domicile)

Par ailleurs, les personnes âgées peuvent bénéficier d'offres de soutien au quotidien (*Unterstützungangebote im Alltag*), qui sont généralement assurées par des bénévoles. Ces offres seront présentées de manière plus détaillée au point 8.3.

6.1 Les services à domicile

Si la personne n'a pas besoin de soins mais qu'un soutien est nécessaire pour des actes de la vie quotidienne, il est possible de faire appel à des services d'aide à domicile (*ambulante Serviceleistungen*). Il existe notamment les possibilités suivantes :

- Aide aux courses : certains prestataires proposent ce service.
- Livraison de repas : la plupart des associations caritatives proposent cette prestation. Les repas sont livrés directement au domicile.
- Aide ménagère : des agences spécialisées proposent les services de personnels pour l'entretien du logement et le blanchissage du linge. Les travaux de

réparation ou de jardinage sont généralement inclus et sont proposés par des services de conciergerie[12].

Si des soins sont nécessaires, il est possible de recourir à des services d'aide et de soins à domicile (*ambulante Pflegedienste*). Les services sont assurés sous la responsabilité permanente d'une personne qualifiée disposant d'expérience et ayant suivi des formations continues. Les prestations suivantes sont proposées :

- Soins infirmiers (*medizinische Behandlungspflege*), tels que la délivrance de médicaments,
- Soins corporels (*körperbezogene Pflegemaßnahmen*),
- Activités ménagères (*hauswirtschaftliche Tätigkeiten*),
- Accompagnement de la dépendance (*pflegerische Betreuung*),
- Conseil pour les personnes prises en charge par un proche aidant (*regelmäßige Beratungsbesuche bei Bezug von Pflegegeld*).

Définitions

Les soins infirmiers comprennent des prestations médicales, telles que la délivrance de médicaments, le changement de pansements ou des injections. Les soins corporels incluent essentiellement des soins liés à l'hygiène corporelle, à l'alimentation ou à la mobilité. Les activités ménagères comprennent des tâches quotidiennes telles que les courses, la cuisine ou le ménage. L'accompagnement de la dépendance correspond à la réalisation et l'accompagnement d'activités.

Tout comme les établissements d'hébergement, les services d'aide et soins à domicile (*ambulante Pflegedienste*) doivent avoir conclu un accord avec les caisses d'assurance dépendance afin d'être autorisés à délivrer des soins. En 2015, on comptait 13 323 services d'aide et de soins à domicile à l'échelle fédérale. Il existe trois types de statut : public, privé à but lucratif ou privé à but non lucratif. En 2015, 65 % des services d'aide et de soins à domicile étaient des structures privées à but lucratif, 33 % des structures privées à but non lucratif et seuls 1 %-2 % des structures publiques[13]. En 2015, les services d'aide et de soins à domicile du secteur privé à but lucratif prenaient en charge 40 personnes par structure en moyenne. Tous types de statut confondus, le nombre de personnes dépendantes prises en charge par structure était de 52[14]. Le nombre de services d'aide et de soins à domicile a augmenté de 4,5 % entre 2013 et 2015, soit 600 établissements de plus. Cette hausse illustre la place croissante occupée par la prise en charge à domicile[15].

Les personnes dépendantes peuvent également opter pour une aide à domicile 24 heures sur 24 (cf. encadré).

Aide à domicile 24 heures sur 24 / Migrantes aidantes / Live-Ins

De nombreuses personnes optent pour un aide à domicile 24 heures sur 24. Ils font appel à une auxiliaire de vie qui vit au domicile et assure une prise en charge 24 heures sur 24. En général, l'auxiliaire de vie effectue des activités ménagères mais également des prestations de soins corporels ainsi que l'accompagnement des déplacements hors du domicile.

En Allemagne, les auxiliaires de vie viennent souvent de femmes d'Europe de l'Est, raison pour laquelle ils sont souvent désignés sous le nom de « auxiliaires de vie polonaises» ou « migrantes soignantes (*Care-Migrantinnen*). La plupart des auxiliaires de vie étant des femmes, la forme féminine est la plus couramment utilisée. Dans le cas des aides à domicile 24 heures sur 24, les caisses d'assurance dépendance ne prennent en charge aucun frais.

6.2 Financement

Les prestations décrites ci-dessus font l'objet d'une prise en charge par les caisses d'assurance dépendance pour les personnes relevant des *Pflegegrade* 2 à 5. Cette prise en charge prend la forme de prestations en nature (Pflegesachleistung), ce qui signifie que l'argent est versé directement aux structures. Elle est plafonnée à hauteur de :

- Maximum 689 euros pour les personnes dépendantes relevant du *Pflegegrad 2*,
- Maximum 1 298 euros pour les personnes dépendantes relevant du *Pflegegrad 3*,
- Maximum 1 612 euros pour les personnes dépendantes relevant du *Pflegegrad 4*,
- Maximum 1 995 euros pour les personnes dépendantes relevant du *Pflegegrad 5*[16].

12 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Länger zuhause Leben - Ein Wegweiser für das Wohnen im Alter, 2015.

13 Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik – Deutschlandergebnisse, veröffentlicht publié en 2015.

14 Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2015, Deutschlandergebnisse.

15 Statistisches Bundesamt, in : https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile.

16 Livre XI du Code de la Sécurité sociale, article 36.

Autres soutiens financiers pour les personnes dépendantes vivant à domicile

Sous certaines conditions, les caisses d'assurance dépendance et les compagnies d'assurance privées peuvent accorder des aides financières afin de financer des mesures visant à améliorer l'environnement domestique de la personne dépendante. Il peut par exemple s'agir d'une assistance technique. Le plafond s'élève à 4000 euros par mesure. Par ailleurs, les caisses d'assurance dépendance prennent en charge à hauteur de 40 € par mois l'achat de certains matériels de soins jetables (par ex. gants ou masques de bouche jetables).

7. LOGEMENTS PARTAGÉS ET LOGEMENTS REGROUPÉS

Les personnes dépendantes peuvent choisir d'emménager dans un logement partagé avec services d'aide et de soins à domicile (*ambulant betreute Wohngemeinschaften*). Plusieurs personnes dépendantes vivent sous le même toit et ont recours collectivement à des services d'aide et de soins à domicile. Le recours à ces services est contrôlé. Ce type d'habitat fait l'objet de réglementations propres à chaque *Land*, comme par exemple dans la loi sur le logement, la participation et la prise en charge de la dépendance (*Wohn-, Teihabe- und Pflegegesetz*) dans le Bade-Wurtemberg ou la loi sur les formes de logement et la participation (*Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe*) en Rhénanie-Palatinat. En fonction de la législation de chaque *Land*, les aspects architecturaux et organisationnels ainsi que les exigences de qualifications professionnelles du personnel accompagnant sont réglementés différemment.

Les seniors peuvent également mettre en place des logements partagés autogérés (*selbstverantwortete Wohngemeinschaften*). Dans ce cas-là, ce sont les résidents qui règlent leurs affaires de manière autonome. Ils choisissent librement leurs prestations d'aide et de soins et ne sont pas contrôlés par les autorités publiques.

Outre les logements partagés classiques, il existe également des logements regroupés, tels que des résidences pour personnes âgées ou des maisons intergénérationnelles.

Financement des logements partagés

Lors de la création d'un logement partagé, une subvention exceptionnelle de l'assurance dépendance à hauteur de 2500 euros par personne est octroyée, le montant par logement étant plafonné à 10 000 euros. La personne dépendante hébergée en logement partagé peut également se voir accorder un supplément forfaitaire de 214 euros, si au moins trois et pas plus de douze personnes vivent dans le même logement, afin de recourir à des prestations communes. En plus des subventions pour les logements partagés, l'assurance dépendance met à disposition 10 millions d'euros afin de permettre le développement et le financement de nouvelles formes d'habitat. Certains *Länder* ont également mis en place des programmes afin de favoriser le développement de nouvelles formes de logement (cf. par exemple https://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/wohnen/).

8. LES PROCHES AIDANTS

Le système allemand de prise en charge de la dépendance peut être considéré comme un système reposant sur la famille. Les proches aidants constituent une pierre angulaire du système et sont juridiquement reconnus comme tels. Le Livre XI du Code de la Sécurité sociale définit les proches aidants comme des personnes qui s'occupent d'une personne dépendante à domicile, à titre non professionnel. Les proches aidants n'ont pas de droit en leur nom propre aux prestations en espèce des caisses d'assurance dépendance. En effet, l'allocation dépendance (*Pflegegeld*) est directement versée à la personne dépendante (cf. point 8.2). La seule exception est la prestation de soutien à la prise en charge de la perte d'autonomie (*Pflegeunterstützungsgeld*), qui constitue une indemnité pour perte de salaire en cas de prise en charge d'un proche sur une courte durée (article 44a du Livre XI du Code de la Sécurité sociale). Cette prestation est versée par les caisses d'assurance dépendance pour une durée de 10 jours. En outre, les caisses d'assurance dépendance versent sous certaines conditions, indépendamment du degré de dépendance et de la mobilisation de services d'aide et de soins à domicile, des cotisations à l'assurance retraite pour les proches aidants. Selon le *Statistisches Bundesamt*, en 2015, 1 384 604 des 2 860 293 personnes bénéficiant de prestations au titre de leur dépendance (soit près de 50 %) sont pris en charge uniquement par des proches aidants[17].

17 Statistisches Bundesamt, in : https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Pflege/Pflege.html.

8.1 La situation des proches aidants en Allemagne

En 2015, la *Deutsche Allgemeine Krankenkasse* (DAK) a publié l'étude « *Wie pflegt Deutschland?* ». L'enquête menée dans le cadre de cette étude montrait que la plupart des proches aidants sont des femmes. Elle révélait également que de nombreux proches aidants ont été contraints de cesser ou réduire leur activité professionnelle. Seul un cinquième des personnes interrogées occupait un emploi à temps plein. Les chiffres varient entre les *Länder*, toutefois 80 % des proches ont entre 45 et 70 ans en moyenne. Ils tombent souvent malades du fait du stress. 55 % font état de souffrances psychiques, un cinquième a connu des épisodes dépressifs. En outre, les conséquences physiques ne sont pas rares et 16 % se plaignent de maux de dos chroniques. De surcroît, la vie privée pâtit souvent de la prise en charge du proche[18].

Seules 31 % des personnes interrogées avaient une expérience préalable en matière de prise en charge. Près de la moitié s'occupe d'un parent, 11 % d'un parent de leur partenaire. Autre fait marquant, la perte d'autonomie est souvent très avancée et 36 % des proches aidants prennent en charge une personne atteinte de démence.

70 % des proches aidants assument cette responsabilité du fait de l'attachement qui les lie à la personne dépendante. 13 % déclarent ne pas pouvoir prendre en charge les coûts d'un hébergement en établissement.

Les activités de base comprennent les activités domestiques, l'hygiène corporelle, les déplacements, l'accompagnement aux toilettes et l'alimentation. Les soins de base et les soins infirmiers sont souvent délivrés par des services à domicile.

8.2 L'allocation dépendance : le *Pflegegeld*

Les personnes dépendantes prises en charge à domicile par des proches, des connaissances ou des amis peuvent bénéficier du *Pflegegeld* (allocation dépendance), une prestation en espèce qui leur est versée directement. Comme pour les *Pflegesachleistungen* (prestations dépendance en nature), le montant du *Pflegegeld* dépend du degré de dépendance :

- 316 euros pour les personnes dépendantes relevant du *Pflegegrad 2*,
- 545 euros pour les personnes dépendantes relevant du *Pflegegrad 3*,
- 728 euros pour les personnes dépendantes relevant du *Pflegegrad 4*,
- 901 euros pour les personnes dépendantes relevant du *Pflegegrad 5*[19].

Si une personne dépendante bénéficie de prestations en nature (*Pflegesachleistung*) et n'atteint pas le plafond de prise en charge auquel elle a droit, elle peut percevoir la différence en allocation dépendance (*Pflegegeld*).

8.3 Possibilités de soutien et d'assistance pour les proches aidants

La législation prévoit une série de possibilités pour soulager les proches aidants :

- Prise en charge de relève (*Verhinderungspflege*) : Les personnes dépendantes relevant des Pflegegrade 2 à 5, qui sont prises en charge à domicile par des proches aidants depuis au moins six mois, peuvent bénéficier d'une prise en charge de relève lorsque le proche aidant a besoin d'être remplacé. La relève peut être assurée par différentes personnes ou prestataires. La couverture annuelle par les caisses de l'assurance dépendance pour la prise en charge de relève peut s'élever jusqu'à 1612 euros[20] et ne peut excéder six semaines par an. Si la personne n'a pas recours aux prestations d'hébergement temporaire, jusqu'à 50 % de la valeur-plafond de ces prestations peuvent être affectés à une prise en charge de relève. L'allocation dépendance (*Pflegegeld*) est maintenue.
- Offres de soutien au quotidien (*Unterstützungsangebote im Alltag*) : Il s'agit d'offres proposées en particulier par des bénévoles qui, sous la supervision d'un professionnel, accompagnent les personnes dépendantes et permettent de soulager les proches aidants tout en leur apportant un soutien et des conseils. Ils soutiennent les personnes dépendantes en les aidant à effectuer des tâches quotidiennes, et contribuent ainsi à leur maintien à domicile le plus longtemps possible. Enfin, ils favorisent le maintien des liens sociaux. Les gouvernements des Länder sont habilités à fixer les conditions d'homologation de ce type d'offres. Ainsi, les Länder ont créé un ensemble de dispositions en matière de reconnaissance et de subventionnement de ces offres (cf. encadré). Une prise en charge financière est possible pour les personnes dépendantes prises en charge à domicile, à partir du *Pflegegrad 2*. La personne peut obtenir la *Pflegesachleistung*, si celle-ci n'a pas déjà été utlisée pour d'autres prestations. La Confédération des caisses de l'assurance dépendance (*Spitzenverband Bund der Pflegekassen*) a créé un fond doté de 25 millions d'euros servant à subvention-

18 DAK : Pflege-Report 2015. So pflegt Deutschland. Publié par la DAK-Forschung, 2015.

19 Livre XI du Code de la Sécurité sociale, article 37.

20 Pflege.de, in : https://www.pflege.de/altenpflege/verhinderungspflege/.

ner la mise en place et le développement d'offres de soutien au quotidien, de groupes bénévoles, ainsi que l'expérimentation de nouveaux concepts de prise en charge. Les caisses d'assurance privées participent au financement de ce fond à hauteur de 10 %.

Offres de soutien au quotidien – Ordonnannces des *Länder*

L'ordonnance sur les offres de soutien (*Unterstützungsangebote-Verordnung*) du gouvernement du *Land* de Bade-Wurtemberg prévoit des subventions pour les activités des proches aidants familiaux et les formes d'entraide au sein d'un village, les groupes d'accompagnement de personnes atteintes de démence, les services d'accompagnement à domicile pour les personnes atteintes de démence, les initiatives de bénévoles pour les personnes ayant besoin d'aide et de soins, les réseaux de seniors et les initiatives d'aide aux aidants. Les subventions accordées émanent du *Land*, des communes et de l'assurance dépendance. Des projets pilotes sont destinés à développer et tester de nouvelles structures de prise en charge et de nouveaux concepts.

L'ordonnance du *Land* de Rhénanie-Palatinat sur la reconnaissance et la promotion d'offres de soutien au quotidien, sur la promotion de projets pilotes et d'initiatives bénévoles ainsi que sur la promotion de l'entraide (*Landesverordnung über die Anerkennung und Förderung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag, über die Förderung von Modellvorhaben und Initiativen des Ehrenamts sowie über die Förderung der Selbsthilfe*) étoffe la variété des offres pouvant être homologuées. L'ordonnance prévoit la reconnaissance d'offres individuelles ou collectives axées sur le soutien dans l'accomplissement d'activités ménagères ou qui sont proposées par des prestataires privés.

- Allocation de soutien (*Entlastungsbetrag*) : Les personnes dépendantes ont droit à une allocation de soutien financier exceptionnelle pouvant aller jusqu'à 125 euros par mois. Cette allocation peut être utilisée afin de régler les dépenses liées à un accueil de jour ou de nuit, à un hébergement temporaire, un service d'aide et de soins à domicile ou des offres de soutien au quotidien.
- Nouvelles dispositions de la loi sur la réduction du temps de travail pour les proches aidants (*Familienpflegezeitgesetz*) : Dans une entreprise de plus de 25 salariés, le temps de travail peut être réduit jusqu'à atteindre 15 heures par semaine afin de prendre en charge des proches parents. Un prêt à taux zéro est octroyé afin que le proche aidant puisse subvenir à ses besoins. Il existe également une protection contre le licenciement garantie par la loi.

MonkeyBusiness – Shutterstock

- En raison des différents modes de vie, les beaux-parents, les beaux-frères, les belles-soeurs ainsi que les compagnes ou compagnons de même sexe vivant sous le même toit depuis au moins un an, sont également reconnus comme proches parents.
- Nouvelles dispositions de la loi sur les congés de proche aidant (*Pflegezeitgesetz*) : Il existe un droit à congé de proche aidant de 6 mois. Ce congé peut être octroyé sous la forme d'une réduction du temps de travail ou d'une interruption de l'activité dans les entreprises de plus de 15 salariés. En outre, le proche aidant perçoit des prestations de soutien à la prise en charge de la perte d'autonomie (*Pflegeunterstützungsgeld*). En cas d'urgence, une période de congés de 10 jours peut être demandée. En cas de soins apportés à des proches en situation palliative, la durée peut s'élever à trois mois. Depuis l'entrée en vigueur des *Pflegestärkungsgesetzen*, il est possible de combiner la réduction du temps de travail et le congé de proche aidant. La durée cumulée de toutes les interruptions d'activité professionnelle ne peut excéder 24 mois[21].
- Amélioration de la protection sociale : Le deuxième *Pflegestärkungsgesetz* améliore la protection sociale des proches aidants, notamment par le biais de cotisations plus élevées à l'assurance retraite. La condition requise est que la personne aidante ne travaille pas plus de 30 heures par semaine et qu'elle s'occupe d'une ou plusieurs personnes dépendantes relevant des *Pflegegrade* 2 à 5 plus de 10 heures par semaine, réparties sur au moins 2 jours. Le montant des prestations dépend du degré de dépendance de la personne aidée et de la nature de l'aide.
- En outre, il existe un droit à l'allocation chômage et aux prestations de promotion de l'emploi, dans le cas où le proche aidant ne retrouve pas une activité tout de suite après la fin de son activité de proche aidant. Le proche aidant est assuré contre les accidents sans frais. S'il doit se libérer de son travail ou réduire son temps de travail, il perçoit des versements de l'assurance maladie et de l'assurance dépendance. Le montant des versements est aligné sur le taux de cotisation de la personne aidante à la caisse d'assurance maladie légale.
- Conseils en matière de prise en charge de la dépendance : Il est possible d'exercer son droit d'information auprès d'un *Pflegestützpunkt* ou directement auprès de la caisse d'assurance dépendance. Les conseils sont dispensés par des conseillers ou conseillères qualifiés en matière de prise en charge de la dépendance. Il est possible d'obtenir des conseils individualisés, en étant accompagné ou non de la personne dépendante.
- Formations relatives à prise en charge de la dépendance : Les caisses d'assurance dépendance et les assurances dépendance privées proposent également sur demande des formations gratuites sur la prise en charge de la dépendance, au domicile de la personne dépendante.

21 Bundesministerium für Gesundheit in : http ://www.bundesgesundheitsministerium.de/index.php?id=684 ; http ://www.pflegestaerkungsgesetz.de/die-pflegestaerkungsgesetze/.

Tableau 2 : Sythèse des différentes offres de prise en charge

Offres de prise en charge	Caractéristiques	Financement
Hébergement permanent en *Pflegeheim (Dauerpflege)*	L'hébergement permanent en établissement permet d'assurer une prise en charge durable et continue (jour et nuit). Cette prise en charge comprend des prestations médicales, sociales et ménagères.	Les résidents prennent en charge les frais d'hébergement.
Accueil de jour et de nuit *(Tages- und Nachtpflege)*	Permet de soulager les proches aidants et leur offrent la possibilité de concilier soins et activité professionnelle. L'accompagnement prime souvent sur les soins corporels ou les soins infirmiers.	Les caisses d'assurance dépendance prennent en charge un montant forfaitaire pour les soins corporels, les soins infirmiers, l'accompagnement social en fonction du degré de dépendance. Le logement et l'alimentation doivent être pris en charge par le résident.
Hébergement temporaire *(Kurzzeitpflege)*	En cas de maladie ou autres situations de crise ainsi que pour soulager les proches aidants.	Au-delà du *Pflegegrad 2*, les caisses d'assurance dépendance prennent en charge jusqu'à 1 612 euros par an pour les prestations liées à la prise en charge de la dépendance. Si la personne ne recoure pas aux soins de relève, il est possible de bénéficier d'une prise en charge plafonnée à 3 224 euros.
Service d'aide à domicile *(ambulante Hilfsdienste)*	Aide aux courses, livraison de repas ou aide ménagère.	La personne doit prendre en charge les coûts.
Service d'aide et de soins à domicile *(ambulante Pflegedienste)*	Prestations médicales, de soins et activités ménagères.	Prise en charge des soins infirmiers par les caisses d'assurance maladie. Les caisses d'assurance dépendance prennent en charge les soins corporels, les soins infirmiers et l'aide ménagère, dans le cadre de montants forfaitaires en fonction du degré de dépendance.
Logements partagés avec services d'aide et de soins à domicile *(ambulant betreute Wohngemeinschaften)*	Recours aux services d'aide et de soins à domicile organisé collectivement.	Les résidents prennent en charge le loyer et les charges. Les caisses d'assurance dépendance prennent en charge les prestations des services d'aide et de soins à domicile de manière forfaitaire. Supplément forfaitaire mensuel de 214 euros pour les prestations supplémentaires (à certaines conditions par logement), subvention exceptionnelle de 2500 par résident lors de la création, plafonné à 10 000 euros par logement.
Logements partagés autogérés (*Selbstverwantwortete Wohngemeinschaften*)	Recours aux services d'aide et de soins à domicile organisé inidividuellement.	Les résidents prennent en charge le loyer, les charges et peuvent bénéficier de *Pflegesachleistung* pour les éventuelles prestations de services à domicile. Les mêmes prestations que dans les logements intégrant un organisme responsable sont proposées.

9. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

TEXTES JURIDIQUES

- Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe Rheinland-Pfalz (2009, modifié en 2016)
- Sozialgesetzbuch XI – Soziale Pflegeversicherung (Etat 2017)
- Wohn- Teilhabe und Pflegegesetz Baden-Württemberg (2014)

RAPPORTS/ÉTUDES :

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2015 : Länger zuhause Leben - Ein Wegweiser für das Wohnen im Alter.
- Deutsche Allgemeine Krankenkasse 2015 : Pflege-Report 2015. So pflegt Deutschland. Veröffentlicht durch die DAK-Forschung.
- Jäggi, Jolanda/ Künzi, Kilian 2014 : Die Unterstützung für Hilfe- und Pflegebedarf im Alter – Ein Systemvergleich zwischen Deutschland, Japan und der Schweiz. Im Auftrag der Age Stiftung Zürich.
- Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg 2013 : Landesqualitätsbericht Gesundheit Baden-Württemberg – Spezialheft ambulante und stationäre Pflege.
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg 2017 : Pflegebedürftig – Was nun? Fragen und Antworten zur Pflegebedürftigkeit.
- Simoes, Elisabeth/ Münnich, Ralf T. 2016 : Pflege und Pflegebedürftigkeit als gesamtgesellschaftliche Aufgaben. Eine grenzüberschreitende Studie Deutschland – Schweiz. Dike Verlag AG, Zürich/St. Gallen.
- Techtmann, Gero (Dr.) 2015 : Die Verweildauern sinken. Statistische Analysen zur zeitlichen Entwicklung der Verweildauer in stationären Pflegeeinrichtungen. Zusammenfassender Forschungsbericht, veröffentlicht durch das Alters-Institut.

STATISTIQUES :

- Demografie Portal des Bundes und der Länder
- Statistisches Bundesamt : Pflegestatistik – Deutschlandergebnisse, 2015
- Statistisches Bundesamt : Pflegestatistik – Ländervergleich, 2015

SITES INTERNET :

- Sites officiels des ministères suivants : Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Familie, Frauen, Senioren und Jugend, Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz

Conception et développement :

- Lea Berndt, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt,
- Peter Indra, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt,
- Lydia Kassa, TRISAN.

Rédaction :

- Dr. Franziska Zúñiga, Universität Basel.

Relectures d'experts :

- Lea Berndt, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt,
- Linda Greber, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt,
- Peter Indra, Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt.

Traduction :

- Flore Scetbon.

Mise en page :

- Print Europe – Céline Agaësse.

TRISAN est le centre de compétences trinational pour favoriser la coopération transfrontalière dans le champ de la santé dans le Rhin supérieur. Le centre de compétences a été créé dans le cadre d'un projet initié par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur et cofinancé par le programme INTERREG V Rhin supérieur. Il est porté par l'Euro-Institut, institut spécialisé dans la formation, l'accompagnement de projet et le conseil sur les questions transfrontalières.
Sont également partenaires du projet : l'ARS Grand Est, le Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, le Regierungspräsidium de Karlsruhe, le Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, le département de santé Bâle-Ville, les cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et Argovie ainsi que la confédération helvétique.

TRISAN / Rehfusplatz 11, D – 77 694 Kehl / trisan@trisan.org / +49 (0) 7851 7407 34

Alexander Raths – Shutterstock

La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Suisse

1. DÉPENDANCE EN SUISSE – FAITS ET CHIFFRES

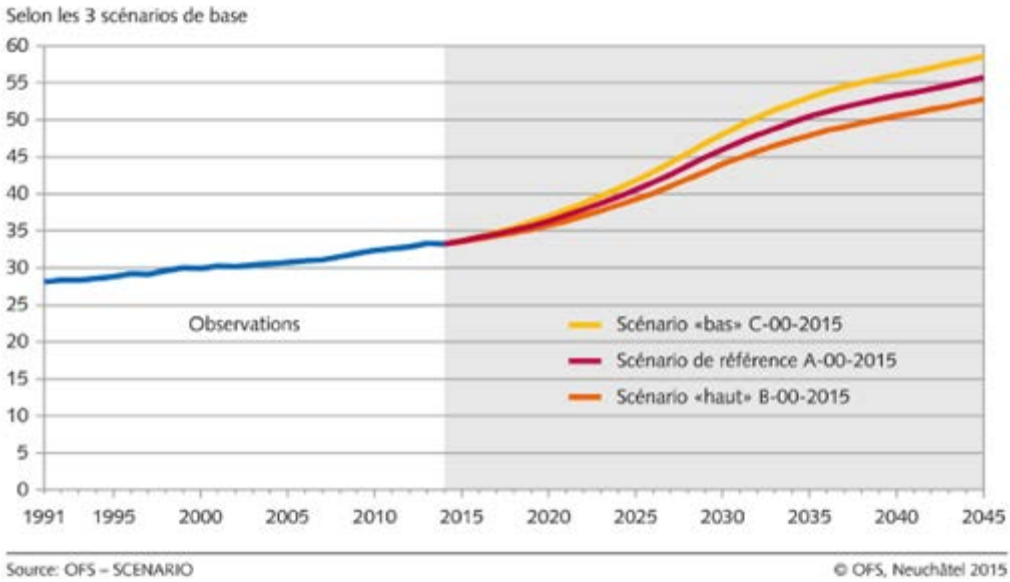
En 2017, près de 8,5 millions de personnes vivaient en Suisse, dont 18 % âgées de plus de 65 ans[1]. Ces dix dernières années, la part de ce groupe d'âge a augmenté de 1,8 % (sa part s'élevait à 16.2 % en 2006). Grâce à l'amélioration des conditions de vie et les progrès médicaux, la population suisse a une espérance de vie élevée. Combiné à un taux de natalité stagnant à un niveau bas, le rapport de dépendance des personnes âgées ou ratio de dépendance démographique (c'est-à-dire le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans par rapport aux personnes en âge de travailler) croît. Les projections indiquent une augmentation de 35 personnes âgées de plus de 65 ans pour 100 actifs à 53-59 personnes pour 100 actifs en 2045 (cf. graphique 1)[2].

En chiffres, cette évolution se traduit par le fait que d'ici 2045, environ 2,6 à 2,8 millions de personnes auront atteint l'âge de la retraite, ce qui correspond à 26 % de la population totale.

Toutefois, l'allongement de la durée de vie a pour corollaire une recrudescence des problèmes de santé chroniques et de multimorbidité (c'est-à-dire la cooccurence de plusieurs pathologies). Parmi ces pathologies, on compte les maladies cardiovasculaires, les maladies des voies respiratoires, le cancer, la démence, l'arthrose, le diabète et les dépressions. En Suisse, environ 75 % des décès sont dûs aux quatre premières maladies citées. Tandis que chez les personnes âgées de 65 à 79 ans, les personnes atteintes de deux maladies chroniques et plus représentent 25 % de la population totale, cette part s'élève à 44 % chez les personnes de plus de 85 ans[3]. La multimorbidité va souvent de pair avec une diminution de l'autonomie et une dépendance croissante, qu'elles soient liées à un affaiblissement physique, psychique ou cognitif. Ainsi, les personnes concernées ont besoin de l'aide de tiers. En 2012, une femme âgée de 65 ans pouvait espérer vivre encore 22,1 années en moyenne, dont 14,2 années de vie en bonne santé. Chez les hommes, l'espérance de vie s'élevait à 19,1 années de vie à partir de 65 ans, dont 13,6 en bonne santé, c'est-à-dire des années de vie non caractérisées par des maladies multiples[4].

Selon l'enquête sur la santé de 2012, en Suisse, environ 24 % de la population vivant à domicile était limité dans ses activités quotidiennes depuis au moins 6 mois en raison d'un problème de santé. Cette même enquête montre que ce phénomène était sensiblement plus présent dans les cantons de Bâle-Campagne (30 %) et de Bâle-Ville (29 %), par rapport à la moyenne suisse (cf. graphique 2)[5].

Graphique 1 : Evolution du rapport de dépendance des personnes âgées
Nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 actifs de 20 à 64 ans



1 https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/effectif-evolution/population.html.

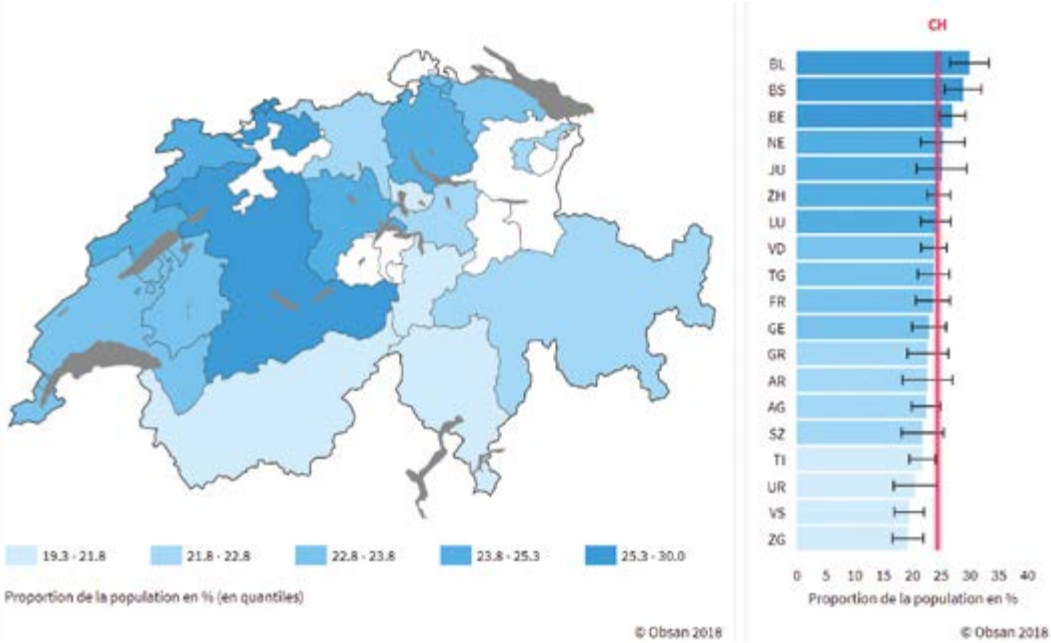
2 Office fédéral de la statistique (2015). *Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2015-2045*. Neuchâtel : OFS.

3 Moreau-Gruet, F. (2013). *La multimorbidité chez les personnes de 50 ans et plus. Résultats basés sur l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) (Obsan Bulletin 4/2013)*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

4 Observatoire suisse de la santé (2015). *La santé en Suisse - Le point sur les maladies chroniques – Rapport national sur la santé 2015*. Hogrefe: Berne.

5 https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/limitations-des-activites-de-la-vie-quotidienne.

Graphique 2 : Part de personnes limitées dans les activités de la vie quotidienne, en pourcentage



Lorsqu'on observe la structure d'âge de 2018, 40 % des personnes âgées de plus de 65 ans indiquaient subir une limitation de leurs activités de la vie quotidienne. La combinaison d'une espérance de vie plus élevée et d'une hausse de la multimorbidité conduit ainsi à une augmentation du nombre de personnes dépendantes en Suisse, qui sont prises en charge par des professionnels de santé, à domicile ou en établissement.

2. LE SYSTÈME D'ASSURANCE EN SUISSE

2.1 Assurances

Le système d'assurance, qui est central dans la prise en charge en matière de santé de la population suisse, y compris les soins de longue durée, se compose des acteurs suivants :

- Assurance obligatoire des soins (AOS)
- Assurance-accidents (LAA)
- Assurance-invalidité (AI)
- Assurance vieillesse et survivants (AVS)

En Suisse, il n'existe pas d'assurance dépendance comme en Allemagne. Par conséquent, il n'existe pas de définition uniforme de la dépendance qui pourrait servir de base à une telle assurance. Il est possible de souscrire des assurances dépendances privées, une option qui ne convient qu'à peu de personnes en raison de la structure des assurances existantes. L'idée de mettre en place une assurance dépendance obligatoire n'a pas été retenue par la Confédération.

La nouvelle loi sur l'assurance maladie (LAMal) a été instaurée en 1996. Sur cette base, toute personne domiciliée en Suisse a l'obligation de souscrire une *assurance obligatoire des soins* (AOS)[6] ou assurance de base avec l'un des environ 60 assureurs reconnus. L'AOS prend en charge des prestations de bases définies par la loi, que ce soit en cas de maladie, d'accident ou de maternité. Par ailleurs, elle propose la même prise en charge à tous les assurés. Les assureurs sont dans l'obligation d'accepter toute demande d'adhésion; les primes ne peuvent être différenciées qu'en raison de différences géographiques. Par conséquent, les primes varient entre les cantons et parfois à l'intérieur des cantons. Les assurés participent aux coûts des prestations dont ils bénéficient. Cette participation aux coûts comprend une franchise de 300 CHF (francs suisses) par année civile (franchise annuelle), ainsi qu'une quote-part de 10 % des coûts excédant la franchise, plafonnée à 700 CHF par an. Les cantons octroient des réductions de prime en fonction des revenus, afin de réduire la charge des ménages dûe aux primes d'assurance maladie. Le calcul du montant de la réduction de prime varie en fonction des cantons.

6 Office fédéral de la santé publique, dans : https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung.html.

L'assurance-accidents complète l'AOS[7] : toutes les personnes qui exercent une activité professionnelle en Suisse plus de 8 heures par semaine sont obligatoirement assurées par leur employeur contre les accidents professionnels et non-professionnels. Toutes les autres personnes doivent souscrire une assurance-accidents complémentaire auprès de leur assurance de base. L'assurance-invalidité (AI)[8] est également une assurance obligatoire. Les assurés ont droit à des prestations s'ils subissent une incapacité de travail partielle ou totale de travail en raison de problèmes de santé physiques, psychiques ou psychologiques. Pour ce faire, l'incapacité doit être constante et durer au moins un an. Lors du départ à la retraite, une assurance-invalidité existante est remplacée par l'assurance vieillesse et survivants (AVS)[9]. Toutes les personnes qui atteignent l'âge de la retraite réglementaire (65 ans pour les hommes, 64 ans pour les femmes), ont droit à une pension de retraite de l'AVS, si elles ont versé des cotisations durant une année de cotisation au moins. Le montant de la pension de retraite dépend du nombre d'années de cotisation.

En plus de l'AVS/AI, il est possible de bénéficier de prestations complémentaires (PC)[10] si la retraite ou les revenus ne couvrent pas les coûts de la vie minimaux. Ces prestations complémentaires sont un droit légal, elles ne constituent pas une aide sociale et sont versées par les cantons.

2.2 Le nouveau régime de financement des soins

Le nouveau régime de financement des soins est entré en vigueur le 1er janvier 2011 à l'échelle de la Confédération[11]. Ce nouveau régime avait pour buts d'éviter une charge financière supplémentaire de l'Assurance obligatoire des soins (AOS) du fait de prestations de soins liées à l'âge, d'améliorer la situation des personnes dépendantes, d'éviter une dépendance à l'aide sociale du fait de l'entrée dans un établissement médico-social, ainsi que de permettre le financement de soins aigus et de transition par l'AOS pour une durée de deux semaines après un séjour à l'hôpital. La mise en place de contributions fixes de l'AOS pour les prestations de soins était au coeur du nouveau régime, ainsi que le plafonnement de la participation des personnes dépendantes aux coûts de soins délivrés dans le cadre de l'AOS (ces deux points seront développés ci-dessous dans le chapitre sur le financement des établissements médico-sociaux). Le financement résiduel des coûts non pris en charge dans ce cadre relève des cantons. La mise en application du nouveau régime de financement des soins varie d'un canton à l'autre. Ainsi, le financement résiduel poura être pris en charge soit par des contributions globales, soit par des couvertures de déficit ou encore par un financement lié aux prestations et calculé par heure de soin. De même, le financement résiduel pourra être pris en charge par le canton, les communes ou les deux conjointement. Si le nouveau régime a effectivement permis de maîtriser les coûts de l'AOS, il a engendré d'importants coûts supplémentaires pour les cantons. Par ailleurs, la mise en oeuvre de la prise en charge des coûts résiduels n'a pas abouti dans tous les cantons jusqu'à présent.

3. ACTEURS IMPLIQUÉS

En Suisse, les compétences et les missions dans le domaine de la santé sont réparties entre la Confédération, le canton et les communes. La Confédération est compétente en matière d'assurances sociales, d'assurances privées, de médicaments, de vaccins et de prévention sanitaire. Sa responsabilité pour la loi sur l'assurance maladie (LAMal) permet à la Confédération de réglementer des questions essentielles de santé à l'échelle nationale. Les cantons portent la responsabilité de la planification et du financement partiel des hôpitaux et des établissements médico-sociaux. En outre, ils réglementent l'accès aux professions de santé et les autorisations d'exercer. Les cantons financent et subventionnent également divers établissements et ont ainsi la possibilité d'intervenir dans la régulation de l'offre et des coûts. Enfin, ils édictent les législations cantonales et exécutent le droit fédéral. Par comparaison avec la Confédération et aux communes, les cantons assurent la majeure partie des contributions publiques au secteur de la santé. C'est la raison pour laquelle les cantons cherchent à obtenir davantage de compétences de planification et de régulation. Les communes ont en charge l'offre de soins et l'action sociale, le financement d'établissements et l'exécution du droit cantonal. Elles ont la possibilité d'exploiter, seules ou dans le cadre de groupements locaux, des hôpitaux et établissements médico-sociaux, ainsi que des services ambulatoires. Le canton peut déléguer des compétences dans différents domaines à la commune, telles que l'organisation d'offres de soins ambulatoires. Ces délégations sont gérées différemment selon les cantons.

7 Office fédéral de la santé publique, dans : https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/unfallversicherung.html.

8 Office fédéral de la santé publique, dans : https://www.ahv-iv.ch/fr/Assurances-sociales/Assurance-invalidité-AI.

9 Office fédéral de la santé publique, dans : https://www.ahv-iv.ch/fr/Assurances-sociales/Assurance-vieillesse-et-survivants-AVS.

10 AVS-AI, dans : https://www.ahv-iv.ch/fr/Assurances-sociales/Prestations-compl %C3 %A9mentaires-PC.

11 INFRAS, Landolt Rechtsanwälte und Careum Forschung (2018). *Evaluation du nouveau régime de financement de soins. Rapport mandaté par l'Office fédéral de la santé publique*. Berne : Office fédéral de la santé publique.

4. LA STRUCTURE DE PRISE EN CHARGE POUR LES SOINS DE LONGUE DURÉE

En Suisse, on opère une distinction entre les soins de longue durée en établissement et les soins de longue durée ambulatoires, avec différentes structures intermédiaires. Les soins de longue durée en établissement correspondent aux établissements médico-sociaux, qui prennent en charge et accompagnent des personnes âgées dépendantes et/ou atteintes de maladies chroniques. Les soins de longue durée ambulatoires sont assurés par les structurces d'aide et de soins à domicile (Spitex dans la partie germanophone de la Suisse), qui proposent d'une part des prestations de soins en vertu de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) et d'autre part des prestations ménagères, telles que l'entretien du logement, le blanchissage, les courses ou l'accompagnement social. Les structures intermédiaires correspondent à des offres d'accompagnement situées à l'interface entre les établissements médico-sociaux et les structures d'aide et de soins à domicile. On peut citer les appartements pour personnes âgées, les séjours de courte durée dans des établissements médico-sociaux ou encore les structures d'accueil de jour et/ou de nuit[12]. L'hébergement de courte durée et l'accueil de jour/nuit visent surtout à soulager les proches aidants.

L'un des principes stratégiques de la prise en charge est le principe suivant : « L'ambulatoire avant le stationnaire ». L'objectif est que les personnes dépendantes puissent continuer à vivre à domicile le plus longtemps possible, à condition de pouvoir faire recours à des prestations de services[13]. Entre-temps, ce principe est souvent reformulé comme suit : « L'ambulatoire et le stationnaire », l'idée étant de proposer l'offre la mieux adaptée, en fonction de la situation. Sous le label « L'ambulatoire avec le stationaire », certains appellent de leur voeux une meilleure coordination des prestations ambulatoires et en établissement, qui peuvent proposer une offre de soins efficace en concertation avec l'entourage de la personne dépendante.

En Suisse, on observe des différences régionales dans l'organisation du principe « L'ambulatoire et le stationnaire », avec trois modèles-types. En Suisse centrale, les établissements médico-sociaux sont les piliers de la prise en charge : les résidents y entrent jeunes, en étant peu dépendants et ont des durées de séjour plus longues. En revanche, le recours aux prestations d'aide et de soins à domicile est peu important en Suisse centrale. En Suisse franco- et italophone, l'accent est mis sur les soins ambulatoires à travers les offres d'aide et de soins à domicile. Beaucoup moins de personnes âgées vivent en établissement médico-social dans cette partie de la Suisse. Par conséquent, les résidents des établissements médico-sociaux sont plus âgés, très dépendants et ont des durées de séjour plus courtes. Dans le reste du territoire de la Suisse alémanique, il existe surtout des modèles mixtes, avec autant d'offres ambulatoires que d'offres en établissement. En ce qui concerne les structures intermédiaires, c'est surtout en Suisse centrale qu'il est fait recours aux séjours de courte durée. À l'inverse, on recense un nombre important de structures d'accueil de jour et de nuit en Suisse franco- et italophone[14].

5. ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX ET STRUCTURES INTERMÉDIAIRES POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES

5.1 Établissements médico-sociaux

En Suisse, il existe 1570 établissements médico-sociaux disposant de 97 127 places et accueillant 149 116 résidents (chiffres 2016). Ces chiffres correspondent à une moyenne de 63,8 places pour 1 000 habitants[15]. Le nombre d'établissements médico-sociaux en Suisse est resté relativement stable ces dix dernières années. Même si le nombre de places en établissement médical-social augmente, il progresse moins vite que la part de la population âgée de plus de 65 ans. On constate une diminution du recours aux établissements, parallèlement au développement de l'offre ambulatoire. Parmi les établissements médico-sociaux reconnus, 30 % sont des organismes publics, 40 % des organismes privés et 30 % sont subventionnés par des fonds publics et gérés de manière privée[16]. Les établissements médico-sociaux sont regroupés, via des fédérations cantonales, au sein de la fédération nationale CURAVIVA Suisse, dans laquelle sont représentés 1 734 établissements médico-sociaux (chiffres 2017[17]).

12 Werner, S., et al. (2016). *Offre et recours aux structures intermédiaires pour personnes âgées en Suisse. Résultats d'une enquête auprès des cantons et d'une analyse de la Statistique des établissements médico-sociaux (Obsan Dossier 52)*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

13 Parlement suisse, dans : https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20143637.

14 Dutoit, L., Pellegrini, S., & Füglister-Dousse, S. (2016). *Soins de longue durée dans les cantons. Trois modèles-types d'organisation (Obsan Bulletin 13/2016)*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

15 Office fédéral de la statistique, dans : https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.html.

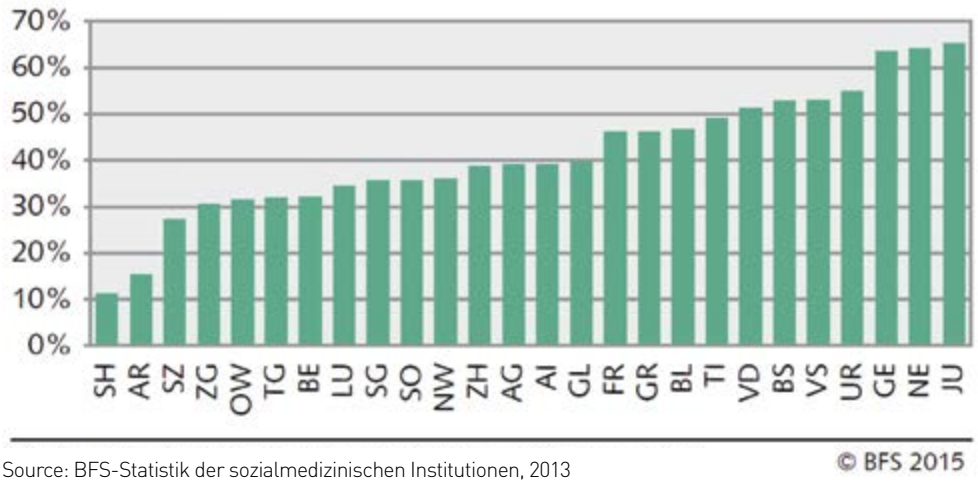
16 Office fédéral de la statistique (2016). Statistique des institutions médico-sociales 2016 – Tableaux standard définitifs. Neuchâtel : OFS.

17 Le nombre de 1734 membres chez CURAVIVA se distingue du nombre d'institutions d'établissements médico-sociaux issu des statistiques des institutions médico-sociales (SOMED), qui s'élève à 1 570, en raison de méthodes de comptage différentes. Chez CURAVIVA, chaque établissement est comptabilisé séparément, tandis que chez SOMED c'est l'inscription d'une institution au registre des entreprises et des établissements qui est utilisé comme unité de comptage. SOMED comptabilise ainsi différents sites, p.ex. un groupement d'établissements médico-sociaux comme un seul établissement.

Plus de 400 établissements médico-sociaux économiquement indépendants se sont regroupés dans la fédération senesuisse ou adhèrent aux deux fédérations.

À l'échelle nationale, environ 40 % des résidents d'établissements médico-sociaux y entrent après avoir quitté leur domicile, 12 % viennent d'autres institutions médico-sociales et 44 % sortent d'un séjour en hôpital. Comme le montre le graphique 3, on observe d'importantes variations entre les cantons concernant les entrées en établissement médico-social après un séjour en hôpital.

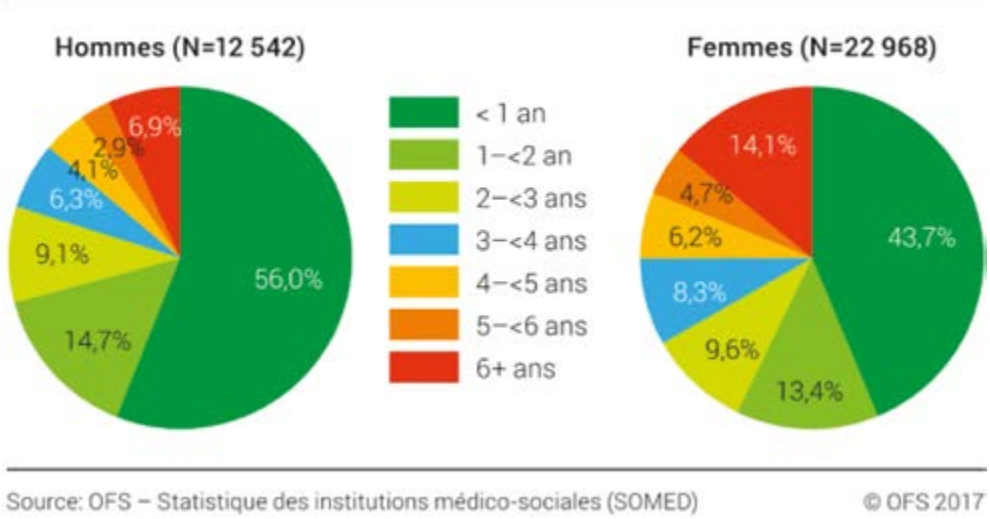
Graphique 3 : Part des entrées en établissement médico-social en provenance d'un hôpital, en pourcentage



Source: BFS-Statistik der sozialmedizinischen Institutionen, 2013

La durée de séjour en établissement médico-social a diminué ces dernières années. Tandis que fin 2013, un séjour durait encore 1064 jours en moyenne, en 2016 la durée n'était plus que de 893 jours, ce qui représente un recul de 15 %. Le graphique 4 illustre le fait que près de la moitié des résidents restent moins d'un an dans un établissement médico-social[18].

Graphique 4 : Durée des séjours dans les établissements médico-sociaux



45 % des résidents en établissement médico-social ont entre 80 et 89 ans. C'est la part la plus importante, suivis des résidents de 90 ans et plus (31 %). Le graphique 5 ci-dessous montre d'une part la répartition des personnes vivant en établissement médico-social en 2016 par groupe d'âge, ainsi que leur part dans la population totale. On constate par exemple qu'en 2016, en Suisse, plus de la moitié des personnes âgées de plus de 95 ans vivaient dans un établissement médico-social.

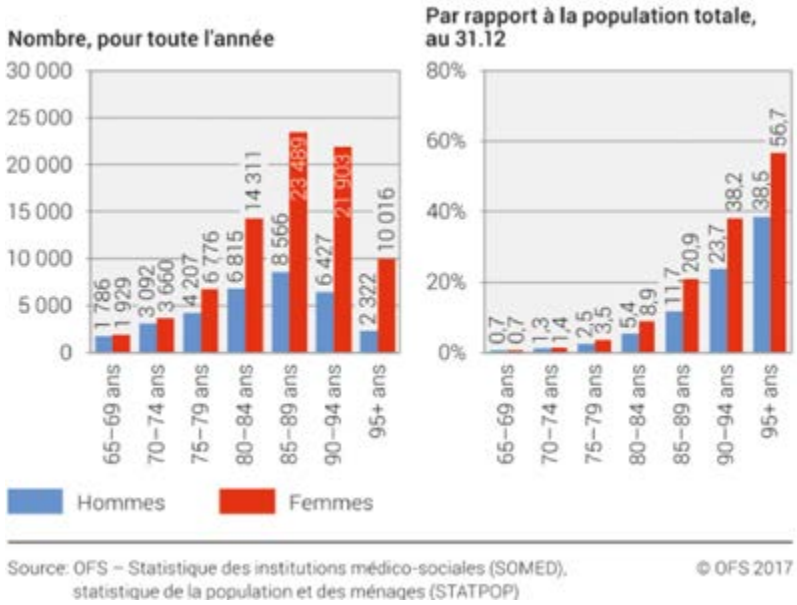
18 Office fédéral de la statistique. (2018). *Santé. Statistique de poche 2017*. Neuchâtel : OFS.

5.2 Structures intermédiaires

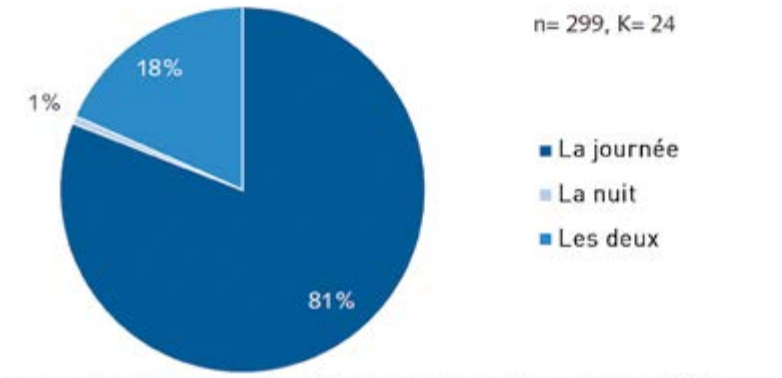
Les structures intermédiaires complètent la prise en charge des personnes âgées en Suisse. On distingue les offres suivantes[19] :

- **Structures d'accueil de jour et de nuit:** cette offre est principalement utilisée afin de soulager les proches aidants. Selon un recensement datant de 2016, il existe 400 structures d'accueil de jour et/ou de nuit en Suisse. La plupart de ces structures ne proposent qu'un accueil de jour (cf. graphique 6). Plus de 90 % des institutions soignent des personnes dépendantes et 75 % des institutions accueillent des personnes atteintes de démence. Près de deux tiers des structures d'accueil de jour et de nuit sont intégrées dans un établissement d'hébergement de longue durée. Le canton de Bâle-Ville possède l'une des densités de structures d'accueil de jour et de nuit les plus importantes en Suisse, avec 13 places pour 1 000 habitants. 86 % des institutions bénéficient de financements publics. Séjours de courte durée : ces offres servent surtout à soulager les proches aidants, en cas de vacances ou séjour en hôpital. En cas de dégradation de l'état de santé d'une personne dépendante, un séjour de courte durée peut être utile avant de retourner dans son environnement familier. En Suisse, la durée moyenne de séjour pour les séjours de courte durée est d'environ 30 jours. Les cantons de Bâle-Ville et d'Argovie disposent de l'offre la plus dense à l'échelle de la Suisse, avec 5,6 places pour des séjours de courte durée pour 1 000 habitants de plus de 80 ans.

Graphique 5 : Personnes vivant en établissement médico-social en 2016



Graphique 6 : Type de l'offre de structures d'accueil de jour et de nuit



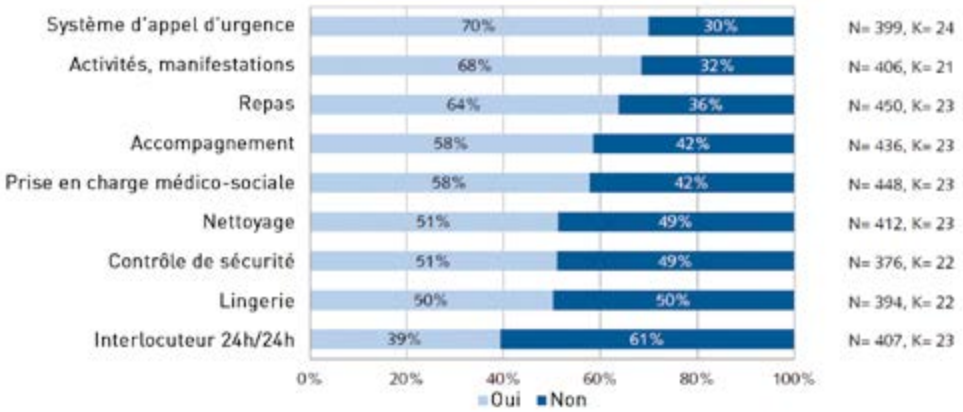
Source : Ecoplan – Enquête cantonale, structures intermédiaires, 2015.

Légende : n = Nombre de structures, qui ont répondu à cette question, sans la réponse « je ne sais pas »
K = Nombre des cantons, dans lesquels se trouvent ces structures

- **Appartements pour personnes âgées :** Ces appartements sont adaptés aux besoins des personnes âgées (par exemple en terme d'accessibilité). Près des trois quarts des autorités responsables de homes proposent des prestations de services telles que de l'aide et des soins à domicile sur place, un service de blanchisserie ou un service de repas (cf. graphique 7 page suivante).

19 Werner, S., Kraft, E., Mohagheghi, R., Meuli, R., & Egli, F. (2016). *Offre et recours aux structures intermédiaires pour personnes âgées en Suisse. Résultats d'une enquête auprès des cantons et d'une analyse de la Statistique des établissements médico-sociaux (Obsan Dossier 52).* Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. Publication en allemand avec un résumé en français, disponible uniquement en format électronique.

Graphique 7 : Prestations de services proposées dans les appartements pour personnes âgées



Source : Enquête cantonale, structures intermédiaires, 2015.
Légende : N = Nombre de structures, qui ont répondu à cette question, sans la réponse « je ne sais pas »
K = Nombre des cantons, dans lesquels se trouvent ces structures

60 % des appartements pour personnes âgées sont financés par des organismes d'utilité publique, telles que des fondations. Un tiers des appartements perçoit une contribution financière de la part du canton ou de la commune. Là-aussi, le canton de Bâle-Ville s'illustre par son rôle de précurseur, avec 133 hébergements pour 1 000 habitants de plus de 80 ans.

5.3 Financement des établissements médico-sociaux

On distingue quatre types de coûts pour le financement d'un séjour en établissement médico-social :

- Coût des soins : toutes les prestations de soins en vertu de la loi sur l'assurance maladie.
- Coûts d'accompagnement : il s'agit de prestations de services de l'établissement médico-social qui ne sont pas prises en charge par les caisses d'assurance maladie, telles que l'activation de la personne, l'organisation de la vie quotidienne, les activités sociales ou l'accompagnement.
- Coûts d'hébergement : ces coûts incluent la chambre, les repas et le ménage.
- Coûts personnels : il s'agit ici de dépenses personnelles, telles que la cafétéria, la pédicure ou le coiffeur.

Le calcul du coût des soins est basé sur une analyse des besoins, réalisée par le personnel de soins pendant la première semaine après l'entrée dans l'établissement. L'analyse des besoins est renouvelée tous les 6 mois au moins. L'analyse conduit à une classification sur une échelle de 1 à 12, le degré de soins 1 correspondant à un temps de soins de 20 minutes par jour, augmentant de 20 minutes par degré, pouvant aller jusqu'à 240 minutes au degré 12. Les instruments d'analyse des besoins peuvent être choisis de manière autonome par l'établissement médico-social ou bien fixés au niveau cantonal. Il existe trois instruments d'analyse des besoins en Suisse :

- BESA (*Bewohner- und Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem*), qui est utilisé en Suisse alémanique et en Suisse romande,
- RAI-NH (*Resident Assessment Instrument – Nursing Home*), utilisé dans toutes les régions linguistiques, en français, allemand et italien,
- PLAISIR / PLEX (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis), qui n'est utilisé qu'en Suisse romande.

Tandis que BESA et RAI-NH sont harmonisés, de façon à ce que malgré des algorithmes différents, les degrés de soins correspondent à un niveau de soins similaire, l'harmonisation n'a pu être effectuée avec PLAISIR/PLEX. En moyenne, les établissements médico-sociaux travaillant avec PLAISIR/PLEX obtiennent des degrés de soins plus élevés que les établissements qui travaillent avec les deux autres outils.

Les coûts des soins basés sur la classification par degrés de soins sont financés par trois sources :

- Assurance maladie en vertu de l'article 7a de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) : 9 CHF pour 20 minutes de soins, plafonné à 108 CHF par jounée de soins (degré 12).
- Résidents : en vertu de la loi sur l'assurance maladie (LAMal), ils financent jusqu'à 20 % du montant maximal de l'Assurance obligatoire des soins (AOS), ce qui correspond à un plafond de 21,60 CHF par journée de soins.
- Communes/Canton: montant résiduel du coût des soins.

La contribution de l'assurance maladie et la quote-part des résidents ont été déterminées en 2011par la Confédé-

ration dans le cadre du nouveau régime de financement des soins et n'ont pas été révisées depuis. Au total, environ la moitié des coûts des soins prodigués dans les établissements médico-sociaux sont pris en charge par les assureurs, un tiers par le secteur public et le reste par les résidents eux-mêmes. S'y ajoutent les coûts d'hébergement et d'accompagnement pour les résidents.

Les coûts d'hébergement et d'accompagnement sont financés par les ressources personnelles des résidents, telles que des versements de l'assurance vieillesse et survivants (AVS) ou l'assurance-invalidité (AI), des prestations de prévoyance professionnelles, etc. Si les ressources ne suffisent pas, des prestations complémentaires (PC) sont versées en sus par la caisse de compensation cantonale ou l'une de ses antennes au niveau communal, dans la limite d'un plafond déterminé au niveau cantonal. Les coûts liés à un séjour en établissement médico-social ne peuvent presque plus être financés sur les ressources personnelles, même par les personnes de la classe moyenne[20].

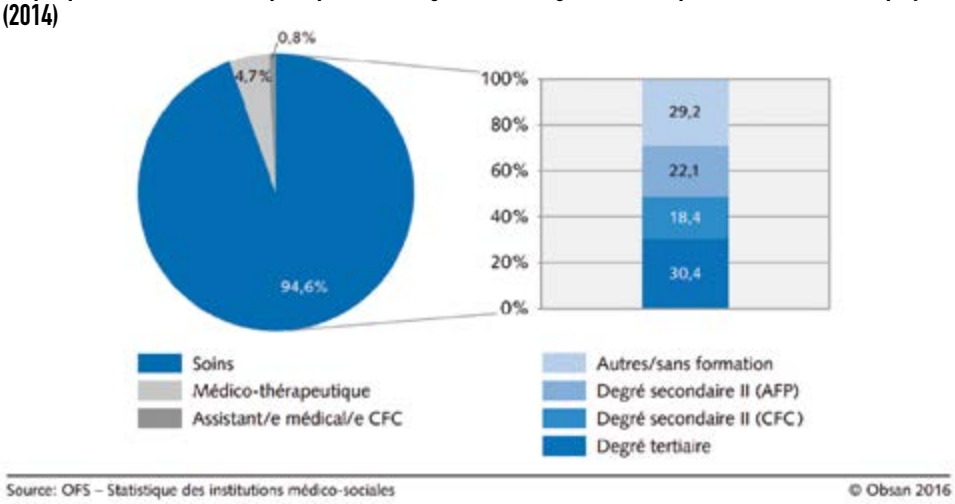
5.4 Qualification du personnel soignant dans les établissements médico-sociaux

En 2016, 128 767 personnes étaient embauchées en équivalent temps plein dans des établissements médico-sociaux[21]. Avec 61 855 équivalents temps plein, le secteur des soins représente la majorité des employés. On distingue trois niveaux de formation dans le domaine des soins :

- Degré tertiaire (p.ex. Infirmiers Ecole supérieure (ES) ou Haute école spécialisée (HES)) : formation de 3-4 ans après le degré secondaire II (celle-ci comprend un apprentissage avec ou sans maturité professionnelle, école de culture générale ou gymnasium).
- Degré secondaire II avec deux sous-degrés :
  - Certificat fédéral de capacité (CFC) (p. ex. Assistant en soins et santé communautaires) : formation de 3 ans, avec la possibilité d'obtenir une maturité professionnelle.
  - Attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) (p.ex. Assistant santé-social) : formation de 2 ans, qui permet d'effectuer une passerelle vers une formation de niveau CFC.
- Auxiliaires de soins ayant effectué plusieurs jours de formation d'initiation ou sans formation.

Dans le secteur des établissements médico-sociaux, le personnel soignant du degré tertiaire et le personnel auxiliaire représentent respectivement environ 30 % du personnel, tandis que le personnel soignant disposant d'une formation de degré secondaire II constitue le groupe professionnel le plus important, avec 40 % du personnel (cf. graphique 8)[22]. La répartition est la même dans les établissements publics que dans les établissements privés. Dans certains cantons, la répartition entre personnels du degré tertiaire et personnels du degré secondaire II est liée aux autorisations d'exploitation. Ainsi, pour délivrer une autorisation d'exploitation, le Canton d'Argovie exige qu'au moins 40 % du personnel soignant soit du personnel qualifié (sans distinction entre degré tertiaire et degré secondaire II), dont au moins 50 % au degré tertiaire[23].

Graphique 8 : Etablissements pour personnes âgées : Skill et grade mix du personnel de santé employé (2014)



20 Mösle, H. (2015). Etablissements médico-sociaux et services de soins. In Oggier, W. (Hrsg.) *Système de santé suisse 2015-2017*. Berne : Hofgrefe.

21 Office fédéral de la statistique, dans : https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alters-pflegeheime.html.

22 Merçay, C., Burla, L., & Widmer, M. (2016). *Personnel de santé en Suisse. Etat des lieux et projections à l'horizon 2030 (Obsan Rapport 71)*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

23 Kanton Basel-Landschaft, Altersbetreuungs- und Pflegeverordnung (APV) vom 20.03.2018, §5.

Dans son accord-cadre avec la Fédération des établissements médico-sociaux, le Canton de Bâle-Ville exige que 45 % du personnel soignant soit du personnel qualifié[24], et le Canton de Bâle-Campagne exige 40 % de personnel qualifié dans son ordonnance sur l'accompagnement des personnes âgées et les soins[25], étant noté que les deux textes ne fixent pas le pourcentage de diplômés du degré tertiaire.

Envivron 90 % du personnel de santé dans les établissements médico-sociaux sont des femmes. L'âge moyen du personnel est plus élevé que dans le domaine hospitalier par exemple. Ainsi, environ 38 % du personnel est âgé de plus de 50 ans, ce qui impliquera de nombreux départs en retraite dans les prochaines années. Les établissements médico-sociaux ont beaucoup de difficultés à recruter du personnel qualifié au degré tertiaire. Toutefois, les cantons proches de la frontière ont moins de difficultés car ils bénéficient de la présence de frontaliers. On estime que, d'ici 2030, le secteur des établissements médico-sociaux aura besoin de 40 % à 48 % de personnel supplémentaire (entre 25 590 et 30 453 personnes), ce qui va renforcer davantage encore le manque en personnel qualifié dans le domaine des soins aux personnes âgées.

5.5 Garantie de la qualité pour les soins en établissement

Les cantons sont responsables de la garantie de la qualité des soins de longue durée. L'autorisation d'exploitation pour un établissement médico-social est soumise à des normes cantonales concernant par exemple la composition du personnel, les locaux ou les équipements techniques. En outre, dans le cadre de la procédure d'autorisation, les cantons peuvent demander aux établissements de présenter le mode d'organisation prévu, sur des sujets tels que l'accompagnement et les soins, la structure organisationnelle et managériale, l'hygiène, la sécurité ou les situations d'urgence[26]. Les exigences varient beaucoup d'un canton à l'autre.

En vertu de la loi sur l'assurance maladie (LAMal §59a), les établissements médico-sociaux suisses ont l'obligation de mettre à la disposition des autorités compétentes des données portant sur la structure, les effectifs et le financement, ainsi que des données relatives aux indicateurs de qualité médicale. Ces données servent notamment à surveiller la rentabilité et la qualité des établissements. Depuis le milieu des années 1990, les données concernant la structure, le personnel et les résidents sont collectées par la Confédération helvétique. Depuis 2012, ces données sont publiées sur le site de l'Office fédéral de la santé publique[27]. Il est prévu que des indicateurs de qualité médicaux couvrant quatre thématiques – mesures limitant la liberté de mouvement, malnutrition, polymédication et douleurs – soient également recensés et publiés à partir de 2019.

Les cantons de Bâle-Ville, Bâle-Campagne et Soleure ont développé leurs propres initiatives d'amélioration de la qualité en coopération avec les représentants des branches au niveau cantonal. Le manuel Qualité pour les établissements médico-sociaux, *qualivista*[28], soutient le développement de la qualité au niveau interne et constitue également un outil de vérification dans le cadre d'audits externes. A l'heure actuelle, dix cantons travaillent avec qualivista.

6. SERVICES AMBULATOIRES

6.1 Aide et soins à domicile

En Suisse, les structures d'aide et de soins à domicile (Spitex) effectuent la majorité des soins ambulatoires professionnels pour les personnes âgées. Les principales prestations de services que proposent ces structures sont :

- Prestations de soins
  - Evaluation, conseil et coordination
  - Soins de traitement
  - Soins de base
- Prestations d'aide ménagère et prestations d'accompagnement social (p.ex. entretien domestique, blanchissage, courses, accompagnement social)

Selon la région et la structure peuvent venir s'ajouter d'autres prestations de services, telles que des soins pédiatriques à domicile, des soins en oncologie, des soins palliatifs, des services de livraisons de repas à domicile, des services de transport et d'accompagnement, de location de matériel et aides techniques, de conseils en matière d'alimentation et de diabète, des offres visant à soulager les proches aidants ou encore des soins aigus ou de transition, pour une durée maximale de deux semaines.

24 Kanton Basel-Stadt und VAP Basler Alterspflegeheime, Pflegeheim-Rahmenvertrag für die Jahre 2017 bis 2021.

25 Kanton Basel-Landschaft, Altersbetreuungs- und Pflegeverordnung (APV) vom 20.03.2018, §5.

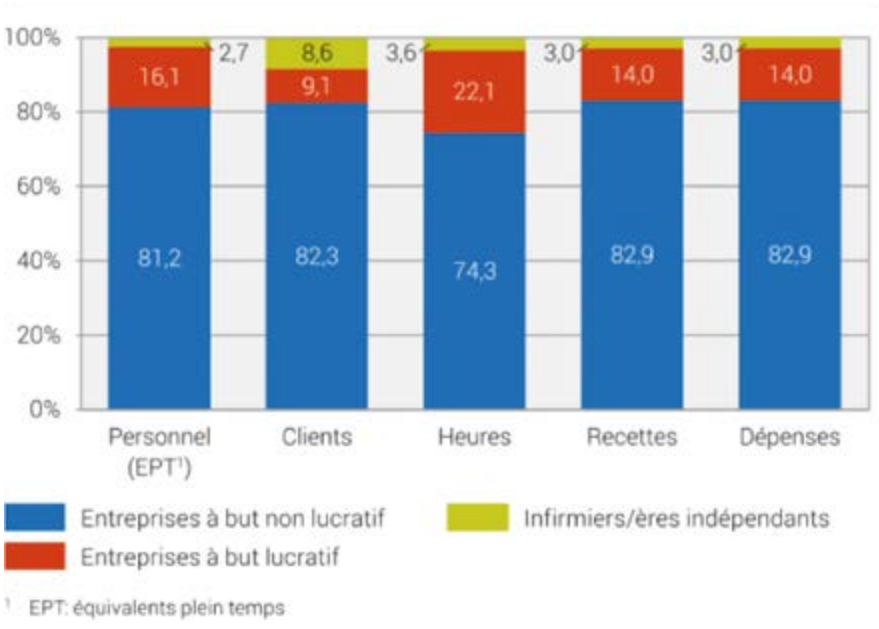
26 Simon, M., & Zúñiga, F. (2018). Ordnungspolitische Ansätze zur Steuerung der Versorgungsqualität in der stationären Langzeitpflege in den USA und der Schweiz. In K. Jacobs, A. Kuhlmey, S. Gress, J. Klauber, & A. Schwinger (Eds.), *Pflege-Report 2018* (S. 45-51). Berlin : Springer. Ouvrage non traduit en français.

27 Office fédéral de la santé publique, dans : https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-pflegeheimen.html.

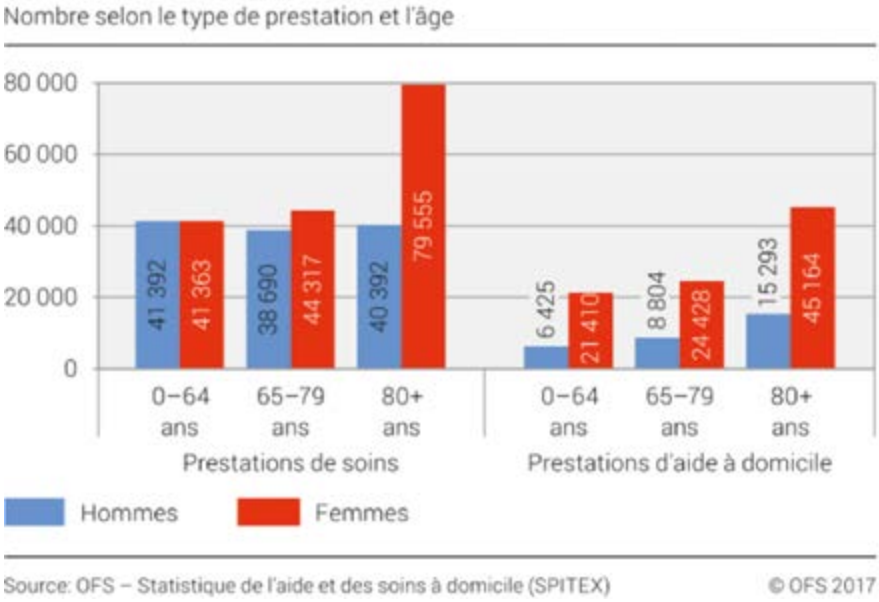
28 Qualivista, dans : https://www.qualivista.ch/.

Parmi les prestataires, on distingue les structures publiques à but non lucratif (580 structures), les structures à but lucratif (environ 390 structures) et les personnels de soins indépendants (environ 940 prestataires)[29]. La majorité des structures à but non lucratif sont membres des associations cantonales d'aide et de soins à domicile, lesquelles sont elles-mêmes membres de l'association faîtière Aide et soins à domicile, au niveau national. Certaines des structures à but lucratif et certains travailleurs indépendants se sont regroupés dans l'Association Spitex privée Suisse (ASPS[30]). Les structures à but non lucratif disposent souvent d'une offre de soins plus importante que les prestataires privés. Depuis quelques années, on observe un phénomène de concentration des structures, ayant pour conséquence un recul du nombre de structures. En effet, avec les exigences croissantes en matière de prestations de services à proposer et la pression croissante de la réduction des coûts, les structures se regroupent afin de mutualiser par exemple les infrastructures et l'administration[31]. Environ 80 % des clients sont accompagnés par des Aides et soins à domicile à but non lucratif. Le nombre de travailleurs indépendants est en hausse constante mais ne couvre cependant qu'une petite part du marché.

Graphique 9 : Aide et soins à domicile : caractéristiques des fournisseurs de prestations, en 2016



Graphique 10 : Clients des services d'aide et de soins à domicile



Ce sont les cantons ou les communes qui portent la responsabilité de l'offre de services d'aide et de soins à domicile. À cette fin, cantons et communes mettent en place des conventions de prestation avec des structures d'aide et de soins à domicile. Différentes communes peuvent également se regrouper et coordonner la mission. Les structures d'aide et de soins à domicile qui ont un contrat de prestation ont une obligation de prise en charge médico-sociale pour les clients qui sont inscrits.

En 2016[32], environ 340 000 personnes ont bénéficié de prestations de services d'aide et de soins à domicile à l'échelle de la Suisse, ces dernières ayant été assurées par près de 1 900 prestataires de services. Ainsi, 4 % de la population totale bénéficie de prestations de services d'aide et de soins à domicile, et la tendance va croissant. Le graphique 9 donne des informations sur le recours aux

29 Office fédéral de la statistique, dans : https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/aide-soins-domicile.html.

30 Le mot Spitex est employé dans la partie germanophone de la Suisse pour désigner les structure d'aide et de soins à domicile.

31 Gmür, R. & Steiner, P. (2015). Etablissements médico-sociaux. In Oggier, W. (Hrsg.) *Système de santé suisse 2015-2017*. Berne : Hofgrefe.

32 Office fédéral de la statistique, dans : https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/aide-soins-domicile.html.

prestations de soins et aux prestations d'aide ménagère à domicile. Les prestations de soins représentent environ deux tiers de toutes les prestations. La demande de prestations de soins croît avec les progrès médicaux et techniques et depuis l'introduction des forfaits par cas à l'hôpital, car de plus en plus de traitements ambulatoires – y compris des traitements spécialisés – sont effectués à domicile.

Plus de la moitié de toutes les heures facturées par les structures d'aide et des soins à domicile le sont pour des clients qui ont 80 ans et plus, tandis qu'ils ne représentent que 5 % de la population totale de la Suisse. Les deux tiers des clients sont des femmes.

6.2 Financement de la prise en charge ambulatoire

Les prestations d'aide et de soins à domicile coûtent 2,3 milliards de CHF par an, dont 86 % pour les frais de salaire et de personnels. Au même titre que les établissements médico-sociaux, les prestations d'aide et de soins à domicile sont prises en charge par les assurances (39 %), le secteur public (42 %) et les assurés eux-mêmes (17 %). En outre, les prestations sont couvertes par des dons et cotisations de membres.

En vertu de l'article 7 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), les prestations de soins sont effectuées sur prescription médicale ou délégation médicale et sont remboursées par l'Assurance obligatoire des soins (AOS). Les soins aigus et de transition sont également pris en charge par l'AOS et les autorités publiques. Les autres prestations de services ne sont pas prises en charge par l'AOS mais par le client ou par l'assurance complémentaire.

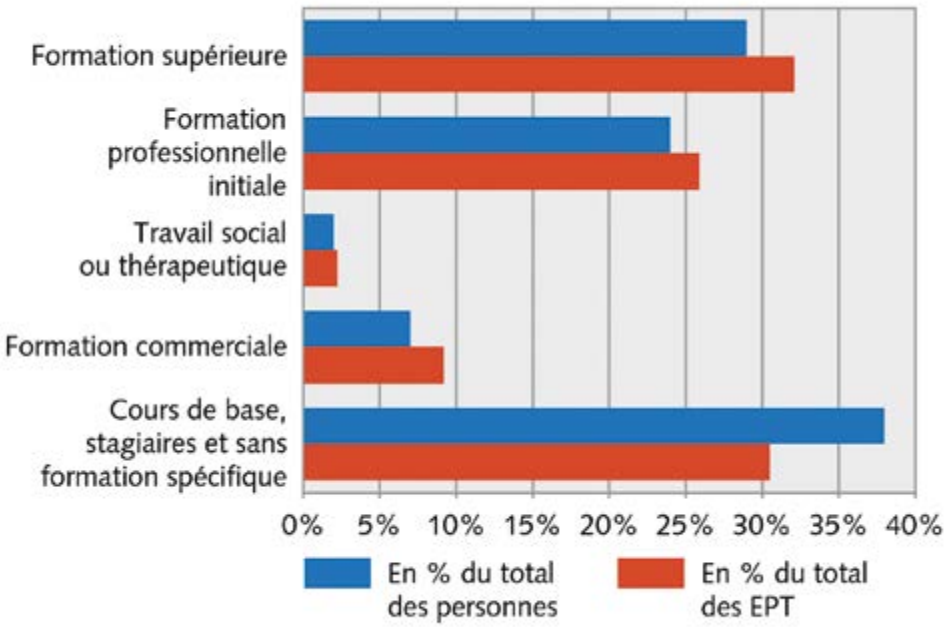
En vertu de l'article 7 de l' OPAS, on distingue trois types de prestations de soins prises en charge par l'AOS :

- a) Evaluation, conseil et coordination,
- b) Examens et traitements (p.ex. contrôle des signes vitaux, thérapie pour la respiration, médicaments, installation de perfusions, traitement des plaies, mais également soutien apporté aux malades psychiques dans des situations de crise),
- c) Soins de base (p.ex. bandage des jambes, installation du patient, mobilisation, prévenir les escarres, aide aux soins d'hygiène corporelle, pour l'alimentation, mais également surveillance et soutien apporté aux malades psychiques pour accomplir les actes ordinaires de la vie).

En vertu de l'article 7a de l'OPAS, le financement s'effectue en fonction du type de mesure : L'assurance prend en charge :

- Evaluation, conseil et coordination (a) : 79,80 CHF par heure
- Examens et traitement (b) : 65,40 CHF par heure
- Soins de base (c) : 54,60 par heure

Graphique 11 : Personnes et postes selon la qualification, en 2014



Source: OFS – SPITEX

© OFS, Neuchâtel 2015

Le client paie la franchise annuelle et la quote-part de 10 %, comme cela est décrit au point 2. Depuis l'introduction du nouveau régime de financement des soins vient s'y ajouter une participation aux coûts des soins, variable d'un canton à l'autre et plafonné à 15,95 CHF par jour. Le client prend en charge les coûts des prestations liées aux tâches domestiques et d'accompagnement social, sauf s'il a une assurance complémentaire pour ces prestations. Le financement fonctionne de la même façon pour les organisations d'aide et de soins à domicile privées et publiques.

6.3 Qualification du personnel de soins ambulatoires

En 2016, près de 48 400 personnes travaillaient dans des structures d'aide et de soins à domicile ou en tant que personnel soignant indépendant. Cela correspond à un équivalent temps plein de 21 261 postes. Le graphique 11 montre la répartition par groupes professionels en 2014. 29 % du personnel soignant est diplômé du supérieur (degré tertiaire), 24 % est diplômé du secondaire II et 38 % n'a pas de formation.

Les responsabilités varient en fonction des groupes professionels. Les personnels du degré tertiaire (infirmier diplômé Ecole supérieure (ES) ou Haute école spécialisée (HES)) effectuent les actes relevant des trois groupes de prestations définis à l'article 7a de l' Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Le personnel soignant disposant d'une formation professionnelle de base, quant à lui, se concentre sur les soins de base et n'effectue que ponctuellement des actes relevant des examens et traitements, lorsqu'il dispose des compétences requises à cet effet. Les auxiliaires de soins sont principalement responsables des prestations d'aide ménagère et d'accompagnement social et peuvent effectuer une partie des soins de base, s'ils ont suivi les cours de soins ou d'accompagnement nécessaires. Les structures d'aide et de soins à domicile qui ont un contrat de prestation avec le canton ou la commune ont besoin de davantage de personnels qualifiés au degré tertiaire, en raison de l'obligation de soin qui leur est imposé et en raison du fait qu'elles offrent une palette de prestations plus large.

6.4 Garantie de la qualité des soins ambulatoires

Comme pour les établissements médico-sociaux, des normes peuvent être définies pour les prestataires de soins, soit au niveau cantonal dans le cadre de l'octroi d'autorisations d'exploitation, soit au niveau communal dans le cadre de conventions de prestations. En fonction du commanditaire, les normes peuvent porter sur le volume des prestations, la durée d'intervention, l'expérience professionnelle nécessaire pour diriger un service, les garantie de la qualité, la sécurité au travail, de protection sanitaire, l'expérience professionnelle requise pour le personnel, la prise en charge médicale, le financement ou d'autres aspects encore. Les cantons peuvent décider s'ils procèdent à des visites de contrôle dans les structures d'aide et de soins à domicile afin de garantir la qualité.

Contrairement aux établissements médico-sociaux, un instrument généralisé a pu être introduit dans le secteur de l'aide et des soins à domicile afin de procéder à l'analyse des besoins, le RAI-HC (Resident Assessment Instrument – Home Care). Aide et soins à domicile, l'association faîtière des structures d'aide et de soins à domicile à but non lucratif, travaille depuis 2010 sur le développement d'une base de données nationale sur la base des données de RAI-HC. Depuis 2016, toutes les structures d'aide et de soins à domicile à but non lucratif disposent d'un accès à la base de données HomeCareData, dont ils peuvent utiliser les données clés à des fins d'exploitation et de développement de la qualité en interne. Chaque année, HomeCareData fait parvenir un rapport aux structures, concernant les 19 indicateurs de qualité relatifs à l'aide et aux soins à domicile (p.ex. prévalence des charges pesant sur les personnes aidantes informelles, examens de la douleur insuffisants, signes de carence de soins, incidence de problèmes de communication, incontinence urinaire). L'Office fédéral de la santé publique travaille à l'élaboration d'indicateurs de qualité nationaux afin d'établir un rapport public.

Le Manuel Qualité de l'association Aide et soins à domicile constitue un autre instrument de promotion de la qualité. Ce manuel encourage les structures d'aide et de soins à domicile à se soutenir mutuellement dans le management de la qualité, dans le cadre d'une démarche d'évaluation par les pairs, au moins deux fois par an. L'Association Spitex privée Suisse dispose d'un instrument de mesure de la qualité analogue.

7. ACCOMPAGNANTS ET PROCHES AIDANTS

7.1 La situation des accompagnants et proches aidants en Suisse

En Suisse, une grande partie des soins et de l'accompagnement/du soutien est effectuée bénévolement par des proches. Ces derniers permettent le maintien à domicile de nombreux malades chroniques ou personnes handicapées, dans leur environnement familier. Sans les proches, les besoins supplémentaires en soins et accompagnement ne pourraient être assumés. Concrètement, en 2014, environ 330 000 personnes entre 15 et 64 ans ont effectué des prestations d'accompagnement et de soins

Alexander Raths – Shutterstock

de proches; simultanément, entre 220 000 et 265 000 personnes de 65 ans et plus ont bénéficié d'une aide informelle. Plus de 9 % de la population de plus de 15 ans délivre de l'aide et/ou des soins à un proche adulte . En 2013, 42,3 millions d'heures ont été effectuées par des proches soignants et aidants à l'échelle fédérale, ce qui correspond à 22 600 équivalents temps plein. Ce sont les proches âgés de 50 à 64 ans qui sont les plus impliqués dans les tâches d'accompagnement et de soins.

Le soutien de proches aidants et proches soignants est principalement axé sur des activités d'accompagnement, telles qu'un soutien psychique et social, la réalisation de tâches domestiques ou administratives, ou encore le transport. Les proches n'effectuent que jusqu'à environ 25 % de soins et sont souvent suppléés par des prestataires d'aide et de soins à domicile professionnels[33].

L'accompagnement de personnes dépendantes atteintes de maladies chroniques peut représenter une charge et conduire au surmenage. Les proches de personnes atteintes de démence sont également touchés par la perte de la relation avec leur proche. La conciliation entre activité professionnelle et soins constitue un autre défi, notamment pour les proches aidants d'âge moyen. Lorsqu'ils ne parviennent pas à concilier les deux aspects, cela peut mener – selon leur situation - à une mise en danger de leur carrière professionnelle[34]. Les filles aidantes en particulier réduisent leur charge de travail ou cessent totalement leur activité professionnelle, ce qui mène à des pertes matérielles.

La majeure partie des personnes dépendantes souhaite bénéficier de soins et d'accompagnement de la part de leurs proches. Les proches aident à réduire le manque en personnels dans le domaine de la santé et à minimiser la hausse des coûts de santé. Ainsi, ils participent au maintien d'une prise en charge de qualité des personnes âgées en Suisse. La Confédération a mis en place un programme de financement visant à soulager les proches aidants. Dans un premier temps, les besoins et la situation des proches aidants devraient être répertoriés. Dans un deuxième temps, des programmes visant à soulager les proches aidants devraient être mis en place afin de leur permettre de mieux concilier activité professionnelle et prise en charge[35].

7.2 Possibilités visant à soulager et soutenir les proches aidants

En ce qui concerne le soutien financier, plusieurs possibilités s'offrent aux proches aidants. Certains cantons et communes proposent des allocations d'assistance pour les proches aidants, dont le canton de Bâle-Ville. Toutefois, leur montant ne permet pas de compenser les pertes de salaire. Ainsi, ces allocations doivent plutôt être considérées comme une reconnaissance financière. Les proches ayant droit à des prestations complémentaires et subissant des pertes de revenus en raison des soins et de l'accompagnement peuvent se faire indemniser les frais de maladie et d'invalidité. Toutefois, l'enquête auprès des cantons montre qu'il est rarement fait recours aux deux options. Une autre possibilité – en fonction de la commune – consiste à ce que le proche aidant se fasse embaucher par une structure d'aide et les soins à domicile et qu'il recoive un salaire en fonction de sa qualification et des tâches qu'il effectue. A l'heure actuelle, le droit du travail ne prévoit pas de base juridique pour permettre aux

33 Dutoit, L., Pellegrini, S., & Füglister-Dousse, S. (2016). *Soins de longue durée dans les cantons. Trois modèles-types d'organisation (Obsan Bulletin 13/2016)*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.

34 Conseil fédéral. (2014). Soutien aux proches aidants : analyse de la situation et mesures requises pour la Suisse. Téléchargé sur https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-pflegende-angehoerige.html.

35 Office fédéral de la santé publique, dans : https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraefteinitiative-plus/foerderprogramme-entlastung-angehoerige.html.

salariés de cesser leur activité professionnelle pour une moyenne durée ou une période plus longue afin d'accompagner leurs proches. Les pertes de salaires dûes aux congés sans solde ou à la réduction des missions peuvent menacer l'existence des proches aidants. Ainsi, il est urgent de développer d'autres options.

8. CONCLUSION

L'espérance de vie allant croissant, le nombre de personnes âgées dépendantes est en hausse. Ce phénomène touche toute l'Europe et constitue un défi au système de santé suisse, notamment concernant le manque de personnels de santé et le financement de l'aide et des soins. Le développement de nouvelles structures de soins, où la conjugaison d'offres de soins ambulatoires et en établissement permet une prise en charge intégrée et efficace, est nécessaire. Concernant le manque de personnels qualifiés, des initiatives existent à l'échelle de la Confédération et des cantons afin d'encourager la relève, d'augmenter l'attractivité des métiers de santé, de faciliter la réinsertion, d'augmenter le nombre de places de formation, d'obtenir du personnel et d'améliorer l'équilibre entre compétences de métier et niveaux de formation (Skill- et Grademix). En outre, des efforts sont faits pour améliorer l'efficacité, avec des développements dans le domaine de la e-santé par exemple. Le développement d'offres pour soulager et soutenir les proches accompagnants et aidants constitue également une stratégie importante afin de préparer la Suisse aux défis futurs. En effet, il ne sera pas possible de couvrir le besoin en soins et accompagnement uniquement avec des prestations de soins formelles. La charge financière constitue un autre problème important, surtout pour les cantons ; le développement de solutions est urgent.

9. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

TEXTES DE LOI ET ORDONNANCES :

- Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal).
- Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS).

RAPPORTS ET ÉTUDES :

- Ankers, N., & Serdaly, C. (2017). *Personnes âgées peu dépendantes de soins. Prise en charge dans cinq cantons romands (Obsan Dossier 58)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Bischofberger, I., Jähnke, A., Rudin, M., & Stutz, H. (2014). *Betreuungszulagen und Entlastungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige. Schweizweite Bestandsaufnahme*. Heruntergeladen von http://www.careum.ch/documents/20181//63530/ /Careum_BASS_2014_Betreuungszulagen.pdf.
- Office fédéral de la statistique (2015). *Scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2015-2045*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique .
- Dutoit, L., Pellegrini, S., & Füglister-Dousse, S. (2016). *Soins de longue durée dans les cantons. Trois modèles-types d'organisation (Obsan Bulletin 13/2016)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Füglister-Dousse, S., Dutoit, L., & Pellegrini, S. (2015). *Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse. Evolutions 2006-2013 (Obsan Rapport 67)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- INFRAS, Landolt Rechtsantwälte und Careum Forschung (2018). *Evaluation du nouveau régime de financement de soins. Rapport mandaté par l'Office fédéral de la santé publique*. Berne : Office fédéral de la santé publique.
- Merçay, C., Burla, L., & Widmer, M. (2016). *Personnel de santé en Suisse. Etat des lieux et projections à l'horizon 2030 (Obsan Rapport 71)*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé.
- Confédération suisse (2016). Bestandsaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege. Bericht des Bundesrates.
- Werner, S., et al. (2016). *Offre et recours aux structures intermédiaires pour personnes âgées en Suisse. Résultats d'une enquête auprès des cantons et d'une analyse de la Statistique des établissements médico-sociaux (Obsan Dossier 52)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

STATISTIQUES:

- Office fédéral de la santé publique : Faits et chiffres des établissements médico-sociaux (EMS) : https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-pflegeheimen.html.
- Office fédéral de la statistique : Thème Santé : https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante.html.
- Catalogues et banques de données : https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees.html.

SITES INTERNET :

- Aides et soins à domicile Suisse
- Alzheimer Suisse
- Amt für Gesundheit, Kanton Basel-Llandschaft, Alter
- Amt für soziale Sicherheit, Kanton Solothurn, Alter und Pflege
- Association Spitex privée Suisse (ASPS)
- Assurances sociales AVS/AI : https://www.ahv-iv.ch/fr/.

- CareInfo (Informationen rund um Care-Migration)
- Caritas Care
- CURAVIVA Schweiz
- Croix rouge suisse, Informations et soutien aux proches aidants
- Departement Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau, Gesundheitsversorgung
- Gesundheitsdepartement Kanton Basel-Stadt, Gesundheitsversorgung
- Gesundheitsdepartement Kanton Jura
- Office fédéral de la santé publique OFSP : https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home.html.
- Office fédéral de la statistique OFS : https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home.html.
- Observatoire suisse de la santé publique
- Senesuisse

NOTES

NOTES

KONTAKT // CONTACT

TRISAN / Euro-Institut
Rehfusplatz 11 / D-77694 Kehl
trisan@trisan.org / +49 7851 7407 38 / **www.trisan.org**

TRISAN

Das Projekt TRISAN wurde von der deutsch-französisch-schweizerischen Oberrheinkonfenrez ins Leben gerufen und wird im Rahmen des Programms INTERREG V A Oberrhein kofinanziert. Getragen wird es vom Euro-Institut, welches auf Fortbildung, Projektbegleitung und Beratung im Bereich der grenzüberschreitendenden Zusammenarbeit spezialisiert ist. Eine Kofinanzierung erhält es ebenfalls von den Gesundheitsverwaltungen am Oberrhein.

TRISAN

Trisan est un projet initié par la Conférence franco-germano-suisse du Rhin supérieur cofinancé dans le cadre du programme Interreg V A Rhin supérieur. Il est porté par et basé à l'Euro-Institut, Institut pour la coopération transfrontalière spécialisé dans la formation, l'accompagnement et le conseil des projets transfrontaliers. Il est également cofinancé par les administrations en charge de la santé dans le Rhin supérieur.

Mis en page et imprimé par Print Europe – www.printeurope.fr – 10/2018.

Euro Institut

Baden-Württemberg
REGIERUNGSPRÄSIDIUM KARLSRUHE

RheinlandPfalz
MINISTERIUM FÜR FAMILIE, FRAUEN, JUGEND, INTEGRATION UND VERBRAUCHERSCHUTZ

Baden-Württemberg
MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

Kanton Basel-Stadt

BASEL LANDSCHAFT

KANTON AARGAU

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Regio Basiliensis

Fonds européen de développement régional (FEDER)
Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)

Dépasser les frontières : projet après projet
Der Oberrhein wächst zusammen, mit jedem Projekt