

47e SESSION

Rapport
CG(2024)47-17
16 octobre 2024

Vieillesse des communautés – garantir l'accès des personnes âgées à une aide sociale de qualité

Commission de l'inclusion sociale et de la dignité humaine

Rapporteuses¹ : Carla DEJONGHE, Belgique (R, GILD)
Joanne LABAN, Royaume-Uni (L, CRE)

Résolution 504 (2024).....	2
Recommandation 517 (2024).....	4
Exposé des motifs.....	6

Résumé

La plupart des États membres du Conseil de l'Europe connaissent un vieillissement de leur population. Les collectivités locales et régionales sont en première ligne face aux défis liés à cette évolution, tels que la demande croissante de soins de longue durée, l'augmentation des coûts des soins à domicile et en institution, la pénurie de personnel, le maintien des normes de qualité et la nécessité d'une meilleure coopération interinstitutionnelle.

S'appuyant sur des exemples de bonnes pratiques recensés dans différents pays d'Europe, le rapport montre comment les collectivités locales et régionales peuvent relever certains de ces défis, à la fois par des approches globales en faveur de collectivités accueillantes pour les personnes âgées et par des mesures innovantes pour leur apporter des soins de qualité.

Dans sa résolution, le Congrès invite les collectivités locales et régionales à développer des villes et des collectivités adaptées aux personnes âgées et à investir dans des programmes de prévention et des solutions de proximité, telles que les visites préventives à domicile assurées par des infirmières et infirmiers libéraux, les centres pour la promotion d'un vieillissement actif ou les agences de bénévolat. Dans sa recommandation, le Congrès appelle les gouvernements des États membres à soutenir les autorités infranationales, notamment en créant un contexte favorable à des villes plus respectueuses des personnes âgées, en fournissant des fonds et des incitations financières pour des services de proximité de qualité et en améliorant les conditions de travail et la mobilité du personnel soignant par le biais des législations et des politiques nationales.

¹ L : Chambre des pouvoirs locaux / R : Chambre des régions
PPE/CCE : Groupe du Parti populaire européen du Congrès
SOC/V/DP : Groupe des Socialistes, Verts et Démocrates progressistes
GILD : Groupe indépendant libéral et démocratique
CRE : Groupe des Conservateurs et Réformistes européens
NI : Membres n'appartenant à aucun groupe politique du Congrès

RÉSOLUTION 504 (2024)²

1. Le Congrès des pouvoirs locaux et régionaux du Conseil de l'Europe se réfère :

a. à l'exposé des motifs sur le thème « Vieillesse des communautés – garantir l'accès des personnes âgées à une aide sociale de qualité » (CG-SOC(2024)3-02) ;

b. à la Résolution 2168 (2017) « Les droits humains des personnes âgées et leur prise en charge intégrale » de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe qui appelle les États membres à garantir la disponibilité et l'accessibilité de soins de santé et de soins de longue durée à un coût abordable pour les personnes âgées ;

c. à la Recommandation CM/Rec(2014)2 du Comité des Ministres aux États membres sur « la promotion des droits de l'homme des personnes âgées », qui prône l'autonomie, la participation et les soins des personnes âgées, sur la base d'un certain nombre de pratiques identifiées à travers l'Europe ;

d. à la Charte sociale européenne (révisée ; STE n° 163), qui garantit le droit d'accès au meilleur état de santé possible, à l'assistance sociale et médicale et aux services de protection sociale, et encourage des mesures visant à permettre aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible des membres à part entière de la société, de choisir librement leur mode de vie et de mener une existence indépendante dans leur environnement familial ;

e. à la Recommandation COM(2022)441 du Conseil de l'Union européenne sur « l'accès à des soins de longue durée abordables et de qualité » recommandant aux États membres de l'UE « d'ajuster en permanence l'offre de services de soins de longue durée en fonction des besoins en soins de longue durée » ;

f. à la Décennie des Nations Unies pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030) et au Cadre pour des villes amies des aînés de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en tant que cadres internationaux de promotion des droits, de la santé et du bien-être des personnes âgées ;

g. au programme des Nations Unies pour les Objectifs de développement durable (ODD), et en particulier l'ODD 3, qui vise à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge, et l'ODD 11, qui vise à promouvoir des villes et des communautés inclusives et durables.

2. Le Congrès note avec préoccupation que :

a. la plupart des États membres du Conseil de l'Europe connaissent une tendance générale au vieillissement des populations et des communautés locales ;

b. les collectivités locales et régionales, en tant qu'institutions, sont en première ligne face aux défis d'une population de plus en plus âgée et à une demande croissante de services de soins de longue durée dans différents contextes ;

c. en particulier, les collectivités locales et régionales sont confrontées à de nouveaux défis dans le domaine des soins de longue durée, tels que les coûts de plus en plus élevés pour les dispositifs de soins à domicile et en établissement, les pénuries de personnel, le maintien de normes de qualité dans les soins de longue durée, la nécessité d'une meilleure coopération entre les institutions et l'évolution des modèles familiaux ;

d. pour relever ces défis et faire en sorte que les villes et les collectivités soient plus adaptées aux personnes âgées, les autorités infranationales auront besoin d'un meilleur soutien législatif, politique et financier en premier lieu de la part des gouvernements nationaux, et le cas échéant par le biais de programmes européens ;

² Discussion et adoption par le Congrès lors le 16 octobre 2024 (voir document CG(2024)47-17, exposé des motifs), corapporteuses Carla DEJONGHE, Belgique (R, GILD) et Joanne LABAN, Royaume-Uni (L, CRE).

e. si certaines collectivités locales et régionales ont commencé à élaborer des réponses efficaces et innovantes à certains de ces défis, celles-ci ne sont pas encore suffisamment connues ni appliquées dans l'ensemble des États membres du Conseil de l'Europe pour garantir l'accès de toutes les personnes âgées à une aide sociale de qualité.

3. Le Congrès appelle les collectivités locales et régionales des États membres à créer un contexte favorable aux populations vieillissantes et à garantir le bien-être des personnes âgées, leur inclusion sociale et leur pleine jouissance des droits humains et les invite notamment :

a. à développer des villes et des collectivités adaptées aux personnes âgées en adoptant des mesures dans divers domaines d'action pertinents, conformément au Cadre de l'OMS pour des villes amies des aînés ; incluant la communauté et les soins de santé, les transports, le logement, la participation sociale, les espaces extérieurs et les bâtiments, le respect et l'inclusion sociale, la participation civile et l'emploi, la communication et l'information ;

b. à fournir des services et des environnements accessibles et adaptés aux personnes âgées, notamment en proposant différentes solutions de services de soins de longue durée à domicile et en établissement ;

c. à aider les personnes âgées à vivre de manière autonome aussi longtemps que possible et à faciliter leur pleine participation à la vie sociale, économique et politique de leur communauté locale ;

d. à investir dans des mesures et des approches innovantes pour répondre aux principaux défis identifiés pour les collectivités locales de toute l'Europe, notamment en investissant dans des programmes de prévention, en développant des services de soins de longue durée efficaces, en renforçant la coopération interinstitutionnelle et les solutions de proximité, en respectant les normes de qualité et en garantissant l'égalité d'accès et la qualité des services au sein des collectivités locales et entre les territoires de chaque pays ;

e. à encourager et à soutenir le bénévolat, les initiatives centrées sur la communauté et d'autres formes de soins informels ;

f. à concevoir et à mettre en place des services pour les personnes âgées d'une manière plus efficace en utilisant, le cas échéant, les technologies de la communication ;

g. à associer les personnes âgées à des approches de coproduction afin de s'assurer que les politiques et les services correspondent à leurs besoins réels ;

h. à mettre en place des outils d'assurance qualité par le biais des réglementations locales, des mécanismes de contrôle et des politiques de passation de marchés ;

i. à aider les aidant.es formel-les et informel-les, souvent des femmes, à améliorer leurs conditions de travail (notamment celles liées au temps de travail, aux salaires et au soutien psychosocial), en renforçant leur formation et leur développement professionnels, en augmentant, de manière générale, l'attractivité du secteur de l'aide, et en y facilitant l'accès pour les personnels venant de l'étranger et d'autres secteurs ;

j. à promouvoir, dans leurs contextes nationaux respectifs, l'intégration de l'action locale et régionale dans des stratégies nationales globales de prise en charge des personnes âgées, soutenant ainsi le développement cohérent et équilibré de sociétés respectueuses des personnes âgées à l'échelle nationale ;

k. à échanger les bonnes pratiques à l'échelle européenne et internationale afin d'améliorer en permanence les soins de longue durée et les autres services aux personnes âgées, par exemple en rejoignant le réseau de l'OMS des villes et collectivités amies des aînés.

4. Le Congrès s'engage à soutenir la mise en œuvre de la présente Résolution par la diffusion et la promotion d'actions innovantes à entreprendre pour garantir aux personnes âgées la pleine jouissance de leurs droits humains et l'offre effective de services de soins de qualité au niveau local le plus proche des citoyen-nes.

RECOMMANDATION (517) 2024³

1. Le Congrès des pouvoirs locaux et régionaux du Conseil de l'Europe se réfère :

a. à l'exposé des motifs sur le thème « Vieillesse des communautés – garantir l'accès des personnes âgées à une aide sociale de qualité » (CG-SOC(2024)3-02) ;

b. à la Résolution 2168 (2017) «Les droits humains des personnes âgées et leur prise en charge intégrale» de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe qui appelle les États membres à garantir la disponibilité et l'accessibilité de soins de santé et de soins de longue durée à un coût abordable pour les personnes âgées ;

c. à la Recommandation CM/Rec(2014)2 du Comité des Ministres aux États membres sur la promotion des droits de l'homme des personnes âgées, qui prône l'autonomie, la participation et les soins des personnes âgées, sur la base d'un certain nombre de pratiques identifiées à travers l'Europe ;

d. à la Charte sociale européenne (révisée ; STE n° 163) qui garantit le droit d'accès au meilleur état de santé possible, à l'assistance sociale et médicale et aux services de protection sociale, et encourage des mesures visant à permettre aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible des membres à part entière de la société, de choisir librement leur mode de vie et de mener une existence indépendante dans leur environnement familial ;

e. à la Recommandation COM(2022)441 du Conseil de l'Union européenne sur « l'accès à des soins de longue durée abordables et de qualité » recommandant aux États membres de l'UE « d'ajuster en permanence l'offre de services de soins de longue durée en fonction des besoins en soins de longue durée » ;

f. à la Décennie des Nations Unies pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030) et au Cadre pour des villes amies des aîné·es de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en tant que cadres internationaux de promotion des droits, de la santé et du bien-être des personnes âgées ;

g. au programme des Nations Unies pour les Objectifs de développement durable (ODD), et en particulier l'ODD 3, qui vise à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge, et l'ODD 11, qui vise à promouvoir des villes et des communautés inclusives et durables.

2. Le Congrès note avec préoccupation que :

a. la plupart des États membres du Conseil de l'Europe connaissent une tendance générale au vieillissement des populations et des communautés locales ;

b. les collectivités locales et régionales, en tant qu'institutions, sont en première ligne face aux défis d'une population de plus en plus âgée et à une demande croissante de services de soins de longue durée dans différents contextes ;

c. en particulier, les collectivités locales et régionales sont confrontées à de nouveaux défis dans le domaine des soins de longue durée, tels que les coûts de plus en plus élevés pour les dispositifs de soins à domicile et en établissement, les pénuries de personnel, le maintien de normes de qualité dans les soins de longue durée, la nécessité d'une meilleure coopération entre les institutions et l'évolution des modèles familiaux ;

d. pour relever ces défis et faire en sorte que les villes et les collectivités soient plus accueillantes pour les personnes âgées, les autorités infranationales auront besoin d'un meilleur soutien législatif, politique et financier en premier lieu de la part des gouvernements nationaux, et le cas échéant par le biais de programmes européens ;

³ Discussion et adoption par le Congrès lors le 16 octobre 2024 (voir document CG(2024)47-17, exposé des motifs), corapporteuses Carla DEJONGHE, Belgique (R, GILD) et Joanne LABAN, Royaume-Uni (L, CRE).

e. si certaines collectivités locales et régionales ont commencé à élaborer des réponses efficaces et innovantes à certains de ces défis, celles-ci ne sont pas encore suffisamment connues ni appliquées dans l'ensemble des États membres du Conseil de l'Europe pour garantir l'accès de toutes les personnes âgées à une aide sociale de qualité.

3. Le Congrès appelle le Comité des Ministres à inviter les autorités nationales respectives des États membres du Conseil de l'Europe :

a. à créer un contexte national favorable au développement de villes et de communautés accueillantes pour les personnes âgées, notamment par des investissements et des mesures dans les domaines politiques spécifiques relevant de la responsabilité nationale, conformément au cadre de l'OMS pour des villes accueillantes pour les personnes âgées, y compris la vie communautaire et les soins de santé, les transports, le logement, la participation sociale, les espaces extérieurs et les bâtiments, le respect et l'inclusion sociale, la participation civile et l'emploi, la communication et l'information ;

b. à développer des programmes de soutien spécifiques aux autorités locales et régionales pour développer les services de soins de longue durée dans différentes structures à domicile et en structure résidentielle ;

c. à coopérer avec les autorités locales et régionales et leurs associations pour élaborer les cadres juridiques, politiques et administratifs nécessaires pour permettre et favoriser l'avènement de villes et communautés respectueuses des personnes âgées dans les différents territoires ;

d. à mettre en place des mesures spéciales de soutien et des fonds de péréquation appropriés pour les différents territoires qui sont particulièrement touchés par les évolutions et les défis actuels ;

e. à soutenir les autorités locales et régionales, notamment en mettant en place des plateformes et des réseaux appropriés pour l'échange d'expériences et de bonnes pratiques, pour l'entraide à la diffusion d'approches innovantes dans tout le pays et pour le renforcement des capacités professionnelles nécessaires ;

f. à fournir un financement suffisant pour couvrir les dépenses des autorités locales et régionales en matière de soins de longue durée, lesquels, dans de nombreux pays, sont une responsabilité légale des collectivités infranationales ;

g. à financer des programmes innovants qui permettent aux personnes âgées de continuer de vivre au sein de leur collectivité locale et dans leur propre maison, en préservant leur autonomie aussi longtemps que possible ;

h. à soutenir la conception et la mise en œuvre de services de proximité et à encourager, par exemple par des incitations financières, les prestataires à mettre en place de tels services aux niveaux local et régional ;

i. à améliorer la coordination entre les services de santé et les services sociaux à tous les niveaux en soutenant et en finançant des méthodes de soins intégrés et en investissant dans la recherche et les approches de référence dans ce domaine ;

j. à améliorer les conditions de travail du personnel des établissements de soins de longue durée, par le biais de mesures législatives, politiques et de sensibilisation (notamment celles liées au temps de travail, aux salaires, au soutien psychosocial etc.) afin d'accroître la valorisation et l'attractivité du secteur et d'en faciliter l'accès pour le personnel venant de l'étranger et d'autres secteurs professionnels, y compris à travers la reconnaissance transnationale mutuelle des diplômes et qualifications.

4. Le Congrès appelle le Comité des Ministres et l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe à tenir compte de la présente recommandation et de l'exposé des motifs qui l'accompagne dans leurs activités relatives aux communautés vieillissantes et à l'accès des personnes âgées à des soins de qualité en tant que droit humain.

5. Le Congrès invite le Comité des Ministres, en particulier, à accorder une attention renouvelée aux droits fondamentaux des personnes âgées en procédant à une révision de la Recommandation CM/Rec(2014)2 du Comité des Ministres aux États membres sur la promotion des droits de l'homme des personnes âgées et en intensifiant ses activités de promotion liées aux paragraphes pertinents de la Charte sociale européenne (révisée), y compris en coopération avec le Congrès et l'Assemblée parlementaire afin de soutenir une action politique et législative pertinente à plusieurs niveaux.

EXPOSÉ DES MOTIFS⁴

RÉSOLUTION 504 (2024)	2
RECOMMANDATION (517) 2024.....	4
EXPOSÉ DES MOTIFS	7
INTRODUCTION : TENDANCES GÉNÉRALES ET DÉFIS DANS LES COMMUNAUTÉS VIEILLISSANTES.....	8
1. L'ACCÈS DES PERSONNES ÂGÉES AUX SOINS : UNE QUESTION DE DROITS HUMAINS 10	
1.1. Normes du Conseil de l'Europe traitant spécifiquement des droits des personnes âgées.....	11
1.2. Autres organisations et normes internationales	12
2. COMPÉTENCES DES COLLECTIVITÉS LOCALES ET RÉGIONALES EN MATIÈRE DE FOURNITURE DE SOINS DE LONGUE DURÉE AUX PERSONNES ÂGÉES.....	13
2.1 Financement, planification et réglementation de l'aide sociale aux personnes âgées	13
2.2 Fourniture, passation des marchés et assurance de la qualité des services d'aide sociale aux personnes âgées	14
2.3 Conséquences de la décentralisation ou de la recentralisation et des réformes relatives aux soins de longue durée sur la capacité des autorités infranationales à fournir une aide sociale de qualité	15
3. LES DÉFIS À RELEVER POUR FOURNIR DES SOINS DE LONGUE DURÉE AUX COMMUNAUTÉS VIEILLISSANTES.....	16
3.1 L'augmentation du coût des soins de longue durée pour les pouvoirs publics et pour les bénéficiaires.....	17
3.2 Pénuries de personnel et conditions de travail	19
3.3 Une dépendance excessive à l'égard des soins informels	20
3.4 La nécessité de renforcer la coordination entre les services de santé et les services sociaux	21
3.5 La nécessité de renforcer les soins de proximité aux personnes âgées	22
3.6 La nécessité de lutter contre les disparités territoriales	22
4. DES MESURES GÉNÉRALES ET INNOVANTES POUR RELEVER LES DÉFIS LIÉS À LA FOURNITURE DE SOINS DE LONGUE DURÉE AU NIVEAU LOCAL.....	24
5. CONCLUSIONS	26
5.1 Rôle à jouer et défis principaux à relever par les collectivités locales	26
5.2 Actions des collectivités locales	27
5.3 Actions des gouvernements nationaux	28
Annexes :	29
Exemples de pratiques innovantes en réponse à divers défis observés à travers l'Europe	29
1. Utiliser le pouvoir de la technologie	29
2. Mise à disposition de soins intégrés	31
3. Prévention et vieillissement actif	32
4. Développer les services de proximité	34
5. Travail préventif dans la communauté	35
6. Co-production des services de soins	36
7. Développement d'outils pour assurer la qualité	37
8. Logements et environnements adaptés à l'âge	39
9. Développement de la main-d'œuvre	41
10. Soutenir les aidant-es informel·les.....	42

⁴ Le présent exposé des motifs a été élaboré sur la base d'une contribution de Martin Lichte, spécialiste principal des politiques du European Social Network (ESN).

INTRODUCTION : TENDANCES GÉNÉRALES ET DÉFIS DANS LES COMMUNAUTÉS VIEILLISSANTES

1. Les villes et les régions européennes connaissent d'importants changements démographiques. En effet, la baisse du taux de fécondité associée à un allongement de l'espérance de vie, conduit à un vieillissement de la population. Au cours des dernières décennies, la proportion de personnes de 65 ans et plus⁵ – cet âge étant utilisé dans le présent exposé comme l'âge de référence pour définir les « personnes âgées » – a augmenté dans l'ensemble des États membres⁶. En fait, en 2024, la région européenne au sens large comptera plus de personnes de plus de 65 ans que de jeunes de moins de 15 ans, et les projections laissent supposer que d'ici 2050, le nombre de personnes âgées continuera d'augmenter considérablement⁷.

2. Le vieillissement de la population n'est pas un problème en soi. Les personnes âgées ne doivent pas être considérées comme un fardeau pour la société : elles peuvent, au contraire, constituer une ressource à plusieurs titres. Il est donc essentiel d'éviter tout discours âgiste, non seulement pour les personnes qui sont actuellement âgées, mais également pour l'ensemble de la société, dont les membres, espérons-le, vieilliront tous un jour et feront partie de cette catégorie. Les personnes âgées contribuent aux économies locales, dirigent ou fréquentent les entreprises locales, participent à la vie de la collectivité et transmettent les langues, la culture et la sagesse locales aux jeunes générations. Elles doivent donc être reconnues et traitées comme des membres à part entière de la société et comme des titulaires de droits.

3. Cependant, l'état de santé joue un rôle majeur dans la capacité à assumer ce rôle de citoyens actifs ; or, malheureusement, si les Européens vivent de plus en plus longtemps, ils ne vivent pas nécessairement en meilleure santé. L'écart entre notre espérance de vie et notre espérance de vie en bonne santé – en d'autres termes, le nombre d'années passées à vivre en mauvaise santé et donc en ayant besoin de soins – s'accroît⁸. Cela signifie que dans un avenir proche, beaucoup moins de personnes en âge de travailler devront subvenir aux besoins d'un nombre bien supérieur de personnes ayant atteint l'âge de la retraite, qui nécessiteront beaucoup plus de soins que l'actuelle population âgée.

4. Ces changements démographiques ne sont pas sans conséquences, en particulier pour les collectivités locales et régionales, qui doivent faire face à un besoin croissant d'espaces publics plus accessibles, de services sociaux plus élaborés et de politiques de vieillissement actif. Le rôle des collectivités locales est particulièrement important, car ce n'est qu'au niveau local que l'on peut construire des collectivités véritablement adaptées aux besoins des personnes âgées, qui combinent des approches axées sur la solidarité de proximité et le soutien informel avec une offre de soins de longue durée à domicile et en établissement, le but étant de préserver l'autonomie des personnes âgées et de leur permettre de participer activement à la vie de la société le plus longtemps possible.

5. Les tendances ainsi décrites confèrent également aux autorités infranationales des responsabilités accrues en matière de fourniture de soins. En Europe, si la mise en place et le financement des systèmes de protection sociale relèvent en premier lieu de la compétence des autorités nationales, les services de soins pour adultes sont souvent fournis, commandés ou supervisés par les pouvoirs publics au niveau local ou régional. Les soins de longue durée destinés aux personnes âgées dont l'autonomie diminue relèvent donc, dans de nombreux cas, de la responsabilité légale des collectivités locales et régionales, selon des modalités différentes en fonction des législations nationales.

⁵ Comme l'ont régulièrement défini les [institutions des Nations Unies](#), telles que le [Bureau du Haut-Commissaire des droits de l'homme](#), et comme l'ont retenu de nombreux pays développés, bien que la catégorie des personnes âgées puisse encore être [subdivisée](#) en trois tranches allant des plus jeunes aux plus âgés : les 65-74 ans, les 75-84 ans et les 85 ans et plus. Outre le nombre d'années, d'autres [références socioculturelles](#) peuvent être utilisées pour définir l'âge, notamment la situation familiale (le fait d'être grands-parents), l'apparence physique ou les problèmes de santé liés à l'âge.

⁶ [Eurostat \(2023\)](#).

⁷ World Population Prospects 2022, (UN DESA).

⁸ Exposé présenté par M. Yon Y., de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), lors de la réunion de la commission des questions d'actualité le 26 mars 2024.

6. Il existe différentes définitions des soins de longue durée, mais ils comprennent généralement une gamme de services et de prestations d'assistance destinés aux personnes qui, en raison d'une fragilité mentale et/ou physique, ou d'un handicap durable, dépendent d'une aide pour les activités de la vie quotidienne et/ou ont besoin de soins infirmiers à court ou à long terme. Des personnes de tous âges peuvent avoir besoin de soins de longue durée, mais la grande majorité de celles qui y ont recours est âgée⁹.

7. Les défis à relever pour assurer la prestation de soins de longue durée sont nombreux et ont encore été exacerbés pendant la pandémie de covid-19. Il s'agit notamment de la forte dépendance à l'égard des aidant-es informels (souvent des femmes), les inégalités sociales et les disparités territoriales dans l'offre de soins de longue durée, les pénuries de main-d'œuvre, les mauvaises conditions de travail des aidant-es, les coûts élevés et le sous-investissement dans les services publics d'aide sociale. De plus, des cas inquiétants de maltraitance ou de négligence grave à l'égard de personnes âgées prises en charge par les services sociaux ont été signalés ces dernières années dans plusieurs États membres du Conseil de l'Europe, notamment en Belgique¹⁰, en France¹¹, en Grèce¹², en Roumanie¹³ et au Royaume-Uni¹⁴.

8. Dans un contexte de vieillissement des populations, les communes rurales de petite taille ressentent tout particulièrement les effets de l'accroissement des responsabilités qui leur incombent en matière de soins de longue durée. La diminution naturelle de la population et l'émigration sont d'autres tendances qui influencent la démographie de différents territoires, de sorte que les communes rurales déjà vieillissantes, où l'offre de services est réduite, risquent de devenir encore moins attrayantes et de perdre leurs jeunes au profit des centres urbains¹⁵. Par voie de conséquence, ces communes disposent de moins de personnes pour assumer les coûts ou les responsabilités liés à la demande croissante de soins et de moins d'aidant-es informel-les et de professionnel-les qualifiés pour répondre aux besoins des personnes âgées.

9. Outre l'allongement de l'espérance de vie et la baisse des taux de natalité qui renforcent la tendance au vieillissement des sociétés, l'évolution des modèles familiaux, la plus grande mobilité des jeunes générations et, par conséquent, l'éloignement des membres de la famille ont entraîné une demande croissante de services de soins de longue durée pour les personnes âgées dans de nombreux États membres du Conseil de l'Europe, que ce soit à domicile avec l'assistance d'aidant-es informels ou formels, ou dans des établissements spécialisés. Il en résulte que de plus en plus de personnes âgées vont dépendre de la capacité des collectivités locales et régionales à assurer l'accès à ces soins. Garantir l'accès à des soins de longue durée sûrs, d'un coût abordable et de qualité est également l'une des composantes d'une société socialement juste, égalitaire et inclusive qui ne laisse personne de côté et qui est capable d'offrir une bonne qualité de vie aux personnes qui dépendent de l'aide sociale.

10. Le présent rapport analysera en particulier le rôle qu'ont à jouer et les défis qu'ont à relever les collectivités locales et régionales pour fournir des soins de longue durée de qualité aux personnes âgées. Il mettra préalablement en évidence les droits des personnes âgées en matière d'accès aux soins de longue durée. Par le biais du présent rapport et à la lumière de leurs expériences professionnelles et de leurs approches personnelles du sujet, les rapporteuses souhaitent fournir des orientations aux collectivités locales et régionales sur les manières de faire en sorte que les droits des personnes âgées soient respectés, que leur autonomie soit préservée et que leur qualité de vie soit maintenue, par une offre efficace et durable de services de soins de longue durée, mais aussi, plus généralement, par le développement de collectivités mieux adaptées aux personnes âgées. En outre, sur la base de l'expérience spécifique de l'expert qui a contribué à l'élaboration du présent exposé des motifs, les orientations seront complétées par un recueil de bonnes pratiques développées aux niveaux

⁹ Social Protection Committee of the EU (2014) [Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society](#) (disponible en anglais uniquement).

¹⁰ Associated Press (2020) [Report: Belgian nursing homes failed patients amid pandemic](#) (disponible en anglais uniquement).

¹¹ Le Monde (2022) [Scandale Orpea : le gouvernement publie finalement le rapport d'enquête administrative](#)

¹² Ekathimarini (2023) [Nursing home checks failing miserably](#) (disponible en anglais uniquement).

¹³ Euronews (2023) [Romanian care homes scandal spotlights 'inhumane and degrading' abuse](#) (disponible en anglais uniquement).

¹⁴ Nuffield Trust (2023) [The decline of publicly funded social care for older adults](#) (disponible en anglais uniquement).

¹⁵ Andrews and Dollery (2021) [The impact of ageing and demographic change on local government](#) (disponible en anglais uniquement).

local et régional pour relever les principaux défis identifiés et construire des collectivités plus accueillantes pour les personnes âgées. Elles pourront servir de source d'inspiration à d'autres collectivités locales et régionales (voir les exemples en annexe).

1. L'ACCÈS DES PERSONNES ÂGÉES AUX SOINS : UNE QUESTION DE DROITS HUMAINS

11. Dans l'ensemble des États membres du Conseil de l'Europe, on observe depuis ces dernières décennies une prise de conscience et une reconnaissance progressive du rôle que les collectivités locales et régionales ont à jouer dans la protection des droits humains. Le Congrès, pour sa part, s'est engagé activement dans la promotion et la protection des droits humains au niveau local depuis de nombreuses années, et a encore renforcé son engagement depuis le 4^e Sommet des chefs d'État et de gouvernement tenu à Reykjavik en mai 2023.

12. La perception des personnes âgées et les attitudes à leur égard ont évolué au cours des dernières décennies, passant d'une conception envisageant le vieillissement comme un état pathologique à un objectif de « vieillissement actif », fondé sur la reconnaissance des droits humains des personnes âgées et sur le fait que la population vieillissante d'aujourd'hui est dans l'ensemble en bien meilleure santé que les générations précédentes. Bien qu'il n'existe actuellement aucun traité international portant exclusivement sur les droits des personnes âgées, certains instruments contiennent des références spécifiques aux droits des personnes âgées, comme la Charte sociale européenne (révisée) (STE n° 163)¹⁶. Au niveau international, la Décennie des Nations Unies pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030) et le Réseau mondial OMS pour des villes et des communautés amies des aînés sont l'expression d'une conception du vieillissement démographique fondée sur les droits, mais également d'une vision devant être mise en œuvre au niveau le plus proche des citoyens.

13. Les autorités locales et régionales sont les pouvoirs publics les plus proches des citoyens âgés d'Europe et jouent de ce fait un rôle central dans la fourniture de services sociaux et de soins, ainsi que dans la protection et la promotion des droits sociaux. Outre la responsabilité qui leur incombe de défendre les droits établis par la Convention européenne des droits de l'homme (STE n° 5), elles devraient donc également se conformer aux dispositions de la Charte sociale européenne exposées ci-après.

14. Les droits sociaux sont souvent étroitement liés aux droits établis par la Convention européenne des droits de l'homme. En effet, la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme a attiré l'attention sur la nécessité de respecter les droits humains dans le cadre de la fourniture de soins par les collectivités locales. Dans l'affaire *McDonald contre Royaume-Uni* (2014), par exemple, la Cour a reconnu que les principes garantis par l'article 1^{er} de la Convention européenne des droits de l'homme pouvaient s'appliquer dans le contexte de la fourniture de services d'aide sociale.

15. S'agissant de la demande croissante de soins de la part des personnes âgées et, en conséquence, de l'augmentation des coûts pour les collectivités locales, qui se répercute sur les ressources disponibles pour d'autres politiques locales, la Cour a jugé que, bien que la décision de réduire le montant alloué aux soins de Mme McDonald ait porté atteinte à son droit au respect de sa vie privée et familiale au titre de l'article 8 de la Convention entre le 21 novembre 2008 et le 4 novembre 2009 (l'ingérence dans ses droits n'était pas prévue par le droit interne pendant cette période), le recours relatif à la période postérieure au 4 novembre 2009 a été déclaré irrecevable et mal fondé au motif que l'État jouissait d'une marge d'appréciation importante en ce qui concernait les décisions d'allocation de ressources globalement limitées et que, dès lors, l'ingérence faite dans l'exercice par la requérante de ses droits avait été « nécessaire dans une société démocratique ». Cette affaire est donc intéressante en ce qu'elle justifie une ingérence dans l'exercice par un individu de ses droits découlant de l'article 8 par les collectivités locales au motif qu'elle était nécessaire pour le bien-être économique des autorités et l'intérêt des autres bénéficiaires de soins¹⁷.

16. Dans cette perspective, les collectivités locales sont devenues les garantes du respect et de la promotion des droits humains et des droits sociaux. Leur rôle ne se limite plus à distribuer les aides définies par l'administration centrale. Le processus de décentralisation, conjugué à la reconnaissance de leur rôle de garantes par le droit international, leur a conféré une légitimité croissante et, en conséquence, des responsabilités en matière de protection des droits humains et des droits sociaux, y

¹⁶ Papadopoulos (2024), "'Active Ageing' under International Law: The Localization of a Human Rights-Based Approach",

¹⁷ [McDonald c. Royaume-Uni, requête](#), requête n° 4241/12, arrêt du 20 mai 2014.

compris en ce qui concerne les soins aux personnes âgées. Cela signifie également qu'elles devront de plus en plus trouver un juste équilibre entre la protection de ces droits et leurs autres responsabilités.

1.1. Normes du Conseil de l'Europe traitant spécifiquement des droits des personnes âgées

17. La Charte sociale européenne révisée (STE n° 163) garantit le droit à la protection sociale et au bien-être et met tout particulièrement l'accent sur la protection des personnes vulnérables telles que les personnes âgées, établissant en son article 11 que « toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre » et en ses articles 13 et 14 –respectivement – que « toute personne démunie de ressources suffisantes a droit à l'assistance sociale et médicale » et que « toute personne a le droit de bénéficier de services sociaux ». Quels que soient les autres choix et priorités stratégiques des entités locales (régions, provinces et/ou municipalités), ces dernières doivent par conséquent également se conformer à l'article 13 de la Charte¹⁸.

18. En outre, l'article 23 de la Charte dispose que « les Parties s'engagent à prendre ou à promouvoir, soit directement soit en coopération avec les organisations publiques ou privées, des mesures appropriées tendant notamment : – à permettre aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible des membres à part entière de la société, moyennant : a) des ressources suffisantes pour leur permettre de mener une existence décente et de participer activement à la vie publique, sociale et culturelle ; b) la diffusion des informations concernant les services et les facilités existant en faveur des personnes âgées et les possibilités pour celles-ci d'y recourir ».

19. Le même article dispose que « les Parties s'engagent à prendre ou à promouvoir, soit directement soit en coopération avec les organisations publiques ou privées, des mesures appropriées tendant notamment : à permettre aux personnes âgées de choisir librement leur mode de vie et de mener une existence indépendante dans leur environnement habituel aussi longtemps qu'elles le souhaitent et que cela est possible, moyennant : (a) la mise à disposition de logements appropriés à leurs besoins et à leur état de santé ou d'aides adéquates en vue de l'aménagement du logement ; (b) les soins de santé et les services que nécessiterait leur état » et que « les Parties s'engagent à prendre ou à promouvoir (...) des mesures appropriées tendant notamment à garantir aux personnes âgées vivant en institution l'assistance appropriée dans le respect de la vie privée, et la participation à la détermination des conditions de vie dans l'institution ».

20. Outre les dispositions juridiquement contraignantes énoncées dans la Charte sociale européenne, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a adopté en 2014 la Recommandation CM/Rec(2014)2 sur la promotion des droits de l'homme des personnes âgées, qui formule des recommandations détaillées concernant l'autonomie, la participation des personnes âgées et les soins dont elles sont en droit de bénéficier et présente un certain nombre d'exemples de bonnes pratiques issues de l'ensemble de l'Europe¹⁹.

21. En 2017, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a adopté la Résolution 2168 (2017) « Les droits humains des personnes âgées et leur prise en charge intégrale », dans laquelle elle a noté que l'accès à des soins de santé et des soins de longue durée de qualité restait un problème pour bon nombre de personnes âgées en Europe et a appelé les États membres du Conseil de l'Europe à garantir la disponibilité et l'accessibilité de soins de santé et de soins de longue durée à un coût abordable pour les personnes âgées et à assurer une assistance et un soutien adaptés aux personnes âgées vivant chez elles²⁰.

22. Comme l'a souligné le Congrès dans ses précédents travaux, notamment dans le Volume II du Manuel sur les droits de l'homme consacré aux droits sociaux, les collectivités locales et régionales jouent un rôle majeur dans la facilitation de la mise en œuvre des droits sociaux, notamment du droit à la santé et aux services sociaux, et les soins aux personnes âgées ne sont pas simplement un autre

¹⁸ Voir Digest de jurisprudence du Comité européen des droits sociaux (2022).

¹⁹ Recommandation [CM/Rec\(2014\)2](#) du Comité des Ministres sur « La promotion des droits de l'homme des personnes âgées ».

²⁰ Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, [Résolution 2168 \(2017\)](#) « Les droits humains des personnes âgées et leur prise en charge intégrale ».

domaine d'action, mais constituent un enjeu de droits humains. Par conséquent, l'approche adoptée par les villes et les régions face au vieillissement de leur population est étroitement liée à la mission centrale du Conseil de l'Europe et il est donc extrêmement important qu'aux niveaux local et régional, cette approche soit fondée sur les droits humains. L'examen de la question du vieillissement démographique et des réponses apportées aux niveaux local et régional révèle en outre qu'aucune activité normative spécifique n'a été menée au Conseil de l'Europe depuis 2014, une lacune qui devrait être comblée à brève échéance compte tenu de la tendance générale au vieillissement des sociétés dans l'ensemble de l'Europe.

1.2. Autres organisations et normes internationales

23. En 2017, l'Union européenne a adopté le Socle européen des droits sociaux, qui consacre le droit des personnes âgées à des soins de longue durée de proximité : « Toute personne a droit à des services de soins de longue durée abordables et de qualité, en particulier des services de soins à domicile et des services de proximité »²¹. En 2022, le Conseil de l'Union européenne a adopté une Recommandation sur « l'accès à des soins de longue durée abordables et de haute qualité », dans laquelle il a recommandé « aux États membres d'ajuster en permanence l'offre de services de soins de longue durée en fonction des besoins en soins de longue durée (...), notamment en développant et/ou améliorant les soins à domicile ou de proximité et en veillant à ce que les services de soins de longue durée (...) favorisent (...) l'autonomie, la vie indépendante et l'inclusion dans la société pour tous les environnements de soins de longue durée »²².

24. Des textes des Nations Unies tels que les Principes des Nations Unies pour les personnes âgées abordent également la question des soins de proximité en établissant que les personnes âgées devraient bénéficier des soins et de la protection des familles et de la collectivité dans le respect du système de valeurs culturelles de chaque société (principe 10)²³.

25. Les Objectifs de développement durable des Nations Unies, adoptés dans le cadre du Programme 2030, promeuvent les droits et le bien-être des personnes âgées notamment par le biais de l'Objectif 3, qui promeut une vie en bonne santé et le bien être pour tous à tout âge, et de l'Objectif 11, qui appelle à faire en sorte que les villes et les communautés soient ouvertes à tous et durables. L'actuelle Décennie des Nations Unies pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030) encourage tous les États membres des Nations Unies à améliorer la vie des générations actuelles et futures de personnes âgées en luttant contre l'âgisme, en promouvant des environnements favorables aux personnes âgées et en donnant accès à des soins intégrés et de longue durée²⁴.

26. L'Organisation mondiale de la santé (OMS), en tant qu'agence des Nations Unies chargée de promouvoir la santé, d'assurer la sécurité dans le monde et d'être au service des plus vulnérables, reconnaît que les services de soins de longue durée constituent un élément essentiel d'un « continuum » de soins intégré et qu'ils sont indispensables à la réalisation de la couverture sanitaire universelle, dans un contexte de vieillissement démographique. L'investissement dans des services de santé et de soins de longue durée intégrés et centrés sur la personne, qui répondent aux divers besoins et préférences des personnes dont les capacités fonctionnelles diminuent, est considéré comme nécessaire pour atteindre l'Objectif de développement durable 3 – « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge »²⁵. En conséquence, en 2016, l'Assemblée mondiale de la santé a convenu que chaque pays avait besoin d'un système de soins de longue durée équitable et durable, capable de répondre de manière adéquate aux besoins de soins et d'assistance de sa population²⁶.

²¹ Union européenne (2017), [Socle européen des droits sociaux](#).

²² Recommandation du Conseil de l'Union européenne (2022) sur « [l'accès à des soins de longue durée abordables et de haute qualité](#) » ; voir aussi, en tant que corpus de données, le rapport établi en 2021 par l'Union européenne, « [Long-term Care Report](#) » (disponible en anglais uniquement).

²³ [Résolution 46/91 de l'Assemblée générale des Nations Unies sur Les Principes des Nations Unies pour les personnes âgées](#)

²⁴ Nations Unies (2021), [Décennie des Nations Unies pour le vieillissement en bonne santé \(2021-2030\)](#).

²⁵ WHO (2021), [Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care](#) (disponible en anglais uniquement).

²⁶ PAHO (2016), [World Health Assembly agrees on resolutions on women's, children's, and adolescents' health, healthy aging](#) (disponible en anglais uniquement).

27. Les normes susmentionnées peuvent être considérées comme venant compléter le Cadre des villes amies des aînés de l'OMS, qui propose des mesures dans huit domaines interdépendants, à savoir supprimer les obstacles au bien-être et à la participation des personnes âgées, préserver leur autonomie, promouvoir un vieillissement en bonne santé et libérer le potentiel des populations âgées à l'échelle de la ville et de la localité²⁷. En 2024, plus de 1 500 villes et localités de plus de 50 pays feront partie du réseau mondial OMS des villes et des communautés amies des aînés, ce qui concerne plus de 320 millions de personnes dans le monde²⁸.

2. COMPÉTENCES DES COLLECTIVITÉS LOCALES ET RÉGIONALES EN MATIÈRE DE FOURNITURE DE SOINS DE LONGUE DURÉE AUX PERSONNES ÂGÉES

28. Les systèmes d'administration du secteur des soins de longue durée sont largement déterminés et encadrés par la législation et les politiques nationales. Il existe de grandes différences entre les pays européens à cet égard : certains disposent d'une législation spécifique sur les soins de longue durée, tandis que d'autres les intègrent plus généralement en tant qu'éléments de leur législation relative aux services sociaux. Les pays dotés d'une législation spécifique sur les soins de longue durée sont notamment l'Autriche, la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Écosse, la Slovénie et l'Espagne. Ces législations comportent le plus souvent les éléments suivants : une définition des soins de longue durée (y compris un éventuel seuil d'âge), les rôles et responsabilités des autorités aux différents niveaux administratifs, ainsi que des dispositions concernant l'évaluation des besoins, les prestations en espèces, les services et les systèmes de financement²⁹.

29. La réglementation, la planification, le financement, la passation des marchés et l'assurance de la qualité des soins de longue durée sont généralement répartis entre les niveaux de gouvernement national, régional et local. La réglementation, la planification et le financement sont principalement régis au niveau national, tandis que la passation des marchés de services de soins de longue durée et la conclusion des contrats avec les prestataires relèvent principalement du niveau local, de même que le financement et l'assurance de la qualité³⁰. Étant donné la diversité des situations politiques et administratives dans les États membres du Conseil de l'Europe, il est évident que les responsabilités des collectivités locales et régionales varient dans ce domaine.

2.1 Financement, planification et réglementation de l'aide sociale aux personnes âgées

30. Dans les États fédéraux ou décentralisés, tels que la Belgique ou l'Espagne, le financement des soins de longue durée peut également, au moins partiellement, être placé sous la responsabilité des autorités régionales. Par exemple, la Flandre, en Belgique, a développé sa propre assurance soins de longue durée³¹.

31. Plusieurs pays européens ont mis en œuvre des stratégies de décentralisation pour répondre à leurs besoins en matière de soins de longue durée, principalement par la consolidation des fonctions administratives. Dans les pays nordiques (Danemark, Norvège et Suède) où les soins de longue durée sont essentiellement financés par l'impôt, la responsabilité de leur planification, de leur organisation, de leur fourniture et de leur financement a été transférée au niveau municipal. L'objectif de cette stratégie est de parvenir à une coopération intersectorielle plus étroite entre les services sociaux et les services de soins à domicile en attribuant les responsabilités au niveau d'administration le plus bas. Au Danemark et en Suède, la majeure partie des services sociaux est financée par les impôts locaux. Cette approche a été récemment présentée dans un rapport du Comité de la protection sociale (CPS) de la Commission européenne, citant l'exemple du Danemark : « Les mesures de soins de longue durée, tant sociales que sanitaires, relèvent de la responsabilité des communes. Les responsables politiques locaux définissent combien de prestations sont à fournir, par qui et dans quelles conditions.

²⁷ [WHO Age-Friendly City Framework](#); téléchargé le 03/05/24 et présenté à la commission des questions d'actualité du Congrès lors de sa réunion du 26/03/24 par Yon Y., du Bureau régional de l'OMS, en tant que source d'orientation et en tant qu'initiative à rejoindre par les collectivités locales de toute l'Europe.

²⁸ WHO [Global Network for Age-friendly Cities and Communities](#) (disponible en anglais uniquement).

²⁹ Voir OECDiLibrary, [Improving governance for integrated long-term care](#) (consulté en mai 2024). (disponible en anglais uniquement).

³⁰ European Social Network (2021) [Putting Quality First – Contracting for Long-Term Care](#) (disponible en anglais uniquement).

³¹ Pacolet J., De Wispelaere F. (2018) [ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care Belgium 2018](#) (disponible en anglais uniquement).

On peut donc dire qu'il existe 98 versions municipales du système danois de soins de longue durée. C'est également au niveau local que les autorités décident de l'admission au bénéfice des programmes »³².

32. Aux Pays-Bas, la responsabilité de la passation des marchés de services de soins de longue durée avait été confiée à des bureaux régionaux spécialisés afin de simplifier l'administration du programme au niveau le plus proche des personnes et de garantir la disponibilité de ressources suffisantes pour répondre aux besoins régionaux³³. Les entreprises privées avaient négocié des contrats par l'intermédiaire des bureaux régionaux de passation des marchés dans le cadre des contraintes budgétaires régionales fixées par l'administration centrale, qui était responsable du financement.

33. En raison de l'augmentation des coûts pour le budget national, le gouvernement central avait, en effet, adopté en 2015 une réforme dans le cadre de laquelle une partie de la gestion financière et du financement des soins de longue durée avait été transférée à l'échelon municipal. La réforme ainsi menée aux Pays-Bas avait instauré le régime néerlandais d'assurance maladie sociale, subventionné par l'État, et deux systèmes spécialisés, le « système de soins de longue durée » lié au système de sécurité sociale et couvrant principalement les soins fournis en nature dans les maisons de retraite médicalisées, et le « système d'aide sociale », comprenant les soins à domicile. Dans le cadre de ce dernier, les communes recevaient de l'État une subvention globale non réservée pour fournir des soins aux personnes âgées à leur domicile³⁴.

34. Cette décentralisation du financement des soins à domicile aux Pays-Bas a eu pour effet involontaire d'inciter les communes à conseiller aux personnes de solliciter des soins en institution financés par l'État pour éviter de peser sur les budgets municipaux. En conséquence, des experts ont récemment recommandé de modifier le système d'incitations financières en faveur des communes afin d'améliorer l'accès aux soins à domicile et de réduire les chevauchements entre les responsabilités des autorités locales et centrales³⁵.

35. En Italie, l'offre de soins de longue durée se caractérise par un degré élevé d'autonomie régionale et locale, et par une souplesse de la réglementation et des cadres étatiques. En conséquence, il existe des disparités régionales dans le pays en ce qui concerne la disponibilité des services, les critères d'admission au bénéfice des services et les procédures d'évaluation³⁶.

36. En Bulgarie, bien que de nombreuses communes aient mis en œuvre le modèle de services intégrés de soins infirmiers et d'aide à domicile encouragé par l'Union européenne, le pays ne dispose pas de mécanisme de financement de ces services³⁷.

2.2 Fourniture, passation des marchés et assurance de la qualité des services d'aide sociale aux personnes âgées

37. Les autorités locales, régionales et nationales, en fonction de leurs obligations légales, peuvent fixer les prix ou les critères de qualité des services. En général, elles doivent pour cela définir des seuils permettant de réglementer l'accès des prestataires potentiels au marché, ainsi que des critères pour l'agrément, l'autorisation des activités et le remboursement des fonds publics, comme c'est le cas en Suède, en France, en Italie ou en Espagne.

38. En Catalogne (Espagne), le gouvernement régional a approuvé un décret sur la qualité des soins, selon lequel les organismes qui souhaitent être agréés en tant que prestataires de services publics d'aide sociale doivent répondre aux besoins des usagers et leur offrir une qualité de vie satisfaisante.

³² European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs, and Inclusion (2021) *Long-term care report – Trends, challenges and opportunities in an ageing society* (disponible en anglais uniquement).

³³ Bankauskaite V. et Richard B. Saltman (2007) *Central issues in the decentralization debate* (disponible en anglais uniquement).

³⁴ de Biase P. et Dougherty S. (2023) *From local to national: Delivering and financing effective long-term care* (disponible en anglais uniquement).

³⁵ Alders P., Frederik T. et Schut (2019) *Strategic cost-shifting in long-term care. Evidence from the Netherlands* (disponible en anglais uniquement).

³⁶ de Biase P. et Dougherty S. (2023) *From local to national: Delivering and financing effective long-term care* (disponible en anglais uniquement).

³⁷ Spasova S. et al (2018) *Challenges in long-term care in Europe A study of national policies 2018* A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN), Bruxelles: Commission européenne. (disponible en anglais uniquement).

Il prévoit notamment la tenue d'un registre des usagers, la constitution d'un dossier individuel de prise en charge actualisé en permanence, l'établissement d'une charte des services, l'adoption de protocoles détaillant les actes à accomplir pour que le service soit correctement fourni et encourager la participation des usagers et enfin, la mise en place d'un mécanisme d'orientation en cas de cessation d'un service pour garantir la continuité des soins.

39. En Suède, les communes sont les principales responsables de la qualité des services de soins aux personnes âgées, qu'ils soient fournis en établissement ou à domicile. Les autorités locales définissent, dans les documents relatifs aux marchés publics et aux appels d'offres, les normes de qualité à respecter et les modalités de contrôle et d'évaluation des services.

40. Les organismes locaux et régionaux de réglementation peuvent également décider que des contrats puissent être conclus avec plusieurs prestataires agréés à l'issue de la procédure d'appel d'offres et que les prix et les critères de qualité soient ensuite négociés avec chaque prestataire individuel, comme c'est le cas par exemple en Autriche, au Luxembourg ou en Italie³⁸.

41. En Angleterre, les collectivités locales ont recours à divers moyens d'action pour garantir la qualité de l'offre locale de soins de longue durée, comme des dispositifs d'inspection locaux, des programmes de formation, l'octroi des marchés en fonction des résultats, des équipes spécialisées dans l'amélioration des services, des notations de qualité qui leur sont propres et des paiements en fonction de la qualité. Les clauses des contrats conclus entre les collectivités locales et les prestataires privés contiennent des instructions et définissent les procédures de surveillance et d'exécution³⁹.

2.3 Conséquences de la décentralisation ou de la recentralisation et des réformes relatives aux soins de longue durée sur la capacité des autorités infranationales à fournir une aide sociale de qualité

42. Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), dans les pays où le financement des soins de longue durée est décentralisé, les autorités infranationales jouissent d'une plus grande autonomie fiscale, de sorte que la décentralisation du financement des soins de longue durée est souvent associée à une décentralisation des compétences en matière de fiscalité. Compte tenu des taux de croissance prévus en ce qui concerne les dépenses de soins de longue durée, les autorités infranationales devront supporter cette charge et devront disposer d'une marge de manœuvre pour augmenter leurs recettes fiscales afin de financer ces coûts. En l'absence de pouvoir d'imposition au niveau infranational, une augmentation des transferts de l'État pourrait être nécessaire pour combler cette lacune.

43. Lorsque les autorités infranationales ont des difficultés à assumer leurs responsabilités en matière de financement des soins de longue durée dans les systèmes décentralisés, par exemple en raison de la faiblesse des recettes fiscales régionales, la redistribution budgétaire par le biais des mécanismes de l'administration centrale peut atténuer les différences régionales et contribuer à améliorer les capacités budgétaires des collectivités infranationales pour le financement des soins de longue durée⁴⁰.

44. En outre, dans les systèmes décentralisés de financement des soins de longue durée, les capacités de financement des collectivités locales peuvent varier considérablement en fonction de la situation de l'économie locale et des recettes fiscales qui en découlent. Cette variation dans les recettes fiscales peut entraver l'accès équitable aux soins si aucune répartition des moyens financiers entre communes « riches » et « pauvres » n'est mise en place. Un financement insuffisant des soins de longue durée peut entraîner un transfert des coûts vers le secteur des soins de santé et créer de nouvelles contraintes financières⁴¹.

45. Ces différences territoriales dans les prestations de soins ont conduit certains États membres du Conseil de l'Europe à reconsidérer les mesures de décentralisation précédemment mises en œuvre.

³⁸ European Social Network (2021) [Putting Quality First – Contracting for Long-Term Care](#) (disponible en anglais uniquement).

³⁹ European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Zigante, V., King, D., [Quality assurance practices in long-term care in Europe – Emerging evidence on care market management](#), Publications Office, 2019, (disponible en anglais uniquement).

⁴⁰ Pietrangelo de Biase et Sean Dougherty (2023) [From local to national: Delivering and financing effective long-term care](#) (disponible en anglais uniquement).

⁴¹ Kotschy, R et Bloom D. (2022) [Reckoning with the growing demand for long-term care](#) (disponible en anglais uniquement).

La Finlande, par exemple, a entrepris une vaste réforme de recentralisation en 2022, mettant fin à son système décentralisé de prestations de soins de santé et d'aide sociale, dans lequel les communes étaient les principales responsables du financement et de la fourniture des soins de longue durée.

46. La décentralisation du financement des soins de longue durée avait été mise en place en Finlande dans les années 1990 à l'occasion d'une réforme du système de dotations étatiques, pour parer à l'augmentation des dépenses de soins de longue durée des communes, qui étaient financées par l'État. Depuis 1984, les soins de longue durée fournis par les communes aux personnes âgées étaient financés par l'État au même titre que les soins de santé et la garde d'enfants. Dans le nouveau système décentralisé, les collectivités locales bénéficiaient d'un financement de l'État fondé sur leurs dépenses, mais aussi sur des budgets prédéfinis en fonction de leurs caractéristiques géographiques, démographiques et sociales. La réforme n'a pas seulement modifié la manière dont le montant des dotations de l'État était fixé, elle a également abrogé la quasi-totalité de la réglementation centrale relative aux prestations de services municipaux. Toute latitude a été laissée aux collectivités locales pour décider de la manière d'utiliser leurs dotations. Il s'agissait de décourager les communes de développer leurs services et de les inciter à les réduire, afin d'économiser les ressources locales et centrales⁴².

47. À la suite de la décentralisation, les personnes qui avaient besoin de soins de longue durée ne bénéficiaient pas des mêmes prestations selon leur commune de résidence. De plus, l'objectif de maîtrise des coûts n'a pas été atteint. En conséquence, la Finlande a entrepris en 2022 une réforme structurelle majeure par laquelle la responsabilité de l'organisation des services de santé et des services sociaux a été transférée du niveau municipal au niveau régional, et leur financement a été transféré au niveau national.

48. Dans le nouveau système, les régions sont principalement financées par l'État et ne disposent d'aucun pouvoir d'imposition. Les dotations de l'État aux régions sont fondées sur les besoins, en tenant compte de facteurs liés aux services de santé, d'aide sociale et de soins aux personnes âgées et des estimations des risques d'utilisation des services de secours, certaines allocations étant ajustées en fonction des résultats obtenus dans les domaines de la santé et du bien-être et des niveaux de financement régional. L'un des principaux objectifs de la réforme, qui n'est pas nouveau, est de réduire les inégalités socio-économiques et géographiques dans le pays, de garantir la qualité des services de santé, des services sociaux et des services de secours, d'améliorer l'accès aux soins, en particulier aux soins primaires, et de maîtriser les coûts⁴³.

3. LES DÉFIS À RELEVER POUR FOURNIR DES SOINS DE LONGUE DURÉE AUX COMMUNAUTÉS VIEILLISSANTES

49. Compte tenu du vieillissement démographique des sociétés européennes, on peut s'attendre à ce que, dans les années à venir, un nombre croissant de personnes âgées aient besoin d'une forme de soins et dépendent de la capacité des pouvoirs publics à assurer et à financer la fourniture d'une aide sociale de qualité. Alors que la demande de soins de longue durée augmente dans toute l'Europe, c'est en Europe du Sud et de l'Est que l'on peut s'attendre à la plus forte augmentation de celle-ci⁴⁴.

50. Les pouvoirs publics ont donc des défis majeurs à relever, y compris aux niveaux local et régional, le secteur faisant face à nombreuses difficultés, qui ont été encore exacerbées pendant la pandémie de covid-19. Parmi ces principaux défis, on peut citer : a) l'augmentation des coûts à long terme pour les pouvoirs publics ; b) les pénuries de personnel, les mauvaises conditions de travail ; c) la dépendance excessive à l'égard des soins informels ; e) le manque de coordination des soins à domicile ; et f) les inégalités sociales et les disparités territoriales à long terme.

51. En 2022, 27 % de la population de l'Union européenne âgée de 65 ans ou plus déclarait avoir des difficultés permanentes et sérieuses pour accomplir leurs soins personnels ou leurs activités ménagères. Selon les projections démographiques, on estime que le nombre de personnes âgées ayant besoin de soins de longue durée augmentera encore de près d'un quart d'ici 2050 et de plus d'un

⁴² Kröger et Teppo (2019), [Looking for the Easy Way Out: Demographic Panic and the Twists and Turns of Long-Term Care Policy in Finland](#), (disponible en anglais uniquement).

⁴³ European Observatory of Health Systems (2023), [Finland: health system summary 2023](#), (disponible en anglais uniquement).

⁴⁴ Kotschy, R. et Bloom D. (2022), [Reckoning with the growing demand for long-term care](#), (disponible en anglais uniquement).

tiers d'ici 2070⁴⁵. En outre, le nombre croissant de personnes très âgées entraînera probablement une augmentation de la demande pour une gamme de services de santé et de soins de longue durée spécifiquement adaptés à leurs besoins⁴⁶.

52. Compte tenu des rôles et des responsabilités incombant aux collectivités locales et régionales dans le secteur des soins de longue durée tels que décrits ci-dessus, il est évident que cette évolution aura une incidence sur les défis toujours plus nombreux auxquels les administrations infranationales seront confrontées. Il est donc important que les collectivités locales trouvent les moyens de fournir plus efficacement les services de soins de longue durée et qu'elles investissent dans des services qui réduisent et retardent la dépendance à l'égard de ces soins, en particulier des soins en établissement, qui sont plus coûteux que les solutions à domicile⁴⁷.

53. Dans leurs efforts pour relever ces défis, les collectivités locales et régionales devraient être soutenues par les gouvernements nationaux, qui devraient les doter des capacités financières nécessaires pour entreprendre des investissements visant à transformer leurs services de soins de longue durée, à prévenir la dépendance des personnes âgées à l'égard des services de soins de longue durée et à créer un environnement plus adapté à leurs besoins, qui leur permette de vivre de manière indépendante malgré l'apparition de fragilités liées à l'âge et d'une mobilité de plus en plus réduite.

54. Les collectivités locales auront également besoin du soutien de leurs gouvernements nationaux pour créer des conditions favorables sur le marché du travail afin de garantir la disponibilité d'un nombre suffisant d'aidant-es professionnel·les. Ces conditions peuvent être créées, par exemple, en améliorant les conditions de travail, la rémunération et la formation des travailleuses et des travailleurs, ou en facilitant le recrutement de professionnel·les d'autres pays ou secteurs. En outre, un soutien national au maintien de la qualité des soins pourrait être apporté en définissant des normes de qualité communes et en assurant leur suivi par l'intermédiaire d'organismes nationaux de surveillance.

3.1 L'augmentation du coût des soins de longue durée pour les pouvoirs publics et pour les bénéficiaires

55. La demande croissante de soins aux personnes âgées entraîne naturellement une augmentation des coûts pour les pouvoirs publics. Les dépenses consacrées aux soins de longue durée rapportées au produit intérieur brut national ont augmenté au moins au cours des 20 dernières années dans de nombreux pays européens⁴⁸. Cette tendance devrait se poursuivre, les dépenses publiques en la matière devant augmenter de près de 70 % dans de nombreux États membres, ce qui créera une pression constante sur les finances publiques⁴⁹.

56. Cette pression financière risque d'entraîner l'adoption de critères plus stricts ou de normes de soins moins élevées afin de réduire les coûts, en particulier en période de crise. La crise financière de 2008, par exemple, a eu des effets négatifs durables sur l'accès aux soins de longue durée dans plusieurs pays, tels que le Danemark, l'Irlande, la Hongrie, la Grèce, l'Espagne et le Royaume-Uni, les gouvernements nationaux ayant réduit les financements publics ou durci les critères d'octroi. En Croatie, en Irlande et en Suède, les soins à domicile ont été axés sur les personnes ayant les besoins les plus importants. Au Danemark, le nombre total d'heures consacrées aux services à domicile a diminué de 18 % entre 2010 et 2016.

57. La réduction des financements de l'État peut entraîner un transfert de la pression financière sur les autorités infranationales. Au Royaume-Uni, par exemple, ces réductions ont conduit les collectivités locales à s'appuyer davantage sur les sources locales de revenus pour financer leur offre de soins de

⁴⁵ EU Joint Research Centre (2022), [Projected growth in demand for long-term care services represents a major challenge for ageing Europe](#). (disponible en anglais uniquement).

⁴⁶ Eurostat (2019), [Ageing Europe - Looking at the Lives of Older People in the EU](#). (disponible en anglais uniquement).

⁴⁷ European Social Network (2024), [Promoting Community Based Social Services Across Europe](#). (disponible en anglais uniquement).

⁴⁸ Eurostat (2019), [Ageing Europe - Looking at the Lives of Older People in the EU](#). (disponible en anglais uniquement).

⁴⁹ European Commission's Directorate-General for Economic and Financial Affairs (2016) [Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability](#) – Vol. 1, Institutional Paper 037 | octobre 2016, Luxembourg. (disponible en anglais uniquement).

longue durée, de sorte que leurs dépenses en matière d'aide sociale sont passées d'un peu plus de 50 % à 80 % de leurs capacités budgétaires en l'espace d'une décennie^{50,51}.

58. L'augmentation des coûts relatifs aux soins de longue durée peut non seulement entraîner une hausse des coûts pour les finances publiques dans de nombreux pays, mais aussi une augmentation du reste à charge des bénéficiaires, ce qui peut représenter un poids financier pour ces derniers et les exposer, ainsi que leurs aidant-es, à un risque de pauvreté. En Allemagne, par exemple, de plus en plus de personnes âgées ont besoin d'une aide sociale en complément des paiements du système d'assurance soins de longue durée, car elles n'ont pas les moyens de régler les restes à charge de plus en plus élevés⁵².

59. Aux Pays-Bas, en 2013, le reste à charge pour un lit en maison de retraite a été augmenté afin de réduire les admissions en institution et de rendre les soins à domicile plus avantageux. Une étude a révélé que cette réforme entraînait un risque financier supplémentaire pour les personnes âgées qui séjournaient plus longtemps en établissement⁵³. Selon un document d'information récemment publié par l'OCDE, dans cinq pays européens (Croatie, Italie, Portugal, Slovénie, Espagne), le montant restant à régler par une personne ayant des besoins très importants représente en moyenne plus de 100 % du revenu médian d'une personne âgée. Dans dix pays européens, ce reste à charge représente plus de la moitié du revenu d'une personne âgée, même après avoir bénéficié d'une aide publique⁵⁴. Cette situation a également un impact négatif sur les budgets des services sociaux locaux, qui doivent prendre en charge les sommes que les personnes ne sont pas en mesure de régler, ou apporter un soutien aux personnes se trouvant ou risquant de se trouver en situation de pauvreté en raison de l'augmentation du coût des soins.

60. Il importe cependant de noter que l'augmentation des coûts liés aux soins n'est pas la seule augmentation à avoir un impact sur le budget des collectivités locales et régionales. Le vieillissement de la population entraîne aussi des dépenses dans d'autres domaines. En effet, les personnes âgées sont généralement plus en demande de transports publics accessibles, de logements collectifs et d'activités culturelles, qui relèvent souvent de la responsabilité des collectivités locales et régionales.

61. En d'autres termes, il sera attendu des villes et des régions qu'elles prennent en charge un plus grand nombre de personnes âgées nécessitant des soins et qu'elles développent dans le même temps davantage de services pour celles qui n'ont pas (encore) besoin de soins de longue durée. Dans les États membres où les autorités infranationales consacrent déjà une part importante de leur budget aux dépenses liées au vieillissement, les villes et les régions sont particulièrement vulnérables à cette augmentation des coûts. Il s'agit notamment des autorités infranationales d'Autriche, d'Italie et d'Espagne et, dans une moindre mesure, des communes et des régions danoises, finlandaises, suédoises et allemandes⁵⁵.

62. Toutefois, si l'on aborde la question sous un autre angle, le fait de créer un environnement adapté aux personnes âgées peut aussi représenter un avantage économique pour les collectivités locales et régionales. Ces dernières ont, en effet, généralement plus de moyens financiers que les jeunes. En investissant dans des infrastructures et des services qui répondent aux besoins des personnes âgées, les villes peuvent attirer des entreprises spécialisées dans les services à ce groupe démographique, ce qui peut permettre de lever davantage d'impôts locaux⁵⁶. À long terme, les collectivités amies des aînés pourront également réduire leurs besoins et, par conséquent, leurs dépenses en matière de soins de longue durée, de sorte que leurs investissements auront été profitables.

63. Cela étant, ce gain financier est un résultat potentiel à long terme d'investissements que les communes et les régions doivent réaliser aujourd'hui. Entre-temps, les collectivités locales et régionales – en particulier celles qui sont situées dans les zones rurales et celles qui ont moins de

⁵⁰ Spasova S. et al (2018), *Challenges in long-term care in Europe A study of national policies 2018*, European Social Policy Network (ESPN), Bruxelles: Commission européenne. (disponible en anglais uniquement).

⁵¹ House of Lords (2024), *Local government finances: Impact on communities*. (disponible en anglais uniquement).

⁵² Bayerischer Rundfunk (2023), *Pflege wird teurer: Viele Betroffene brauchen Sozialhilfe*. (disponible en allemand uniquement).

⁵³ Tenand M., Bakx P. and Wouterse B., (2021), The impact of co-payments for nursing home care on use, health, and welfare, disponible à l'adresse : <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Discussion-Paper-430-The-impact-of-co-payments-for-nursing-home-care-on-use-health-and-welfare.pdf>. (disponible en anglais uniquement).

⁵⁴ Llana-Nozal A. and Killmeier K. (2023), *Mutual learning workshop on adequate social protection in long-term care*. (disponible en anglais uniquement).

⁵⁵ OECD (2020), *Ageing and Fiscal Challenges across Levels of Government*. (disponible en anglais uniquement).

⁵⁶ Junoverse (téléchargé en mai 2024), *Age-friendly Cities: The Business Case for Serving an Ageing Population*. (disponible en anglais uniquement).

moyens – auront besoin du soutien financier des gouvernements nationaux pour mettre en œuvre ces politiques novatrices tout en assurant l'accès aux soins de longue durée conformément à leurs obligations légales.

3.2 Pénuries de personnel et conditions de travail

64. Quelque 6,3 millions de personnes travaillent dans le secteur des soins de longue durée dans l'Union européenne – soit une augmentation d'un tiers en l'espace d'une décennie – tandis que 44 millions de personnes prodiguent fréquemment des soins de longue durée informels à des parents ou à des amis. La proportion de travailleuses et de travailleurs âgés de 50 ans ou plus est plus élevée dans ce secteur que dans d'autres et augmente plus rapidement : elle est passée de 28 % en 2009 à 38 % en 2019⁵⁷. Le secteur emploie principalement des femmes et a un fort potentiel de création d'emplois, mais il est actuellement touché par des pénuries de main-d'œuvre parce que les conditions de travail y sont difficiles et les salaires peu élevés⁵⁸.

65. Selon les conclusions de l'OCDE, de nombreux pays d'Europe font état de difficultés structurelles à recruter du personnel pour les soins de longue durée, tant au niveau national que régional⁵⁹. Le livre vert de l'Union européenne sur le vieillissement confirme qu'il est difficile de recruter et de conserver du personnel qualifié pour travailler dans le secteur des soins de longue durée en raison des bas salaires et des conditions de travail éprouvantes⁶⁰.

66. Bien que le nombre total de personnes employées dans le secteur des soins de longue durée ait augmenté dans de nombreux pays depuis 2011, cette croissance n'a pas pu suivre la hausse du nombre de personnes ayant besoin de ce type de soins, qui a été encore plus rapide. Ainsi, malgré la hausse des effectifs enregistrée entre 2011 et 2020, le ratio de personnes employées dans le secteur des soins de longue durée pour 100 personnes âgées semble avoir stagné dans la plupart des pays⁶¹.

67. Les pénuries concernent essentiellement le personnel soignant qualifié, en particulier les infirmières et les infirmiers. En Autriche, la pénurie actuelle de 5 à 10 % de la main-d'œuvre se concentre sur les professions très qualifiées (personnel infirmier diplômé). Une telle pénurie de personnel infirmier qualifié est également observée en Flandre (Belgique)⁶². Les difficultés à recruter et à retenir des professionnels qualifiés dans le secteur des soins de longue durée accroissent la pression sur les aidant-es informels – généralement des femmes – qui peinent à concilier soins et travail rémunéré, ce qui entraîne souvent des coûts pour la société liés, par exemple, aux conséquences négatives que cela a sur leur santé et leur bien-être, ainsi que sur leur participation au marché du travail et leurs revenus, qui s'en trouvent réduits⁶³.

68. En ce qui concerne les conditions de travail dans le secteur des soins de longue durée, le personnel doit effectuer des tâches physiques comme soulever des personnes et travailler avec des matériels potentiellement infectieux. L'exposition à des comportements sociaux hostiles de la part des personnes utilisant les services crée un risque élevé de développer des problèmes de santé mentale, ce qui accentue les inégalités entre les hommes et les femmes, dans la mesure où la main-d'œuvre est essentiellement féminine⁶⁴.

69. Selon les conclusions d'une étude de l'OCDE réalisée en 2023, il semble que la crise de la covid-19 ait encore aggravé les pénuries de personnel et les conditions de travail, tandis que le nombre d'aidant-es professionnels ayant quitté leur emploi a augmenté⁶⁵. Alors que la charge de travail s'est considérablement accrue, les services sociaux publics ne disposent pas des ressources humaines

⁵⁷ Eurofound (2020), [Long-term care workforce: Employment and working conditions](#). (disponible en anglais uniquement).

⁵⁸ EU Joint Research Centre (2022), [Projected growth in demand for long-term care services represents a major challenge for ageing Europe](#). (disponible en anglais uniquement).

⁵⁹ OCDE (2023), [Au-delà des applaudissements ? Améliorer les conditions de travail dans le secteur des soins de longue durée](#).

⁶⁰ Commission européenne (2021), [Livre vert sur le vieillissement : promouvoir la solidarité et la responsabilité entre générations](#).

⁶¹ OECD (2020), [Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly](#). (disponible en anglais uniquement).

⁶² Eurofound (2020), [Long-term care workforce: Employment and working conditions](#). (disponible en anglais uniquement).

⁶³ Commission européenne (2021) [Livre vert sur le vieillissement : promouvoir la solidarité et la responsabilité entre générations](#).

⁶⁴ Eurofound (2020), [Long-term care workforce: Employment and working conditions](#). (disponible en anglais uniquement).

⁶⁵ OCDE (2023) [Au-delà des applaudissements ? Améliorer les conditions de travail dans le secteur des soins de longue durée](#).

nécessaires pour y faire face⁶⁶. Selon la Fédération syndicale européenne des services publics, 421 000 travailleuses et travailleurs ont quitté le secteur des soins de longue durée dans l'Union européenne entre 2019 et 2021⁶⁷. Ces tendances, exprimées à travers des chiffres, reflètent certainement aussi un manque de reconnaissance et de valorisation du travail dans le secteur des soins, et un manque d'attention au bien-être des soignants et soutien à leur égard.

3.3 Une dépendance excessive à l'égard des soins informels

70. Aujourd'hui, les aidant-es informels, souvent des femmes s'occupant de membres de leur famille, fournissent encore la plus grande partie des soins, mais leur participation n'est pas garantie à l'avenir, car ils seront de moins en moins disponibles. Quelque 52 millions d'Européens et d'Européennes, soit 14,4 % de la population âgée de 18 à 74 ans, fournissent chaque semaine des soins de longue durée informels à des membres de leur famille ou à des amis, ce qui représente près de 80 % des personnes fournissant des soins de longue durée dans l'Union européenne⁶⁸.

71. La situation est similaire dans d'autres États membres du Conseil de l'Europe. La Türkiye, par exemple, a une population qui vieillit rapidement, avec une proportion de personnes âgées qui devrait plus que tripler d'ici 2060 par rapport à 2019. Il importe de noter que cette population âgée a besoin de soins importants, près de la moitié des personnes de plus de 75 ans faisant état d'une forme de handicap. Bien que les capacités institutionnelles aient augmenté ces dernières années, elles restent assez limitées, et les soins de longue durée sont essentiellement prodigués à domicile de façon informelle. Le ministère de la Famille, du Travail et des Services sociaux verse par exemple une indemnité aux proches des personnes handicapées à faible revenu pour les soins informels fournis à domicile⁶⁹.

72. Les données d'Eurostat de 2018 montrent que 4,2 % de la population en âge de travailler a interrompu son travail ou réduit son temps de travail pour s'occuper de proches malades, âgés ou handicapés au cours de sa carrière professionnelle. Si l'on ventile ces données par sexe, cela représente 5,9 % des femmes (et 2,5 % des hommes) en âge de travailler (18-64 ans). Ainsi, grâce à une plus grande disponibilité des soins formels de longue durée et à un renforcement du soutien aux aidant-es informels, un plus grand nombre de travailleurs, et en particulier de travailleuses, pourraient s'insérer sur le marché du travail et y rester⁷⁰.

73. Cependant, en raison des changements démographiques et de l'évolution des modèles familiaux, avec une plus grande participation des femmes au marché du travail, des familles plus petites et des distances géographiques plus importantes entre les membres de la famille, le soutien apporté par les aidant-es informels dans les familles, surtout des femmes, tend à diminuer⁷¹. En conséquence, les mesures de soutien aux aidant-es familiaux semblent manquer dans de nombreux pays européens, par exemple en Tchéquie, en Grèce, en Espagne, en Irlande, en Macédoine du Nord, aux Pays-Bas, au Portugal, en Suède, en Slovénie et en Türkiye⁷². Pourtant, le fait de prendre la responsabilité de prodiguer des soins, là où ceci est encore le cas, peut entraîner une réduction de la participation des aidant-es informels au marché du travail et avoir un impact négatif sur leurs finances, ainsi que sur leur santé physique et mentale. C'est tout particulièrement le cas de celles et ceux qui s'occupent de personnes atteintes de démence ou ayant besoin de soins intensifs⁷³.

74. Dans certains pays, comme l'Allemagne et l'Autriche, les familles des personnes ayant besoin de soins de longue durée ont recours à des aidant-es informels étrangers, à nouveau des femmes

⁶⁶ European Social Network (2021), [COVID-19 Impact on Europe's Social Services](#). (disponible en anglais uniquement).

⁶⁷ European Public Service Union (2021), [EPSU report reveals hundreds of thousands of long term care workers leaving the sector](#). (disponible en anglais uniquement).

⁶⁸ Van der Ende M. et al., (2021) [Study on exploring the incidence and costs of informal long-term care in the EU](#). (disponible en anglais uniquement).

⁶⁹ European Social Policy Network (ESPN) 2021, [Thematic Report on long-term care for older people](#), Türkiye, Commission européenne. (disponible en anglais uniquement).

⁷⁰ Eurostat (2018), [Reconciliation of work and family life - statistics](#). (disponible en anglais uniquement).

⁷¹ Rocard E. (2022), [Strengthening resilience in long-term care](#), In: [Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience](#), OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. (disponible en anglais uniquement).

⁷² Spasova S. et al (2018), [Challenges in long-term care in Europe A study of national policies 2018](#) A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN), Bruxelles : Commission européenne. (disponible en anglais uniquement).

⁷³ Rocard E. and Llana-Nozal A., 2022., "[Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind](#)," [OECD Health Working Papers 140](#), OECD Publishing, Paris. (disponible en anglais uniquement).

surtout, qui vivent avec les personnes dépendantes à leur domicile. Cette pratique ajoute une charge supplémentaire aux systèmes de soins des pays d'origine des aidant-es informel.les, qui manqueront dans leur pays d'origine pour soutenir leur propre famille. Ainsi, il a été constaté que l'émigration des jeunes et des personnes d'âge moyen à la recherche d'un emploi dans d'autres pays constituait un écueil supplémentaire pour le modèle de soins fondé sur l'aide familiale⁷⁴.

75. Ces pratiques de prise en charges informelles, qui ont souvent lieu en dehors du marché du travail officiel, représentent également un défi supplémentaire pour les collectivités locales, d'abord pour faire respecter les droits sociaux des aidant-es informels et garantir, par le biais des inspections du travail locales, que leur emploi est conforme à la législation nationale du travail, mais aussi pour assurer leur intégration sociale dans la localité où ils restent souvent assez isolés en raison de leur statut non officiel. Les personnes qui prodiguent des soins de manière informelle au sein de leur propre famille représentent un autre défi pour les collectivités locales. En effet, dans la mesure où elles ne sont pas entièrement couvertes par les assurances sociales ou ne cotisent pas aux pensions de vieillesse, elles pèseront plus tard sur les budgets des collectivités locales si elles dépendent des dispositifs d'assistance sociale⁷⁵.

3.4 La nécessité de renforcer la coordination entre les services de santé et les services sociaux

76. Selon l'OCDE, la fragmentation des systèmes de soins de longue durée entraîne un manque de coordination entre les personnes qui travaillent dans ce secteur, les professionnels de soins de santé primaires, le personnel hospitalier et les travailleuses et travailleurs sociaux. Cela augmente le risque d'hospitalisations inutiles, de longs séjours à l'hôpital et de réadmissions. Le manque de coordination a également pour effets négatifs de créer des chevauchements et des lacunes dans l'accès aux soins de longue durée et dans la couverture de ces services, ainsi que d'éventuels transferts de coûts⁷⁶. Les Nations Unies et l'Union européenne encouragent par conséquent les soins intégrés par le biais de différentes initiatives telles que la Décennie des Nations Unies pour le vieillissement en bonne santé et l'appui apporté aux États membres de l'Union européenne par la DG REFORM⁷⁷.

77. Au niveau politique, les soins intégrés sont de plus en plus considérés comme le modèle de prestation de services indispensable pour assurer la pérennité des soins de santé et de l'aide sociale dans le contexte d'une demande croissante et de ressources limitées⁷⁸. En effet, la qualité des soins de longue durée ne dépend pas seulement des efforts de chaque prestataire, mais aussi de la coordination inter organisationnelle, interprofessionnelle et intersectorielle. Les personnes qui ont besoin de soins de longue durée doivent souvent disposer d'un éventail de services pour améliorer leur qualité de vie. Par exemple, les personnes présentant une multimorbidité et ayant une autonomie réduite dans leurs activités quotidiennes ont besoin d'un ensemble de services combinant soins de santé (soins primaires, soins spécialisés), services quotidiens d'aide à domicile ou participation aux activités d'un centre de jour, qui doivent être dispensés en coordination avec leurs aidant-es informels⁷⁹.

78. La complexité des besoins met en lumière l'importance que revêtent la coordination et l'intégration des services pour pouvoir offrir des soins de longue durée de qualité. Pourtant, bien que les effets positifs d'une coordination harmonieuse entre les services aient été démontrés, dans de nombreux pays européens, la responsabilité de la prestation de soins de longue durée est partagée entre les services de santé et les services sociaux. Cette division horizontale peut conduire à un manque de coordination, entraînant des effets négatifs pour les personnes concernées, tels que l'allongement des périodes d'attente, une lourdeur des procédures administratives, la fragmentation des services et un risque élevé de renoncement aux soins de longue durée en raison de la complexité du système⁸⁰.

⁷⁴ Spasova S. et al (2018), [Challenges in long-term care in Europe A study of national policies 2018](#) A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission (disponible en anglais uniquement).

⁷⁵ International Labour Organization (ILO) (2016), [Challenges in Long-term Care of the Elderly in Central and Eastern Europe](#), 2016. (disponible en anglais uniquement).

⁷⁶ Rocard E. (2022), [Strengthening resilience in long-term care](#), In: [Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience](#), OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris (disponible en anglais uniquement).

⁷⁷ [Décennie des Nations Unies pour le vieillissement en bonne santé \(2021-2030\)](#).

⁷⁸ European Social Network (2021), [Integrated Care and Support - Promoting Partnerships across Services, Improving Lives](#) (disponible en anglais uniquement).

⁷⁹ European Social Network (2021), [Putting Quality First – Contracting for Long-Term Care](#) (disponible en anglais uniquement).

⁸⁰ Spasova S. et al (2018), [Challenges in long-term care in Europe A study of national policies 2018](#) A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission (disponible en anglais uniquement).

3.5 La nécessité de renforcer les soins de proximité aux personnes âgées

79. Le passage des soins en établissement aux soins à domicile et de proximité est une tendance qui devrait s'accroître dans les années à venir, non seulement en raison du manque de ressources, mais aussi parce que les personnes âgées aspirent à conserver un certain niveau d'autonomie et à rester dans leur environnement habituel. Le fait de donner la possibilité aux personnes de demeurer dans leur cadre de vie habituel les aidera à maintenir une bonne qualité de vie. Cela permettra également de répondre à la demande croissante de soins de longue durée, un défi commun à tous les pays européens.

80. La pandémie de covid-19 a montré que le fait de concentrer des personnes vulnérables dans des structures de grande taille augmentait les risques sanitaires⁸¹. Au cours de la première vague de covid-19, au printemps 2020, les décès parmi les personnes prises en charge dans des établissements de soins de longue durée ont représenté 37 à 66 % de l'ensemble des décès liés à la pandémie dans les pays de l'UE/EEE⁸². Selon l'OCDE, plus d'un tiers (34 %) de l'ensemble des décès liés à la covid-19 survenus jusqu'en avril 2022 a concerné des résidents.es d'établissements de soins de longue durée dans 25 pays de l'OCDE⁸³.

81. Même avant la crise de la covid-19, les chercheurs avaient constaté que les risques de propagation d'infections étaient importants dans les grands établissements d'hébergement médicalisés, ce qui pouvait avoir de graves conséquences pour la santé des résidents.es⁸⁴. Une analyse de la situation dans plusieurs pays européens avait conclu que la probabilité pour les personnes âgées résidant dans des établissements médicalisés de décéder plus tôt augmentait par rapport à celles qui vivaient à leur domicile⁸⁵.

82. Cela étant, les pays européens éprouvent des difficultés à rendre les soins à domicile et de proximité largement accessibles aux personnes âgées ayant besoin de soins de longue durée. Les investissements pour développer des villes et des communautés amies des aînés et solidaires, tels qu'encouragés par l'OMS, devraient certainement permettre de renforcer les structures de soins de proximité et devraient être envisagés par tous les pays⁸⁶.

3.6 La nécessité de lutter contre les disparités territoriales

83. Il existe des variations considérables dans les niveaux d'offre de services de soins de longue durée en Europe. Par ailleurs, les taux de dépendance vieillesse les plus élevés ont notamment été mesurés en Finlande, en France, dans l'est de l'Allemagne, en Grèce, en Italie, au Portugal et en Espagne. La plupart des régions concernées sont essentiellement rurales, montagneuses ou relativement isolées⁸⁷.

84. Dans les États fédéraux ou les États fortement décentralisés au niveau régional, comme l'Autriche, la Belgique, l'Espagne ou le Royaume-Uni, il peut y avoir des différences considérables dans la quantité et la qualité de l'offre de soins. Des disparités d'accès aux soins de longue durée peuvent également exister en raison de la taille des différentes régions et communes et des financements mis à leur disposition, comme on l'observe en Bulgarie, en Tchéquie, en Finlande, en France, en Italie, en Lettonie, en Lituanie, en Norvège, en Suède et au Royaume-Uni⁸⁸.

85. Lorsque les populations sont géographiquement dispersées et que leur densité est faible, il est plus difficile et plus coûteux de créer et d'entretenir une infrastructure de services complète dans les

⁸¹ European Social Network (2021), [COVID-19 Impact on Europe's Social Services](#) (disponible en anglais uniquement).

⁸² European Centre for Disease Prevention and Control (2021), [Surveillance of COVID-19 in long-term care facilities in the EU/EEA](#) (disponible en anglais uniquement).

⁸³ Rocard E. (2022), [Strengthening resilience in long-term care. In: Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience](#), OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. (disponible en anglais uniquement).

⁸⁴ Lisa L. et al. (2015), [A decade of norovirus disease risk among older adults in upper-middle and high income countries: a systematic review](#). (disponible en anglais uniquement).

⁸⁵ Xavier F. et al. (2022), [Nursing Homes and Mortality in Europe: Uncertain Causality](#). (disponible en anglais uniquement).

⁸⁶ WHO (2023), [National Programmes for Age-friendly Cities](#). (disponible en anglais uniquement).

⁸⁷ Eurostat (2023), [Old-age dependency ratio increases across EU regions](#). (disponible en anglais uniquement).

⁸⁸ Spasova S. et al (2018), [Challenges in long-term care in Europe A study of national policies 2018](#) A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission. (disponible en anglais uniquement).

zones rurales, par rapport aux environnements urbains. Dans de tels cas, les populations rurales ont souvent moins accès aux services et aux activités et leur situation peut encore être aggravée lorsqu'elles rencontrent en plus des difficultés socio-économiques⁸⁹.

86. Ces dernières années, dans les 28 États membres de l'Union européenne, les personnes âgées avaient généralement plus tendance que leurs compatriotes à vivre dans des régions principalement rurales. En 2018, la proportion de personnes âgées résidant dans des régions essentiellement rurales était particulièrement élevée par rapport à la population générale en France, aux Pays-Bas, en Espagne et au Royaume-Uni⁹⁰.

87. Le fait que moins de services soient disponibles dans les zones rurales peut être particulièrement problématique pour les personnes âgées qui sont davantage exposées à la perte de mobilité, de maladie ou d'exclusion sociale. Pour les communes rurales à faible densité de population, il est difficile de proposer des transports publics rentables, réguliers et pratiques qui soient également accessibles et d'un coût abordable pour les personnes âgées. En cas de fermeture des infrastructures locales, comme les commerces, les banques, les prestataires de soins de santé, il faut se déplacer davantage pour accéder à ces services, un problème qui peut toucher de manière disproportionnée les personnes âgées vivant en zone rurale⁹¹. Dans ce contexte, l'organisation Age UK a employé l'expression « déserts de soins » pour décrire les zones moins densément peuplées d'Angleterre qui manquent de services de soins aux personnes âgées⁹².

88. En raison de la dispersion de la population sur les territoires ruraux et de leurs caractéristiques, on y observe une pénurie générale de services et des difficultés d'accès à ceux-ci, un manque de professionnels qualifiés et un manque d'aidant-es informels dû à la dispersion des familles, ce qui engendre des coûts supplémentaires pour surmonter ces difficultés⁹³. Cette réalité touche aussi de façon très marquée l'accès aux soins de santé de longue durée. Des solutions de services innovantes, locales, parfois mobiles, peuvent contribuer à combler ces lacunes en permettant aux habitant-es de zones faiblement peuplées de continuer à avoir accès à des services⁹⁴. Là encore, le concept de l'OMS de villes et de communautés amies des aînés⁹⁵ pourrait être un point de départ pour maintenir la qualité de vie et les niveaux de service, même dans les communes rurales.

89. En revanche, il peut être avantageux pour les personnes âgées de vivre dans des environnements urbains, notamment parce que les transports publics y sont plus présents et qu'il y existe un plus grand choix de logements et une plus grande diversité de services publics et commerciaux, s'ils sont conçus de façon à être accessibles⁹⁶.

90. Enfin, les pénuries de main-d'œuvre peuvent être inégalement réparties sur le territoire des pays européens. En Finlande, par exemple, elles sont concentrées dans le nord et l'est. En France, le recrutement est particulièrement difficile dans les régions frontalières avec le Luxembourg et la Suisse, principalement en raison des salaires plus élevés dans ces pays qui attirent de nombreuses professions. Au Luxembourg, le recrutement est plus difficile dans les régions du nord du pays en raison de la faible densité de population et du temps de déplacement nécessaire⁹⁷.

91. En résumé, les principaux défis que doivent relever les collectivités locales et régionales pour fournir des soins de longue durée de qualité aux personnes âgées sont l'augmentation des coûts, tant pour les pouvoirs publics que pour les personnes âgées, la pénurie de personnel, encore aggravée par des conditions de travail peu attrayantes dans le secteur des soins, une dépendance excessive à l'égard du secteur des soins informels, qui pose des problèmes dans un contexte d'évolution des

⁸⁹ UNECE Policy Brief on Ageing No. 18 (2017), [Older persons in rural and remote areas](#) (disponible en anglais uniquement).

⁹⁰ Eurostat (2019), [Ageing Europe Looking at the Lives of Older People in the EU](#) (disponible en anglais uniquement).

⁹¹ Commission européenne (2021), [Livre vert sur le vieillissement : promouvoir la solidarité et la responsabilité entre générations](#)

⁹² Age UK (2019), [Care deserts: the impact of a dysfunctional market in adult social care provision](#) (disponible en anglais uniquement).

⁹³ Spasova S. et al (2018), [Challenges in long-term care in Europe A study of national policies 2018](#) A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission (disponible en anglais uniquement).

⁹⁴ Commission européenne (2021), [Livre vert sur le vieillissement : promouvoir la solidarité et la responsabilité entre générations](#).

⁹⁵ WHO, [Creating Age Friendly Cities and Communities](#) (disponible en anglais uniquement).

⁹⁶ Commission européenne (2021), [Livre vert sur le vieillissement : promouvoir la solidarité et la responsabilité entre générations](#).

⁹⁷ Eurofound (2020), [Long-term care workforce: Employment and working conditions](#) (disponible en anglais uniquement).

modèles familiaux et de mobilité, la nécessité évidente de renforcer la coordination entre les services de santé, les services sociaux et les solutions de soins de proximité afin de maintenir des normes de soins élevées, et la nécessité de lutter contre les disparités territoriales. Les collectivités locales et régionales sont assurément capables de surmonter certaines de ces difficultés par elles-mêmes, mais elles auront besoin du soutien des gouvernements nationaux pour d'autres, soit en créant un contexte favorable au maintien de la qualité de vie et de l'autonomie des personnes âgées par le biais de politiques sectorielles, soit directement, en donnant des orientations ou en apportant un soutien financier à l'action locale et régionale selon que de besoin.

4. DES MESURES GÉNÉRALES ET INNOVANTES POUR RELEVER LES DÉFIS LIÉS À LA FOURNITURE DE SOINS DE LONGUE DURÉE AU NIVEAU LOCAL

92. Conscients des besoins croissants d'une population vieillissante et des défis à relever pour garantir l'accès des personnes âgées à une aide sociale et à des soins de longue durée de qualité, comme indiqué ci-dessus, les pouvoirs publics à tous les niveaux ont commencé à prendre des mesures dans leurs domaines de responsabilité respectifs. Étant donné que les personnes âgées ne constituent pas un groupe spécifique ou homogène, et que leur santé personnelle et leurs conditions de vie varient considérablement, les rapporteuses sont convaincues que les politiques visant à préserver leur autonomie et leur bien-être, tout en leur fournissant des services de soins de longue durée de la manière la plus efficace possible, devront être fondées sur des mesures prises dans différents domaines d'action et à différents niveaux de gouvernance. Des réponses générales et à plusieurs niveaux devront donc être apportées pour garantir l'accès des personnes âgées à une aide sociale de qualité.

93. Le présent rapport ne porte pas nécessairement sur la question des politiques nationales globales qu'il faudrait mettre en œuvre pour adapter nos sociétés aux besoins des personnes âgées. Cependant, les pouvoirs publics nationaux ou parfois régionaux, selon la structure administrative du pays, devront dans de nombreux cas contribuer par le biais de leurs politiques sectorielles à la création d'un contexte permettant aux collectivités locales (et régionales) de créer ce type de société. Le cadre de l'OMS pour des villes amies des aînés est une référence intéressante à cet égard, car il indique dans quels domaines il convient d'agir pour assurer le bien-être et l'autonomie des personnes âgées. Le cadre propose huit domaines interdépendants de la vie urbaine, à savoir les services de santé de proximité ; les transports ; le logement ; la participation sociale ; les espaces de plein air et les bâtiments ; le respect et l'inclusion sociale ; la participation civique et l'emploi ; la communication et l'information⁹⁸. S'il est certain que ces domaines d'action ont avant tout été définis pour orienter les politiques en faveur des personnes âgées menées par les villes, certains d'entre eux nécessiteront à l'évidence une intervention des pouvoirs publics à plusieurs niveaux, comme les domaines du logement ou du transport, qui relèvent en partie de la compétence nationale.

94. Si la création d'un contexte national favorable et le soutien par des politiques sectorielles au niveau national sont essentiels pour une action efficace et durable, les collectivités locales et régionales, qui sont les plus proches des citoyens, y compris des citoyens âgés et de leurs besoins quotidiens, disposent d'une marge d'appréciation assez large pour élaborer des stratégies et des politiques locales et régionales. Comme il a été observé dans toute l'Europe au cours des dernières années, les politiques locales en faveur des personnes âgées peuvent s'appuyer sur un large éventail de solutions et de pratiques, qui sont présentées de manière exemplaire dans l'annexe au présent rapport.

95. Parmi les diverses mesures locales et régionales pouvant être prises pour améliorer la qualité des soins de santé de longue durée, on peut citer l'utilisation plus large de la technologie, une meilleure intégration des services, la mobilisation de la collectivité, ainsi que le développement de services préventifs et de soins de proximité. Elles ont toutes en commun d'intervenir à un stade d'un « continuum » de soins de plus en plus intensifs, allant des mesures préventives assurant l'autonomie des personnes âgées le plus longtemps possible, jusqu'aux soins de longue durée intensifs – à domicile ou en établissement – dispensés par du personnel qualifié. Certaines mesures portent également sur l'amélioration des conditions de travail des aidant-es professionnels, qui peut passer par l'amélioration des programmes de formation et le renforcement de la coopération interservices, des solutions

⁹⁸ [WHO Age-Friendly City Framework](#) (disponible en anglais uniquement).

technologiques facilitant les interventions de soins, et, dans tous les cas, des mesures visant à rendre le travail dans le secteur des soins plus attrayant.

96. Dans un contexte de vieillissement démographique, les autorités locales et régionales constateront que certaines des solutions trouvées ces dernières années peuvent également contribuer à améliorer le rapport coût-efficacité des services d'aide et des soins de longue durée, à la fois pour les personnes âgées et pour les budgets des collectivités locales. Ces solutions peuvent donc à la fois renforcer l'autonomie des personnes âgées dans leur cadre de vie local et alléger la pression financière sur les collectivités locales.

97. Les mesures transversales visant à répondre aux besoins des populations vieillissantes peuvent également inclure la création d'institutions ou d'organismes spécialisés chargés d'attirer l'attention sur les préoccupations des personnes âgées, ainsi que la mise en place de processus d'élaboration de politiques nationales ou régionales qui créent un contexte favorable à l'autonomie des personnes âgées. Un exemple inspirant dans ce domaine, présenté au Congrès dans le cadre de la préparation du présent rapport et que les rapporteurs souhaitent citer ici, est celui du Conseil flamand des personnes âgées, un organe consultatif officiel qui participe à l'élaboration de la politique flamande en matière de vieillissement en formulant des conseils stratégiques, mais aussi en organisant des manifestations, des campagnes et des formations sur diverses questions intéressant les personnes âgées. Sans entrer ici dans le détail des politiques nationales générales en faveur des populations âgées, cet exemple peut rappeler que même les mesures les plus innovantes et les plus efficaces déployées au niveau local doivent être intégrées dans des politiques régionales ou nationales plus larges de la manière la plus cohérente possible et sur la base d'une consultation régulière des personnes âgées elles-mêmes⁹⁹.

98. D'une manière générale, le fait d'associer les personnes âgées aux processus de planification locale ou régionale par le biais de conseils consultatifs permet de garantir que la fourniture de services locaux réponde le plus efficacement possible aux besoins des différents groupes cibles en fonction de leur sexe, de leur état de santé, de leur niveau de revenu ou de leurs conditions de vie. Les collectivités locales et régionales peuvent également suivre des approches de coproduction des services aux personnes âgées tels que les services de soins de longue durée, par le biais de conseils d'usagers et de processus de planification et d'évaluation conjoints des soins. Dans des approches plus ambitieuses, les personnes âgées peuvent même participer aux processus d'appel d'offres et de passation des marchés au niveau local ou être associées au recrutement du personnel soignant¹⁰⁰.

99. Outre les approches participatives, les collectivités locales elles-mêmes disposent d'un certain nombre d'instruments pour améliorer l'efficacité et la qualité des services de soins de longue durée, à commencer par les investissements déjà mentionnés dans de nouvelles solutions technologiques. Elles peuvent également utiliser le pouvoir que leur confèrent les procédures de passation de marchés pour conclure des contrats avec les prestataires de soins de santé de longue durée qui fixent des objectifs appropriés. De même, les collectivités locales peuvent favoriser la planification et la fourniture de soins intégrés en créant des organismes de soins intégrés qui mettent en relation les services de soins et les services d'aide sociale ou en mettant en place des guichets uniques pour les personnes âgées qui ont besoin de ces deux formes de soutien.

100. Une fois encore, dans l'optique plus large de créer des cadres de vie répondant aux besoins des personnes âgées, les collectivités locales peuvent aider à adapter les environnements locaux pour les rendre plus accessibles aux personnes à mobilité réduite, ce qui est souvent le cas des personnes âgées. Ces adaptations peuvent consister d'une part à aménager les structures et infrastructures urbaines par le biais d'approches spécifiques en matière de logement et de mobilité et, d'autre part, à concevoir des logements adaptés aux situations de mobilité réduite. Cet exemple montre une fois encore que la conception et le développement de collectivités amies des aînés doivent englober l'échelon supérieur où sont conçues les politiques nationales de logement et le niveau des logements individuels qui doivent être équipés en fonction des besoins des personnes âgées.

⁹⁹ Voir les mesures élaborées par le [Conseil flamand des personnes âgées](#), telles que présentées à la commission des questions d'actualité du Congrès lors de sa réunion du 28 juin 2023 à Strasbourg par Vandeweghe N., Directeur du Conseil.

¹⁰⁰ ESN (2017), [Investing in later life - A toolkit for social services providing care for older people](#). (disponible en anglais uniquement).

101. Enfin, les collectivités locales, en tant que niveau administratif le plus proche des populations, peuvent compter sur le soutien des bénévoles et des associations, qui – en plus des services de soins professionnels – peuvent être mobilisés pour venir en aide aux personnes âgées, en particulier pour des besoins d'assistance mineurs. Les intervenant-es bénévoles peuvent, par exemple, aider à lutter contre la solitude non désirée des personnes âgées, qui est une cause majeure de la diminution de leur bien-être psychologique et physique. De nombreux pays ont mis en place des initiatives et des plates-formes solidaires afin de stimuler l'entraide entre voisins pour effectuer des activités essentielles comme faire les courses, promener le chien ou se rendre à des rendez-vous médicaux.

102. En définitive, parmi les nombreux exemples d'initiatives innovantes menées dans différents pays (voir l'annexe), beaucoup seront utiles pour relever les principaux défis identifiés au chapitre 3 auxquels sont actuellement confrontées les collectivités locales et régionales. Ces initiatives peuvent en effet permettre de faire face à la fois à la hausse de la demande de soins de longue durée et à l'augmentation de leur coût, de remédier à la pénurie de personnel et à la dépendance excessive à l'égard des soins informels, d'améliorer la coordination entre les différents organismes et les prestataires de soins de proximité, de renforcer les normes de qualité et de lutter contre les disparités territoriales. Toutes les mesures prises dans des domaines spécifiques et visant à surmonter des défis particuliers seront particulièrement efficaces si elles s'inscrivent dans des stratégies cohérentes et multiniveaux de création de collectivités amies des aînés et si elles sont guidées par une vision globale de la qualité de vie des personnes âgées dans les communes et les régions d'Europe.

5. CONCLUSIONS

103. En conclusion, les rapporteuses sont convaincues que pour faire face aux nombreux défis posés par le vieillissement démographique, les collectivités locales et régionales, mais aussi les gouvernements nationaux, doivent apporter des réponses à multiniveaux et multidimensionnelles. Les personnes de plus de 65 ans ne constituent pas un groupe social distinct devant bénéficier de services de soutien spécifiques. Toutefois, de plus en plus nombreuses dans la plupart des sociétés européennes, elles vivent au cœur des villes et des villages et souhaitent participer pleinement à la vie sociale et économique, cherchant à satisfaire divers besoins en matière de logement, de consommation, de culture et de loisirs, comme n'importe quel autre membre de la société.

104. Le vieillissement démographique et l'évolution des modèles familiaux ont entraîné une demande croissante de soins de longue durée pour les personnes âgées dans toute l'Europe. Dans ce contexte, les collectivités locales et régionales jouent un rôle majeur dans le développement de collectivités amies des aînés. Elles doivent pour cela investir dans les services de soins de longue durée de proximité tout en créant les conditions et les services nécessaires pour que les personnes âgées bénéficient d'environnements adaptés à leurs besoins et qu'elles puissent ainsi continuer à vivre le plus longtemps possible de manière autonome à leur domicile et participer activement à la vie de leur localité, même si elles sont de plus en plus dépendantes et requièrent des soins de plus en plus intenses.

5.1 Rôle à jouer et défis principaux à relever par les collectivités locales

105. Les collectivités locales en particulier sont confrontées à un certain nombre de défis majeurs pour fournir des soins de longue durée de manière pérenne et devenir des collectivités amies des aînés. Ces défis concernent principalement les domaines suivants : (1) le rapport coût-efficacité et la viabilité financière ; (2) la disponibilité d'un personnel qualifié (tant formel qu'informel) ; (3) la coordination et la qualité des services de soins et (4) l'équité de la prestation de services (entre les classes sociales et les territoires).

106. Les réponses à apporter pour mieux équiper les populations vieillissantes vont bien au-delà de la fourniture d'une aide sociale de qualité dans des cadres informels et formels. Elles doivent également inclure des mesures de prévention et la création d'un environnement et d'un contexte social adaptés aux personnes âgées, en facilitant l'accès de ces dernières aux services vitaux afin de garantir leur autonomie le plus longtemps possible, mais aussi en encourageant, dans un premier temps, la solidarité et l'entraide au niveau local grâce à un réseau de soutien, avant que les services de soins et de soutien n'interviennent pour fournir des soins professionnels à domicile et ultérieurement, en cas de besoin, en établissement.

107. En favorisant la solidarité locale, en veillant à ce qu'un soutien et des soins de répit soient apportés aux aidant-es informels, en développant les soins à distance, en renforçant le personnel de soins, en encourageant la coproduction avec les personnes qui utilisent les soins et leurs familles, en assurant une intégration des soins entre les services de santé et les services sociaux, en développant des écosystèmes locaux composés d'une gamme de services comprenant des soins à domicile, des soins de jour et de nuit, des soins en établissement ainsi que des soins de répit pour les aidant-es informels, et en mettant en place des systèmes d'assurance qualité axés sur les résultats, les collectivités locales et régionales peuvent contribuer à créer un « continuum » de soins et d'assistance dont l'objectif principal est de préserver l'autonomie des personnes âgées le plus longtemps possible tout en leur offrant une bonne qualité de vie malgré des dépendances croissantes.

5.2 Actions des collectivités locales

108. En ce qui concerne l'accès effectif à une aide sociale de qualité, les collectivités locales et régionales sont confrontées à de nombreux défis, comme le montrent les éléments évoqués dans le présent exposé des motifs. Face à ces défis, elles disposent de divers outils et moyens, tels que les procédures de passation de marchés, les réglementations locales en matière d'assurance qualité et la mise en place de services de proximité. Des exemples d'initiatives innovantes sont présentés plus en détail et illustrés dans l'annexe. Ainsi, la méthodologie de passation de marchés fondée sur les résultats peut contribuer à réduire considérablement les admissions coûteuses en maison de retraite, tout en améliorant la qualité de vie des personnes soutenues par des services locaux de soins de longue durée à domicile. Il convient également de noter que certaines des mesures susmentionnées ne doivent pas être envisagées de manière isolée, mais peuvent s'enrichir et se nourrir mutuellement en tant qu'éléments d'un système de services interdépendants mis en place au sein de collectivités amies des aînés.

109. La participation des usagères et des usagers des services à leur planification, leur fourniture et leur évaluation constitue un autre aspect important de l'assurance qualité. Les collectivités locales et régionales peuvent, par exemple, utiliser des approches de coproduction lors de l'élaboration de leurs stratégies de planification des soins. Par le biais des procédures de commande et d'appel d'offres, les autorités infranationales peuvent également exiger des prestataires de soins qu'ils utilisent des méthodologies de coproduction dans la fourniture des soins de longue durée, en associant les personnes âgées aux soins afin de s'assurer que ceux-ci sont le plus possible centrés sur la personne et fondés sur les besoins des intéressés.

110. Le renforcement de la participation de la population âgée dans son ensemble, par exemple par le biais de coordinateurs des bénévoles ou de plateformes en ligne, peut être un autre domaine clé d'intervention des collectivités locales. Le recours au travail bénévole peut contribuer à réduire la pression sur les services de soins de longue durée, notamment dans les domaines de la prévention, du vieillissement actif, de la fourniture de services ménagers et personnels de base et de la détection précoce des besoins. Pour encourager le bénévolat, les collectivités locales peuvent collaborer avec les associations locales et les ONG afin d'atteindre à la fois les bénévoles potentiels et les bénéficiaires des activités bénévoles.

111. Les collectivités locales peuvent et doivent appliquer des approches globales pour développer des collectivités amies des aînés et ont de nombreux moyens à leur disposition pour ce faire. Des environnements mieux adaptés aux besoins des personnes âgées, qui leur permettent de participer à des activités locales (culture, sport et autres activités de loisirs), d'accéder facilement aux services essentiels ou aux magasins de proximité, d'utiliser des transports publics physiquement et financièrement accessibles ou même d'apporter un soutien à d'autres personnes plus dépendantes, contribuent à l'autonomie et à la qualité de vie des personnes âgées.

112. En visant l'excellence dans la création de collectivités amies des aînés, les collectivités locales peuvent devenir de véritables laboratoires pour des approches intégrées et transversales ou des solutions technologiques innovantes telles que les soins à distance ou la détection des besoins à l'aide de capteurs. Des financements sont déjà disponibles pour ces nouvelles solutions à différents niveaux dans de nombreux pays et devraient être augmentés dans d'autres. La mise en place et le développement à plus grande échelle de solutions technologiques innovantes pourraient, au départ,

être financés par des subventions nationales ou des aides de l'Union européenne. Cependant, là encore, le soutien des gouvernements nationaux est nécessaire pour que les solutions qui se sont avérées efficaces dans des contextes locaux spécifiques soient ensuite pérennisées, promues et diffusées dans l'ensemble du pays.

5.3 Actions des gouvernements nationaux

113. Tandis que les soins de longue durée et les services de prévention sont souvent planifiés et fournis au niveau local, la pérennité de leur financement dépend souvent des dotations des États, lorsque les ressources locales en elles-mêmes ne sont pas suffisantes. Les gouvernements nationaux doivent donc veiller à ce que les pouvoirs publics qui ont l'obligation légale d'assurer l'accès aux soins de longue durée disposent de moyens financiers suffisants pour s'en acquitter. Cela est particulièrement important dans les systèmes où les soins de longue durée sont décentralisés, la prestation et le financement de ces soins relevant alors principalement du niveau local.

114. Les agences nationales de la qualité des soins et les organismes similaires sont devenus un élément important de l'assurance de la qualité des soins de longue durée en Europe. Pour garantir l'égalité d'accès à des soins de longue durée de qualité, les gouvernements nationaux recourent de plus en plus à des organismes nationaux qui supervisent les prestataires et les aident à se mettre en conformité avec les normes de qualité. Sans entrer ici dans le détail des méthodologies, les gouvernements nationaux devront généralement fournir aux autorités chargées de fixer les normes de soins des ressources suffisantes pour assurer un suivi cohérent et élaborer des programmes de renforcement des capacités visant à améliorer la qualité des soins d'une manière intégrée.

115. Pour remédier au manque de main-d'œuvre dans le secteur des soins, les gouvernements nationaux devraient non seulement renforcer l'attractivité des professions concernées, par exemple en augmentant les salaires et en améliorant les programmes de formation, mais aussi veiller à ce que les qualifications des ressortissants de pays tiers soient reconnues afin qu'ils puissent renforcer les effectifs du secteur des soins de longue durée dans les pays où cela est nécessaire.

116. Les gouvernements nationaux et les institutions européennes telles que l'Union européenne devraient soutenir les collectivités locales en finançant le développement de programmes innovants, en mettant à disposition des programmes nationaux destinés à encourager le développement de services de proximité pour les personnes âgées, en améliorant la coordination des services de santé et des services sociaux destinés aux personnes âgées et en créant de bonnes conditions de travail pour les personnels du secteur des soins de longue durée.

117. Lorsque le financement des soins de longue durée relève du niveau local, les gouvernements nationaux devraient mettre en place un mécanisme garantissant que l'accès des personnes âgées aux services sociaux et aux services de santé et que la qualité de ces services ne dépend pas de leur lieu de résidence. Cela pourrait passer par l'élaboration de normes de qualité nationales et par la création de services d'inspection ainsi que, le cas échéant, par des dotations aux collectivités locales qui ne disposent pas de ressources suffisantes, par exemple par le biais de systèmes de « péréquation » compensant les disparités entre les territoires régionaux et au sein de ceux-ci.

118. Enfin, comme cela a été indiqué tout au long du présent exposé, les gouvernements nationaux, et parfois aussi les gouvernements régionaux dans les États fédéraux, doivent créer un contexte favorable au développement de collectivités amies des aînés, en élaborant des politiques appropriées tenant compte des besoins d'une population âgée dans différents domaines, y compris les transports publics, le logement et le marché du travail.

Annexes :

Exemples de pratiques innovantes en réponse à divers défis observés à travers l'Europe

1. Utiliser le pouvoir de la technologie

1. L'introduction à grande échelle d'innovations sociales et technologiques dans le secteur des soins de santé, telles que la santé en ligne, la santé mobile, la téléassistance, les soins intégrés ou la vie autonome, peut améliorer considérablement l'efficacité des systèmes de santé et de soins de longue durée¹⁰¹. Les autorités locales de toute l'Europe ont investi dans des projets innovants qui utilisent la technologie pour rendre les services de soins de longue durée plus efficaces et relever des défis tels que la transformation du modèle de soins et la réponse aux besoins croissants en matière de main-d'œuvre. Il s'agit notamment de systèmes de détection des chutes, de surveillance numérique de la santé dans les maisons de soins, de téléassistance améliorant l'accès aux soins à domicile pour les personnes âgées ou de « cobots » soutenant les soignant-es.

Système de détection des chutes dans les centres d'aide sociale, Ville de Riga, Lettonie

2. Le service social du conseil municipal de Riga, en Lettonie, a installé 160 « capteurs intelligents de surveillance des clients » dans trois centres d'aide sociale pour personnes âgées. Le projet a fourni aux professionnel·les travaillant dans les centres de soins sociaux des équipements de surveillance et de transmission de signaux et a financé la formation des praticien·nes afin qu'ils et elles puissent répondre plus rapidement et plus efficacement aux besoins des résident·es. Cela a permis d'améliorer l'indépendance des résident·es et le temps de réponse des services en cas d'urgence. Le système garantit la sécurité, a réduit les coûts et aide les professionnel·les travaillant dans les centres d'aide sociale de Riga dans leur travail quotidien¹⁰².

Systèmes numériques dans les maisons de soins pour améliorer le suivi des résident·es et l'accès à des soins de santé en temps utiles, comté de Durham, Royaume-Uni

3. Le manque de coordination et de communication entre les maisons de soins et les services de santé communautaires peut entraîner des hospitalisations inutiles et une détérioration de l'état de santé des résident·es des maisons de soins. L'utilisation de systèmes numériques dans les maisons de soins pour améliorer le suivi des résident·es et l'accès à des soins de santé en temps opportun par le biais de références numériques contribue à améliorer leur état de santé. Le projet « Health Call Digital Care Home » de Durham a mis au point un système d'orientation électronique vers les services de santé communautaire et de soins primaires, ainsi que de suivi à distance des résident·es. Il permet de créer et de partager des observations de base afin d'établir un registre de ce qui est « normal » pour chaque résident·e et d'identifier les signes de détérioration. Les informations relatives aux résident·es sont ensuite transférées dans le dossier électronique du patient. Grâce au système numérique de surveillance et d'orientation, le personnel des maisons de soins et de santé dispose de meilleures informations pour prendre ses décisions, ce qui rend le processus plus sûr et plus efficace. En premier lieu, les prestataires de soins ont signalé une réduction significative des admissions d'urgence à l'hôpital, de la durée du séjour à l'hôpital et des visites inappropriées d'infirmier·es auprès des résident·es des maisons de soins. Les économies globales sont estimées à huit millions de livres sterling¹⁰³.

¹⁰¹ Commission européenne (2021), [Livre vert sur le vieillissement - Favoriser la solidarité et la responsabilité entre les générations](#).

¹⁰² ESN Practice Library, [Mise en œuvre d'un système de détection des chutes dans les centres de soins sociaux - Système de surveillance intelligent](#) à Riga, Lettonie.

¹⁰³ ESN Practice Library, [Des systèmes numériques dans les maisons de soins pour améliorer les résultats](#) à Durham, Royaume-Uni

La téléassistance améliore les soins de proximité pour les personnes âgées, voïvodie de Kujawsko-Pomorskie, Pologne

4. La voïvodie de Kujawsko-Pomorskie, en Pologne, encourage les soins à domicile et de proximité grâce à des services de téléassistance tels que des boutons SOS, des capteurs de chute, des mesures de la fréquence cardiaque et des dispositifs de communication bidirectionnelle au domicile des personnes. Un centre d'appel local surveille les dispositifs installés au domicile des personnes et reçoit des notifications en cas de besoin d'aide, réagissant par exemple en envoyant une équipe de soins en cas d'urgence. Les bénéficiaires déclarent que leur sentiment de sécurité s'est accru, ce qui leur permet d'être plus confiants dans leur capacité à rester chez eux en dépit d'une fragilité croissante¹⁰⁴.

Améliorer la téléassistance grâce à de nouveaux capteurs, Villes de Barcelone et de Malaga, Espagne

5. Le conseil du comté de Barcelone a développé le projet « All in One Sensor » afin d'améliorer les services de téléassistance en place depuis 20 ans dans la province de Barcelone. Le projet pilote consiste à installer des capteurs au domicile des personnes, qui peuvent surveiller leur bien-être et indiquer où les services sociaux doivent intervenir, par le biais d'un appel ou d'une visite à domicile. Des capteurs « non intrusifs » surveillent le comportement des personnes et alertent les services sociaux en cas d'écart dans leurs habitudes ou leurs schémas comportementaux. Par exemple, si une personne ne bouge pas pendant des heures, il se peut qu'elle ait une urgence médicale. Si un comportement inhabituel est détecté, les services sociaux appellent la personne ou ses proches pour s'assurer que tout va bien et envoient une équipe de soins ou un médecin si nécessaire. Cela rend la téléassistance plus efficace, car les besoins urgents des personnes bénéficiant de soins à domicile et de la téléassistance sont détectés plus rapidement¹⁰⁵. La ville de Malaga, dans la région d'Andalousie, en Espagne, a mis en place un tel programme de suivi des personnes dépendantes vivant à domicile, grâce à des compteurs d'eau intelligents, qui présentent l'avantage d'avoir été très souvent déjà installés au domicile des personnes concernées.

Les « cobots » soutiennent les aidant-es professionnel·les, Hampshire County Council, Royaume-Uni

6. De nombreux soignant-es professionnel·les souffrent de problèmes de dos en raison des tâches parfois très physiques qu'ils accomplissent, comme soulever des personnes. Pour remédier à ce problème, le conseil du comté de Hampshire, au Royaume-Uni, a financé le déploiement de six « cobots » loués dans des établissements de soins résidentiels. Les cobots sont des dispositifs robotiques contrôlés par ordinateur et conçus pour aider les personnes nécessitant des soins. Les cobots veillent à ce que les soignant-es conservent la bonne posture pour les tâches physiques, ce qui réduit le risque de blessures et favorise l'efficacité des soins. En outre, cette réduction de la nécessité de doubler les soins a été bénéfique à court terme en réduisant le nombre de soignant-es différent-es devant être en contact physique avec leurs client-es, ce qui a été un avantage lors des fermetures et des exigences de distanciation sociale tout au long de la pandémie de COVID-19. L'évaluation de l'efficacité des cobots a montré que les soignant-es étaient moins épuisés et se sentaient moins sollicités dans l'accomplissement de leurs tâches lorsqu'ils utilisaient l'appareil. Le conseil du comté de Hampshire a décidé d'investir dans six cobots, avec l'intention d'en augmenter considérablement le nombre à l'avenir¹⁰⁶.

Programme de formation à la compétence numérique, Municipalité de Muratpaşa, Türkiye

7. La pandémie de COVID-19 et l'évolution rapide des technologies numériques ont modifié les structures traditionnelles et les modes de vie dans de nombreux pays, qu'il s'agisse des méthodes d'apprentissage ou des conditions de travail. Cependant, les personnes âgées de 65 ans et plus ne peuvent pas toujours bénéficier des avantages de l'ère numérique. Selon les données de l'Institut statistique turc (TUIK), 79 % de la population générale utilise l'internet, mais seulement 27,1 % des personnes âgées. Face à cette disparité, la municipalité de Muratpaşa à Antalya a lancé un programme

¹⁰⁴ ESN Practice Library, [Le projet de téléassistance de Kujawsko-Pomorskie](#), Torun, Pologne.

¹⁰⁵ ESN Practice Library, [Technologies de soins à domicile : Projet de capteur tout-en-un pour la prédiction et la prévention](#), Barcelone, Espagne.

¹⁰⁶ Local Government Association Practice, [Prendre en charge les soins avec des cobots](#), Hampshire, Royaume-Uni.

de formation intitulé « Compétence numérique » pour améliorer les compétences numériques des personnes âgées, et notamment des femmes âgées de 65 ans et plus, afin d'éliminer les obstacles à l'accès aux services numériques. À l'issue du programme, organisé en cinq modules sur six semaines, les participant-es sont en mesure d'accéder aux applications d'administration en ligne, d'utiliser les services bancaires numériques et d'apprendre à passer des appels vidéo avec leurs proches¹⁰⁷.

2. Mise à disposition de soins intégrés

8. **L'amélioration de la mise à disposition de soins intégrés** grâce à une coopération étroite et au partage d'informations entre les professionnel·les, les personnes utilisant les services et leurs aidant-es (y compris les aidant-es informel·les) peut permettre de contenir l'augmentation des coûts des soins de santé et des soins sociaux tout en aidant les personnes âgées à rester indépendantes plus longtemps et à accroître leur bien-être¹⁰⁸. La coordination des soins de santé et des services sociaux a été la pierre angulaire du développement des services de soins de longue durée. Selon le Réseau social européen (ESN), un large consensus s'est établi sur le fait que les soins de longue durée, avec leurs composantes de santé et d'aide sociale, doivent être abordés de manière intégrée¹⁰⁹. Les autorités locales en Croatie, en Espagne et en Suède ont développé des modèles et des stratégies pour mieux intégrer les services de soins aux personnes âgées.

Salut + Soins à domicile intégrés, Amposta, Espagne

9. Le gouvernement régional de Catalogne a testé un programme intégré de soins à domicile combinant les soins de santé et les services sociaux au domicile des personnes. L'évaluation a montré une diminution de 20 % des admissions en maison de repos dans le groupe de personnes ayant reçu des soins à domicile intégrés par rapport aux personnes recevant des soins de santé et des services sociaux séparément¹¹⁰. La ville espagnole d'Amposta a mis en œuvre ce plan en organisant des visites conjointes de professionnel·les de la santé et des services sociaux au domicile des personnes âgées, avec un plan d'intervention commun. En outre, un nouvel outil basé sur les technologies de l'information et de la communication (TIC), et notamment une application mobile en ligne, a été créé à partir des données de l'historique clinique électronique de l'Institut Catalan de la Santé (ICS) et des données sociales des postes de travail des services sociaux, ce qui a permis l'intégration des données et l'enregistrement des actions planifiées¹¹¹.

Développement des prestataires de soins intégrés, municipalité de Norrtälje, Suède

10. « This Ten Hundred » est un modèle unique de soins intégrés développé en collaboration entre la région de Stockholm et la municipalité de Norrtälje en Suède. L'initiative de soins intégrés fusionne les soins de santé et les services sociaux au sein d'une seule et même entreprise, Tiohundra AB. Cette société est détenue à 100 % par l'association municipale de santé et d'aide sociale, la municipalité de Norrtälje et la région de Stockholm. L'entreprise fournit conjointement des services hospitaliers et communautaires dans la région, notamment un hôpital, des centres de santé, des services de psychiatrie, des maisons de repos et des soins à domicile. Les équipes de soins sont composées d'infirmier·es, de médecins, d'auxiliaires médicaux, de psychiatres, de chargés de dossiers et de coordinateur·ices d'aide à domicile. Le modèle de Norrtälje est reconnu en Suède et au niveau international, comme un modèle pour d'autres municipalités, conseils de comté et régions, et il est mis en avant par le ministère des affaires sociales. Cette méthode de travail innovante et efficace améliore la qualité et crée une valeur ajoutée pour les bénéficiaires, les proches et les employé·es. Le modèle est devenu un service permanent en 2016. En 2021, un modèle Norrtälje 2.0 était en cours de développement, visant à trouver des solutions nouvelles et efficaces pour les personnes âgées présentant un degré de dépendance plus élevé¹¹².

¹⁰⁷ Voir les [pratiques amies des aînés de l'OMS](#) (téléchargé en mai 2024).

¹⁰⁸ Commission européenne (2021), [Livre vert sur le vieillissement - Favoriser la solidarité et la responsabilité entre les générations](#).

¹⁰⁹ Réseau social européen (2021), Putting [Quality First - Contracting for Long-Term Care \(La qualité d'abord - la contractualisation des soins de longue durée\)](#).

¹¹⁰ Réseau social européen (2021), [Soins et soutien intégrés - Promouvoir les partenariats entre les services, améliorer les conditions de vie](#).

¹¹¹ ESN Practice Library, [Salut+ Social Integrated Care Programme](#), Amposta, Espagne (disponible en anglais uniquement).

¹¹² Réseau social européen (2021), [Soins et soutien intégrés - Promouvoir les partenariats entre les services, améliorer les conditions de vie](#).

Centres de gérontologie - Programme local de soutien communautaire intégré, ville de Zagreb, Croatie

11. Afin de prévenir l'institutionnalisation des personnes nécessitant des soins et de mieux servir les personnes au sein de leurs communautés, la ville de Zagreb a mis en place en 2006 son programme de soutien communautaire local pour les personnes âgées. Les centres de gérontologie fournissent des services sanitaires et sociaux préventifs et intégrés aux personnes âgées dépendantes. Les activités comprennent des programmes sportifs et récréatifs tels que la gymnastique, le yoga, la marche nordique, des programmes de prévention sanitaire, des ateliers créatifs, des programmes de divertissement culturel, des conseils pour les aidant-es informel-les, des tables rondes et des conférences¹¹³. Il est prouvé que les centres de gérontologie de Zagreb encouragent le maintien des réseaux sociaux, l'apprentissage tout au long de la vie, le maintien des capacités physiques, et contribuent au bien-être et à la qualité de vie des personnes âgées¹¹⁴.

Répondre aux besoins en matière de soins et les prévenir grâce à des centres de soins communautaires innovants, Autriche, Serbie et Monténégro

12. Le projet I-CCC (2020-2023), financé par l'UE et l'Agence autrichienne de développement, visant à « Répondre aux besoins de soins et à les prévenir grâce à des centres de soins communautaires innovants », a soutenu le développement de centres de soins communautaires innovants dans six communautés en Autriche, en Serbie et au Monténégro. En vue d'une prévention efficace de la santé et d'une prestation de soins personnalisée, les centres offrent des services comprenant, entre autres, des visites et des services d'aide à domicile, des conseils personnels, des activités de vieillissement en bonne santé et des formations pour les aidant-es informel-les et les bénévoles. Tout en présentant une approche intéressante de l'intégration des services et du vieillissement en bonne santé, les expériences réalisées dans le cadre du projet ont également montré que la viabilité financière à long terme de ces centres innovants reste un défi pour les communautés locales impliquées, une fois que le financement européen et national a été interrompu ou réduit¹¹⁵.

3. Prévention et vieillissement actif

13. Alors que l'espérance de vie des citoyen-nés s'est allongée au cours des dernières décennies, ils sont également de moins en moins susceptibles de connaître de longues périodes de mauvaise santé ou de handicap à un âge avancé que ce n'était le cas en Europe il y a trente ans, en raison de l'évolution des modes de vie et des conditions de travail¹¹⁶. Cela démontre l'impact positif que des modes de vie sains et le fait de retarder l'apparition de maladies liées à l'âge peuvent avoir sur le déclin physique et mental des personnes qui vieillissent. Les collectivités locales et régionales peuvent faire beaucoup pour prévenir la dépendance en aidant les gens à rester socialement, mentalement et physiquement actifs dans le cadre d'initiatives sportives, de loisirs ou de bénévolat et en détectant rapidement les besoins de formation¹¹⁷. De telles activités ont par exemple été développées par des autorités locales en Autriche, au Danemark et en Roumanie. Elles font également partie des mesures proposées et encouragées par le programme de l'OMS « Villes amies des aînés », qui est développé au point 9) ci-dessous.

¹¹³ Galić R. et al. (2018), [Fiche d'information - Communauté locale favorable aux personnes âgées/317/Zagreb](#).

¹¹⁴ Zivoder I. et al (2018), [Influence des services de gérontologie sur la santé physique et psychologique des personnes âgées dans la ville de Zagreb](#) Psychiatria Danubina, 2019 ; Vol. 31, Suppl. 1, pp. 99-104.

¹¹⁵ Projet de la CICC, ["Répondre aux besoins de soins et les prévenir grâce à des centres de soins communautaires innovants"](#) (2020-2023); tel que présenté à la Commission des questions d'actualité du Congrès lors de sa réunion du 28 juin 2023 à Strasbourg par Anya Blum de la Croix-Rouge autrichienne.

¹¹⁶ Tesouro et Pianelli (2010), [The Elderly between the Needs for Care and Active Ageing](#) European Papers on the New Welfare, 2010 ; Vol. 15, pp. 7-28 (disponible en anglais uniquement).

¹¹⁷ Réseau social européen (2017), [Investing in later life - A toolkit for social services providing care for older people \(Investir dans la vie après la retraite - Une boîte à outils pour les services sociaux fournissant des soins aux personnes âgées\)](#).

Les infirmier·es communautaires en tant qu'agent·es de liaison pour les soins locaux, Innsbruck, Autriche

14. Le programme d'infirmier·es de proximité, introduit en Autriche en 2022, vise à informer les gens sur les soins disponibles, à promouvoir une intervention précoce et à réduire le nombre d'admissions dans les maisons de soins. Dans le cadre du plan autrichien de redressement et de résilience, les **soins infirmiers de proximité** ont été déployés dans 120 projets pilotes afin d'améliorer les soins de longue durée de proximité en apportant un soutien aux aidant·es familiaux, en conseillant les personnes et en les aidant à détecter les besoins à un stade précoce¹¹⁸. L'infirmier·e communautaire est le principal point de contact pour les aidant·es familiaux. Il ou elle effectue des visites préventives à domicile, offre des informations et des conseils, mène des enquêtes pour évaluer les soins actuels et identifier les besoins non satisfaits. Il ou elle coordonne et facilite également la mise en place de services de soutien supplémentaires pour les aidant·es familiaux et assure la formation et la défense de leurs intérêts, le cas échéant ¹¹⁹.

Visites préventives à domicile, Autorités locales, Danemark

15. Les visites préventives à domicile se sont révélées être une mesure rentable pour améliorer la santé et le bien-être des personnes¹²⁰ et retarder les admissions dans les maisons de soins¹²¹. Au Danemark, les municipalités sont tenues d'effectuer des visites préventives à domicile auprès de toute personne âgée de 82 ans ou plus, afin de détecter les premiers signes de déclin physique et mental et d'apporter un soutien précoce. Lors des visites à domicile, des équipes pluridisciplinaires procèdent à une analyse des besoins et fournissent des conseils et des informations sur les activités, les services de santé et de soutien qui aideront les personnes âgées à préserver leur santé et leur bien-être¹²².

Promouvoir le vieillissement actif - Prévenir la détérioration de la santé, Bucarest, Roumanie

16. La ville de Bucarest, en Roumanie, a lancé le programme « Mouvement pour la santé », qui encourage les personnes âgées à faire des exercices physiques quotidiens en plein air, à danser, à jouer, à interagir socialement, à promouvoir une vie active et un mode de vie sain, et à nouer des relations sociales. Des activités similaires sont proposées par le club local des senior·es, qui offre aux personnes âgées un espace organisé pour se responsabiliser, des ateliers créatifs, des jeux de société, des excursions dans la nature, du bénévolat, des programmes artistiques et des événements culturels¹²³.

Participation sociale à travers l'art et la culture, Zenica, Bosnie-Herzégovine

17. L'association Naš Most a commencé à rassembler des personnes âgées de Zenica et des environs par le biais d'initiatives artistiques et culturelles. La plupart des membres n'avaient jamais participé à des activités créatives auparavant. Les membres et les non-membres, principalement des femmes âgées, acquièrent régulièrement de nouvelles compétences, s'enseignent mutuellement et se font de nouveaux ami·es par le biais de l'artisanat, de la musique et de représentations théâtrales. Alors que les grandes villes de Bosnie disposent de centres pour le vieillissement en bonne santé soutenus par le gouvernement pour favoriser la socialisation des personnes âgées, le travail de Naš Most est principalement financé par les cotisations des membres et repose sur le travail bénévole d'activistes senior·es. Le nombre d'activités et de membres n'a cessé d'augmenter au cours des deux dernières années¹²⁴.

¹¹⁸ Réseau social européen (2021), [Funding Social Services Recovery - Anchoring social services in post-Covid national reform plans](#) ((disponible en anglais uniquement).)

¹¹⁹ ESN Practice Library, [Home Care and Community Nursing](#), Innsbruck, Autriche (disponible en anglais uniquement).

¹²⁰ Sahlen K-G et al. (2008), [Preventive home visits to older people are cost-effective](#), Scandinavian Journal of Public Health, Vol. 36, No. 3 (May 2008), pp. 265-271 (disponible en anglais uniquement).

¹²¹ Vass et al. (2007) [Preventive home visits to older people in Denmark--why, how, by whom, and when](#), Z Gerontol Geriatr. 2007 Aug ; 40(4) pp. 209-16 (disponible en anglais uniquement).

¹²² Soins de santé au Danemark (2024) [Soins aux personnes âgées au Danemark](#).

¹²³ ESN Practice Library - [Soutien multidisciplinaire intégré pour les personnes âgées](#), Bucarest, Roumanie.

¹²⁴ Voir les [pratiques amies des aînés de l'OMS](#) (téléchargé en mai 2024).

4. Développer les services de proximité

18. Éviter les placements permanents dans des maisons de soins peut être un moyen de retarder la dépendance, mais il faudra que les services locaux de santé et d'aide sociale soient en mesure de travailler ensemble pour réduire les admissions évitables dans les maisons de soins¹²⁵. Les services de soins à domicile sont une intervention clé que les autorités publiques peuvent fournir pour maintenir la capacité des personnes à vieillir dans leur propre lieu de vie malgré une fragilité et une dépendance croissante à l'égard des soins. L'intégration des services peut contribuer à maintenir la capacité des personnes à rester chez elles malgré une fragilité croissante, par exemple par une meilleure coordination des sorties d'hôpital et des soins à domicile. De tels services ont par exemple été développés par les autorités locales en Pologne, en Espagne et en Suède, à la fois dans les zones urbaines et rurales.

Promouvoir l'accueil de jour, Province de Masovie, Pologne

19. Dans les centres d'accueil de jour, les personnes dépendantes peuvent bénéficier de soins spécialisés et d'ergothérapie pour maintenir leurs fonctions, voire restaurer certaines de leurs capacités. La province de Masovie, en Pologne, a investi dans des centres de six jours afin de soutenir les aidant.es informel·les et d'éviter que les personnes atteintes de démence n'aient besoin d'être placées en institution. Ces centres proposent des soins spécialisés sous forme de thérapie musicale et cognitive, d'entraînement à la mémoire, de cours manuels, d'horticulture et d'autres formes de thérapie. L'évaluation du projet pilote a montré que l'intervention a permis de réduire de 4 % le besoin de places supplémentaires dans les maisons de retraite en 2022. Une nouvelle réduction de 7,4 % est attendue d'ici 2025. Encouragée par ces résultats positifs, la province de Mazovie a l'intention de doubler le nombre de centres pour le porter à douze d'ici à la fin de 2025 ¹²⁶.

Services de soins de proximité, Barcelone, Espagne

20. Le conseil municipal de Barcelone met en œuvre ses services de soins à domicile par le biais d'une approche innovante dans laquelle des équipes de professionnel·les sont responsables d'un groupe de personnes qui vivent dans des quartiers définis, appelés « superblocs », dont la population est comprise entre 5 000 et 8 000 habitants. Le modèle est une adaptation du modèle néerlandais « *buurtzorg* » au contexte de Barcelone. Les personnes qui utilisent ce service déclarent qu'elles ont plus de possibilités de sortir dans la rue et de participer à la vie de leur communauté locale. Ils estiment également que les services fournis sont mieux coordonnés et que la qualité du service s'est généralement améliorée. Le modèle est passé de quatre équipes de quartier en 2017 à quatre-vingt-douze d'ici à la fin de 2023. L'effet secondaire positif est que la satisfaction au travail et l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée des professionnel·les impliqués ont augmenté¹²⁷.

Renforcer les soins à domicile dans les zones rurales - Rural Care, Castilla Y Leon, Espagne

21. Pour remédier au manque de soins de proximité pour les personnes âgées dans ses zones rurales, le gouvernement régional de Castilla y Leon, en Espagne, a mis en place des services de soins à domicile de proximité pour les personnes âgées dans les zones rurales et peu peuplées. Le projet Rural Care a été financé par l'UE de 2020 à 2023 pour démarrer ; depuis 2024, il est financé par le gouvernement régional. Le projet a prouvé qu'il était possible de mettre en place des services de soins à domicile rentables dans les zones rurales, malgré la difficulté liée aux longues distances à parcourir par les équipes de soins mobiles. Les évaluations ont montré que les coûts par personne du service de soins à domicile nouvellement créé étaient inférieurs à ceux des soins résidentiels - tant pour les autorités publiques chargées du financement que pour les particuliers. Le projet a déterminé que les coûts mensuels publics par personne participant au projet étaient de 681,94 euros, alors que les coûts mensuels par personne dans une maison de soins s'élevaient à 1 392,87 euros. Le ticket modérateur de 72 euros par mois pour les soins à domicile était nettement inférieur à celui des personnes en maison de retraite, qui devaient payer 889 euros par mois. Les participant.es à l'essai ont perçu des résultats similaires en termes de bien-être psychologique et physique à ceux des personnes vivant dans des

¹²⁵ Nuffield Trust (2022) [Admissions dans les maisons de retraite - Vue d'ensemble](#).

¹²⁶ ESN Practice Library, [Centres de jour communautaires pour les personnes âgées atteintes de démence et de la maladie d'Alzheimer](#).

¹²⁷ Ville de Barcelone (2023) [Atención domiciliaria](#) (disponible en espagnol uniquement)..

maisons de soins, alors que des investissements beaucoup plus faibles ont été nécessaires pour leurs soins¹²⁸.

Soins à domicile intégrés, comté de Skaraborg, Suède

22. Le comté de Skaraborg, en collaboration avec les municipalités, a mis en place un service intégré de soins à domicile pour les personnes ayant besoin de soins de longue durée. Deux équipes mobiles de soins palliatifs et de soins à domicile intégrés, composées d'aides à domicile, d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes et d'infirmier.es, fonctionnent comme « un service hospitalier à domicile » pour aider les personnes âgées ayant des besoins étendus, qui ne sont pas en mesure de se rendre à la clinique ambulatoire et qui, sinon, devraient être placées dans une maison de soins. Une évaluation réalisée en 2010 a montré une réduction impressionnante du nombre de visites aux urgences (80 %), de visites à l'hôpital (89 %) et du nombre de jours de soins à l'hôpital (92 %) chez les personnes âgées prises en charge par l'équipe intégrée de soins à domicile. Les coûts municipaux des soins à domicile ont augmenté, mais cette hausse a été compensée par une réduction des besoins en matière de soins résidentiels¹²⁹.

Maison du vieillissement actif, Municipalité de Mersin, Türkiye

23. La « Maison du vieillissement actif » a été créée par la municipalité métropolitaine de Mersin et son département des services sociaux en 2018. Avec cette initiative, la municipalité métropolitaine de Mersin vise à améliorer les conditions de vie des personnes âgées dans de nombreux aspects, en commençant par tous les citoyen·nes âgé.es de plus de 55 ans en tant que groupe cible. Dans le cadre du projet, des formations interactives (amélioration de soi, vie saine, amélioration des capacités cognitives, etc.) sont proposées par des expert.es, et des services de conseil psychosocial et de santé (dépistage dentaire, mesure de la tension, saccharimétrie) sont fournis. Les bénéficiaires de la « Maison du vieillissement actif » peuvent profiter d'activités culturelles, y compris des cours de musique et de théâtre, des cours d'échecs, des pratiques de chorale de musique folklorique turque, des journées de lecture, des événements touristiques, des projections de films et des sorties pique-nique¹³⁰.

5. Travail préventif dans la communauté

24. L'aide aux personnes âgées ne doit pas toujours être apportée par des soignant.es professionnel·les. Souvent, les bénévoles et la communauté élargie qui entoure les personnes âgées peuvent les aider à mener une vie indépendante malgré le développement initial de la fragilité. Le soutien des municipalités aux agences de bénévolat et aux plateformes en ligne qui mettent en relation les bénévoles et les personnes âgées ayant besoin d'aide peut être cité comme un exemple positif dans ce domaine. D'autres projets visent à sensibiliser les communautés à la solitude non désirée des personnes âgées et à ce qui peut être fait pour la combattre. Les autorités locales pourraient également encourager le bénévolat en rendant hommage aux contributions des bénévoles et des aidant.es informel·les par le biais d'initiatives telles que les « do good passes » ou les « médailles » pour le travail bénévole.

HOPLR App - Faciliter le soutien communautaire, Municipalités, Belgique

25. Les réseaux numériques de voisinage peuvent faciliter les contacts entre voisin·nes et contribuer à mobiliser la communauté autour des personnes ayant besoin d'aide. En Belgique, l'application HOPLR offre aux citoyen·nes la possibilité de demander et d'offrir de l'aide au sein de la communauté locale. Les centres publics d'aide sociale en Belgique utilisent activement l'application pour promouvoir le bénévolat, l'auto-assistance et l'engagement au sein des communautés locales. La plateforme a été entièrement intégrée dans le travail des services sociaux de certaines municipalités, et les travailleurs sociaux s'engagent avec les citoyens utilisant l'application par le biais d'un compte vérifié. En Belgique, au Luxembourg et aux Pays-Bas, plus de 250 municipalités et services publics utilisent Hoplr¹³¹.

¹²⁸ ESN Practice Library - [RuralCare](#), Castilla y Leon, Espagne (disponible en anglais uniquement)..

¹²⁹ Réseau social européen (2017), [Investing in later life - A toolkit for social services providing care for older people \(Investir dans la vie après la retraite - Une boîte à outils pour les services sociaux fournissant des soins aux personnes âgées\)](#).

¹³⁰ Voir les [pratiques amies des aînés de](#) l'OMS (téléchargé en mai 2024).

¹³¹ Voir : [Site web Hoplr](#) 2024.

L'Agence du bénévolat, Hambourg, Allemagne

26. La ville de Hambourg a créé une agence de bénévolat pour mettre en contact les personnes et les associations qui ont besoin de bénévoles avec les personnes qui recherchent des activités pour aider les autres. De cette manière, le soutien communautaire peut être renforcé et la participation des personnes âgées à la vie de la communauté est facilitée car de nombreux bénévoles sont eux-mêmes des personnes âgées¹³².

Projet RADARS Engaging the Community Against Unwanted Loneliness, Lisbonne, Portugal & Barcelone, Espagne

27. La solitude peut être liée à des risques plus élevés de diverses affections physiques et mentales : hypertension artérielle, maladies cardiaques, obésité, affaiblissement du système immunitaire, anxiété, dépression, déclin cognitif, maladie d'Alzheimer, voire décès¹³³. La lutte contre la solitude peut donc être une mesure préventive efficace pour éviter ou retarder la fragilité et la nécessité d'un placement en institution. Au Portugal, *Santa Casa da Misericórdia de Lisboa* a mis en place le projet RADAR pour identifier les besoins précoces en matière de soins et les signes d'isolement social ou de solitude chez les personnes âgées de Lisbonne. Le programme fonctionne par le biais de micro-réseaux impliquant les quartiers et les marchés locaux dans le cadre d'une approche communautaire. Par exemple, les propriétaires de magasins locaux sont formés pour identifier les signes de solitude et orienter les personnes vers les services communautaires disponibles¹³⁴. Un projet similaire a été mis en œuvre par la ville de Barcelone dans le cadre de sa stratégie municipale contre la solitude 2020-2030¹³⁵. Ces « projets radars » sont encouragés par l'Organisation mondiale de la santé¹³⁶.

6. Co-production des services de soins

28. La co-production des services de soins de longue durée permet de mieux répondre aux besoins des personnes âgées. La co-production est une méthode importante pour responsabiliser les personnes âgées et défendre leurs droits. Les personnes qui co-produisent leurs soins et leur accompagnement ont le sentiment de jouer un rôle actif dans la réalisation de leurs ambitions, soutenues par les services plutôt que dirigées par eux. La coproduction doit intervenir dans la planification, la conception, la mise à disposition et l'évaluation des services.

Conseil des personnes âgées, municipalité de Hafnarfjordur, Islande

29. Selon la loi islandaise sur les services sociaux, les personnes utilisant les services doivent être impliquées dans la prise de décision au sein des autorités locales. La ville de Hafnarfjordur en Islande a mis en œuvre cette disposition pour les personnes âgées utilisant les services en créant un Conseil des personnes âgées en 2006 pour s'assurer que les personnes âgées de la communauté locale puissent jouer un rôle actif dans la planification des services et des politiques locales. Le Conseil est un organe interne de l'autorité locale et comprend trois conseillers élus, trois personnes nommées par l'association locale des personnes âgées et un professionnel qui représente les services de soins de santé primaires. Les membres du Conseil issus de l'Association des personnes âgées reçoivent une compensation financière pour leur temps de travail ; cette compensation correspond à un pourcentage du salaire perçu par un membre du Parlement au niveau national en Islande. Le Conseil est associé à toutes les décisions qui concernent les personnes âgées de la communauté locale, par exemple la prise de décision sur le budget annuel de l'autorité locale. Le Conseil est également impliqué dans le conseil sur des projets tels que la construction d'une nouvelle maison de retraite en faisant partie de l'équipe de gestion du projet. Il contribue à garantir que les personnes âgées bénéficient de soins et de soutien adéquats au niveau local¹³⁷.

¹³² Ville de Hambourg (2023), [Agence du volontariat](#) - Description de la pratique

¹³³ Cacioppo JT, Cacioppo S. (2013), [Older adults reporting social isolation or loneliness show poorer cognitive function 4 years later](#). Evid Based Nurs. 2014 Apr ; 17(2) pp. 59-60 (disponible en anglais uniquement)..

¹³⁴ Santa Casa di Misericordia de Lisboa (2019), [Présentation de la ville de Lisbonne pour tous les âges](#).

¹³⁵ ESN Practice Library, [Projet RADARS : Connaître et reconnaître la solitude](#), Barcelone, Espagne.

¹³⁶ OMS (2017), [Pratique favorable à l'âge - Radars](#).

¹³⁷ [Présentation du Réseau social européen](#) (2019), [Forum de coproduction ESN 2019](#)

Transports sanitaires conviviaux pour les personnes âgées coproduits, Conseil du comté de Fingal, Irlande

30. Grâce à une initiative locale de coproduction du conseil du comté irlandais de Fingal, les personnes âgées ont identifié la disponibilité limitée des transports médicaux non urgents financés par l'État comme un obstacle à leur présence à l'hôpital et à d'autres rendez-vous liés à la santé. Cela a conduit à la mise en place d'un service porte-à-porte pour les personnes âgées, qui a ensuite été utilisé régulièrement par plus de 600 personnes¹³⁸.

La stratégie de Cuidas pour faire évoluer les soins de longue durée, Asturies, Espagne

31. La stratégie Cuidas de la région des Asturies transforme le modèle actuel de soins de longue durée en un modèle davantage basé sur la communauté grâce à une approche de co-création. Lancée après la pandémie de COVID-19, cette initiative place les personnes au centre, en donnant la priorité aux usagers, aux familles et aux professionnel·les. Pour s'assurer que le point de vue des personnes âgées se reflète dans la stratégie, dix groupes d'élaboration opérationnelle (GOE), composés de professionnel·les, de personnes utilisant les services et de leurs familles, ont été chargés d'élaborer la stratégie en dix sous-thèmes. En outre, des entretiens avec les principales parties prenantes ont été organisés lors de la phase d'évaluation des besoins de la stratégie. Le projet « Como en casa - Comme à la maison », qui implique les personnes dans la conception et la fourniture de soins dans les maisons de retraite, fait partie de la stratégie. Des groupes de discussion réunissant le personnel des maisons de soins, des représentant.es des aidant.es familiaux et des résident.es discutent de la manière d'organiser les maisons de soins d'une manière plus humaine et « comme à la maison », en donnant plus de liberté, de pouvoir de décision et de contrôle à leurs habitant.es. Sur la base de leurs recommandations, les maisons de soins des Asturies vont maintenant être réaménagées, d'une manière plus communautaire¹³⁹.

Planification communautaire co-produite pour mieux répondre aux besoins des aidant.es informel·les, Barcelone, Espagne

32. Le conseil municipal de Barcelone a développé Vila Veïna, un nouveau modèle de soins de proximité basé sur la planification sociale locale. Le conseil a mené une enquête auprès de 2 000 personnes dans quatre quartiers afin d'évaluer leurs besoins : 41 % de la population est responsable de personnes nécessitant des soins, 37 % de ces aidant.es consacrent plus de neuf heures par jour aux soins, 14 % ressentent de l'anxiété car ils ne parviennent pas à concilier le travail de soins avec d'autres responsabilités, 94 % des personnes âgées ne peuvent participer à aucune activité de soutien ou d'entraide dans le cadre de leur travail de soins. Les données ont été utilisées pour planifier le modèle de soins communautaires de Vila Veïna, qui consiste en un réseau d'équipes composées de professionnel·les des services sociaux, de personnes recevant des soins et de membres de la communauté. L'objectif est de générer des relations transformatrices entre le personnel et les personnes qui reçoivent des soins, ce qui peut contribuer à co-produire le soutien fourni par le réseau de soins¹⁴⁰.

7. Développement d'outils pour assurer la qualité

33. Sur les marchés des soins de longue durée, les autorités publiques locales sont souvent les financeurs, les acheteurs et les régulateurs des services. Tout d'abord, si la même autorité peut être à la fois financeur et acheteur, la réglementation et l'inspection sont généralement assurées par des agences différentes. Lorsque les autorités locales définissent les spécifications d'un appel d'offres, elles peuvent faire beaucoup pour influencer positivement la qualité des services qu'elles achètent dans les spécifications de l'appel d'offres. Il s'agit par exemple de la mise en service stratégique et de la mise en service basée sur les résultats, qui sont par exemple mises en œuvre par les autorités locales en Finlande et au Royaume-Uni. D'autres moyens d'influencer positivement la qualité des services incluent la mise en place d'une réglementation locale et d'organismes d'inspection pour garantir la qualité.

¹³⁸ HSE (2017), [Making a start in Integrated Care for Older Persons \(Prendre un bon départ dans les soins intégrés pour les personnes âgées\)](#) (disponible en anglais uniquement).

¹³⁹ [Vidéo de la Fondation Matia \(2023\) sur le lancement de Como en Casa](#) (disponible en anglais uniquement).

¹⁴⁰ ESN Practice Library, [Service d'aide à domicile \(SAD\) de Proximity](#), Barcelone, Espagne.

Strategic Commissioning for Quality, Hämeenlinna, Finlande

34. À Hämeenlinna (Finlande), les autorités locales appliquent ce que l'on appelle le « commissionnement stratégique » (ou planification sociale) pour garantir la qualité des services tout au long du processus de passation des marchés. L'objectif est d'appliquer une approche d'optimisation des ressources en reliant la passation des marchés, le contrôle de la qualité et les décisions stratégiques concernant l'externalisation des services. Le « commissionnement stratégique » s'effectue à un niveau stratégique supérieur, sur la base d'une analyse des besoins et des capacités organisationnelles et financières. Elle met également en place des activités de suivi qui permettent de mesurer si un certain résultat a été atteint par les services achetés. La ville de Hämeenlinna a de nombreuses années d'expérience sur la manière d'inclure l'assurance qualité et l'efficacité dans les processus de passation de marchés.

35. En 2010, la ville a mis en place une unité de commissionnement stratégique qui combine l'achat de services et la qualité. L'unité applique une approche d'optimisation des ressources en reliant l'approvisionnement, le suivi de la qualité et les décisions stratégiques concernant la sous-traitance, la mise à disposition interne et l'efficacité des services sur le quasi-marché finlandais des soins de longue durée. Le défi le plus important pour cette unité est d'atteindre des objectifs stratégiques spécifiques en reliant un large éventail d'éléments et d'approches en tant qu'acheteur. L'unité implique donc tous les départements publics qui s'occupent du financement et de l'organisation des services publics, ainsi que tous les prestataires publics et privés (à but lucratif, à but non lucratif). L'expérience a montré que cette évolution a porté ses fruits puisqu'il n'y a pas eu de problèmes juridiques avec les fournisseurs depuis longtemps, et ce résultat est également dû à la mise en place de structures locales solides pour faciliter un dialogue constant entre toutes les parties prenantes impliquées. La passation de marchés n'est plus considérée comme une relation sans lien de dépendance, mais comme un modèle qui évolue vers un partenariat public-privé convenu entre toutes les parties prenantes¹⁴¹.

Réglementation régionale de la qualité, Région de Catalogne, Espagne

36. En Catalogne (Espagne), le gouvernement régional a approuvé un décret sur la qualité des soins, selon lequel les organisations qui souhaitent être agréées en tant que prestataires de services sociaux de soins publics doivent répondre aux besoins des usagers et leur offrir une qualité de vie adéquate. Les organisations qui souhaitent être agréées en tant que prestataires de services sociaux d'assistance publique doivent répondre aux besoins des usagers et leur offrir une qualité de vie adéquate. Elles doivent notamment disposer d'un registre des usagers, d'un dossier individuel de prise en charge mis à jour en permanence, d'une charte des services, de protocoles détaillant les actions à mener pour fournir le service correctement et encourager la participation des usagers, ainsi que d'un mécanisme d'orientation en cas de cessation des services afin de garantir la continuité des soins. Les autorités locales peuvent également mettre en œuvre des critères de qualité spécifiques dans les contrats individuels. C'est le cas des soins à domicile, qui relèvent généralement de la compétence des autorités locales, et dans plusieurs pays, il n'existe pas de cadre de qualité pour les soins à domicile. Par exemple, dans la ville de Barcelone, les critères de qualité pour les soins à domicile sont définis dans chaque contrat individuel avec les prestataires, conformément aux dispositions de la loi régionale sur les services sociaux de Catalogne. Le conseil du comté de Barcelone a élaboré un guide sur les normes de qualité des soins à domicile afin de soutenir les efforts des petites municipalités pour établir des normes de qualité dans le cadre de leurs procédures contractuelles avec les prestataires¹⁴².

Commissionnement basé sur les résultats, Swindon, Royaume-Uni

37. Le conseil municipal de Swindon, au Royaume-Uni, a décidé d'appliquer la méthode de « mise en service basée sur les résultats » aux prestataires locaux de soins de longue durée, en collaboration avec quinze partenaires qui soutiennent ensemble plus de 1 100 personnes vivant dans l'arrondissement. Jusqu'à présent, la mise en service basée sur les résultats dans le domaine des soins de longue durée à Swindon a permis de réduire : a) les retards dans les admissions à l'hôpital, les lits vides (de 50 %), b) les admissions dans les maisons de repos (de 10 %) et c) les ensembles de soins nécessaires après la sortie de l'hôpital. Il a été démontré qu'avec cette méthode, des résultats positifs peuvent être obtenus au mieux si l'acheteur public et le prestataire concluent un partenariat durable qui

¹⁴¹ Réseau social européen (2021), [Putting Quality First - Contracting for Long-Term Care \(La qualité d'abord - la contractualisation des soins de longue durée\)](#)

¹⁴² Ebd.

permet une planification à long terme de part et d'autre, ainsi que des boucles de rétroaction et des investissements dans la qualité, ce qui se traduit par une amélioration de la qualité au fil du temps. À Swindon, de tels partenariats durables avec des fournisseurs principaux sont encouragés par l'utilisation de contrats pluri-annuels de 7 à 10 ans¹⁴³.

8. Logements et environnements adaptés à l'âge

38. Le cadre de l'OMS pour les villes et communautés amies des aînés, mentionné parmi les références internationales, souligne le rôle central des autorités locales dans la création d'environnements accessibles et permettant la participation des personnes âgées à la vie de la communauté¹⁴⁴. Dans toute l'Europe, des villes ont mis en œuvre des projets novateurs visant à promouvoir un environnement et des logements adaptés aux personnes âgées. La ville de Lisbonne mène plusieurs projets permettant aux personnes âgées de vivre chez elles et d'être actives dans un quartier local accessible. Le Dementia Friendly Park de la ville d'Helsingborg au Danemark et le Hogewyk Dementia Village aux Pays-Bas sont des exemples de villes qui s'efforcent de créer des espaces publics adaptés aux personnes atteintes de démence.

Programme Casa Aberta, Lisbonne, Portugal

39. Le programme Casa Aberta vise à aider financièrement les personnes âgées à adapter leur logement à une mobilité réduite. Les adaptations couvertes par le projet sont, par exemple, a) le remplacement des baignoires par des bacs à douche, b) l'installation de mains courantes dans les espaces communs tels que les escaliers dans les bâtiments, c) l'installation de barres de maintien dans les salles de bains et l'élargissement des passages intérieurs pour les fauteuils roulants¹⁴⁵.

Bairro 100% Seguro, Lisbonne, Portugal

40. Le programme « Bairro 100% Seguro » améliore l'accessibilité des places publiques, des zones piétonnes ou des trottoirs, afin de promouvoir la sécurité de la mobilité des piétons, pour tous les âges, mais en particulier pour les personnes âgées à mobilité réduite. Le programme est mis en œuvre par le conseil municipal de Lisbonne et le district urbain local (Junta de Freguesia)¹⁴⁶.

Dementia Friendly Parks, Helsingborg, Danemark

41. La ville d'Helsingborg, en partenariat avec l'université de Lund, a développé Dementia Friendly Helsingborg, une initiative permettant aux personnes atteintes de démence d'accéder et de participer de manière indépendante à des environnements extérieurs tels que les parcs publics. Permettre aux personnes atteintes de démence de continuer à accéder aux espaces publics a pour but d'améliorer et de maintenir leur santé et de contribuer à leur participation aux communautés locales. En adoptant une approche de co-production, le projet a impliqué les personnes atteintes de démence dans la conception et la planification de zones urbaines accessibles et adaptées à leurs besoins¹⁴⁷.

Villages Alzheimer, Hogewyk, Pays-Bas

42. Dans la ville de Weesp, aux Pays-Bas, un quartier entier a été conçu pour les personnes atteintes de démence et adapté à leurs besoins. Le quartier Hogewyk, ouvert en 2009, est le premier « village de la démence » au monde. Il se compose de vingt-trois maisons offrant sept styles de vie différents, choisis pour refléter les environnements domestiques néerlandais les plus courants. Une équipe d'employé.es est à la disposition des résident.es pour les aider à gérer leur ménage et à effectuer les activités de la vie quotidienne telles que la lessive et la cuisine. Dans cet environnement, les personnes atteintes de démence peuvent conserver leur autonomie et continuer à participer à la vie de leur

¹⁴³ Ebd.

¹⁴⁴ OMS (2016), [Créer des environnements favorables aux personnes âgées en Europe : un outil pour les décideurs et les planificateurs locaux](#).

¹⁴⁵ Santa Casa di Misericordia de Lisboa (2019), [Présentation de la ville de Lisbonne pour tous les âges](#).

¹⁴⁶ Conseil municipal de Lisbonne (2023), [As obras que as juntas de freguesia vão fazer na vez da Câmara de Lisboa](#). (disponible en anglais uniquement).

¹⁴⁷ ESN (2023), European Social Serve Awards Description de la pratique - [Dementia Friendly Helsingborg](#), Helsingborg, Suède (disponible en anglais uniquement).

communauté en faisant leurs courses, en allant au restaurant, au pub ou au cinéma, ou simplement en se promenant ¹⁴⁸.

Centres multigénérationnels, Wolfsburg, Allemagne

43. En Allemagne, les maisons multigénérationnelles constituent un point de référence où des personnes d'âges différents peuvent à la fois apporter et recevoir un soutien, en fonction de leurs points forts et de leurs besoins. Elles rassemblent sous un même toit des services destinés à différents groupes d'âge, tels que des services de garde d'enfants, des groupes de jeunes, un soutien aux jeunes mères, des garderies pour les personnes âgées et des centres de conseil pour les proches et les personnes ayant besoin de soins. Les maisons multigénérationnelles ont particulièrement bien réussi à donner accès à des services de garde d'enfants, tout en permettant aux personnes âgées d'assumer des tâches utiles au sein de la communauté en s'occupant des enfants et en étudiant avec eux¹⁴⁹. En Allemagne, il existe aujourd'hui environ 530 maisons multigénérationnelles¹⁵⁰. L'une d'entre elles a été construite dans la ville de Wolfsburg et fonctionne comme un lieu de rencontre ouvert en journée pour les personnes de tous âges qui souhaitent passer leur temps libre avec nous et rencontrer de nouvelles personnes. Les activités comprennent, entre autres, des cours pour parents isolés, des expositions d'art et des activités pour les jeunes¹⁵¹.

Logement multigénérationnel, Vienne, Autriche

44. Afin de promouvoir l'entraide entre voisins de différentes générations, la ville de Vienne encourage et soutient financièrement la cohabitation multigénérationnelle¹⁵². L'idée est que lorsque différentes générations vivent ensemble, les résident.es plus âgé.es peuvent aider leurs voisin.es à s'occuper de leurs enfants, par exemple, et recevoir en retour de l'aide pour les tâches ménagères, les visites chez le médecin ou même des soins en cas de maladie. Les services viennois d'aide au logement aident les personnes intéressées à trouver des projets de cohabitation tels que « Leuchtturm-Seestadt »¹⁵³. Les associations, telles que *Vis-à-vis Vienna*, qui rassemblent des personnes souhaitant investir et vivre dans des logements collectifs intergénérationnels, peuvent bénéficier d'une aide financière publique pour financer la construction de leur projet de logement multigénérationnel¹⁵⁴.

Mesure de la convivialité à l'égard des personnes âgées et initiative "Chatty Benches", Göteborg, Suède

45. Dans le cadre de son engagement en faveur d'environnements favorables aux personnes âgées, la ville de Göteborg, en Suède, a mis au point une méthodologie et des indicateurs affinés pour mesurer l'expérience et les opinions des personnes âgées sur la convivialité pour les personnes âgées dans les domaines de l'environnement urbain, de la mobilité, du logement, de l'inclusion sociale, de l'aide et des services sociaux, ainsi que de l'information et de la communication. Cette évaluation de base peut servir de source d'inspiration pour les villes qui souhaitent développer des activités similaires dans le même cadre¹⁵⁵. Dans le cadre de cette initiative, une vingtaine de bancs de discussion ont été installés à Göteborg, en Suède. L'idée est que ces bancs, qui appellent à la conversation, contribueront à favoriser les rencontres spontanées entre les gens, à lutter contre l'isolement et à atténuer la solitude¹⁵⁶.

Transformer Viișoara en un village ami des aînés, Viișoara, République de Moldavie

46. Afin de mettre en œuvre le concept de communauté amie des aînés, la municipalité de Viișoara a investi dans le développement et la mise en œuvre d'une variété de services sociaux au profit des citoyen.nes plus âgé.es, entre autres, les soins sociaux et médicaux à domicile par du personnel professionnel, l'implication des personnes âgées dans tous les groupes de travail locaux, les commissions du conseil local et du conseil de village, l'organisation d'événements culturels, l'inclusion

¹⁴⁸ Devora Vinick (2019), [Conception adaptée à la démence : Hogeweyk et au-delà](#), British Journal of General Practise (Journal britannique de la médecine générale) ?. 2019 Jun;69(683) p. 300

¹⁴⁹ Centre for Public Impact (2018), [Étude de cas - Mehrgenerationenhäuser II en Allemagne](#).

¹⁵⁰ Ministère fédéral de la famille, des personnes âgées, des femmes et de la jeunesse - [Site web sur les maisons multigénérationnelles](#).

¹⁵¹ Ville de Wolfsburg (2023), [Maison multigénérationnelle Wolfsburg](#).

¹⁵² Kurier.at (2018), [Das Angebot an alternativen Wohnformen für Ältere wächst](#) (disponible en allemand uniquement)..

¹⁵³ Ville de Vienne (2024), [Generationenwohnen](#) - Site web (disponible en allemand uniquement)..

¹⁵⁴ [Site web](#) de Vis a Wien, (2024).

¹⁵⁵ Ville de Göteborg (2015), [Baseline assessment - Current status of senior citizens' needs experience and views on age-friendliness in Gothenburg](#); dans ce contexte, voir également l'initiative "Chatty Benches", (disponible en anglais uniquement).

¹⁵⁶ OMS (2022), [Des bancs bavards pour des conversations spontanées](#).

du « vieillissement actif » comme objectif du plan de développement local, la fourniture d'une cantine sociale pour les personnes âgées ayant de faibles revenus et l'organisation d'activités éducatives. Le concept de communauté amie des aîné.es est également promu par les médias locaux et nationaux¹⁵⁷.

Accès gratuit aux transports publics pour les personnes âgées, Tirana, Albanie

47. Les faits et l'expérience ont montré que l'utilisation des transports publics par les personnes âgées améliore considérablement leur intégration dans la société et leur accès aux services. Ce modèle a commencé à être appliqué par les municipalités de Tirana et de Korça, et devient actuellement plus concret, les services de transport public étant offerts gratuitement aux personnes âgées à partir de janvier 2025 à Tirana.¹⁵⁸¹⁵⁹.

9. Développement de la main-d'œuvre

48. Pour attirer de nouveaux professionnels dans le secteur, les autorités locales peuvent investir dans l'amélioration de l'image du secteur des soins. Il est essentiel de communiquer de manière positive sur les opportunités offertes par le secteur des soins afin de contrer les perceptions publiques parfois négatives qui se sont développées au cours des dernières années (voir le chapitre sur les défis). Outre le recrutement d'un plus grand nombre de personnes dans le secteur, la fidélisation et le développement professionnel des personnes travaillant dans le secteur sont des éléments clés pour développer une main-d'œuvre solide, capable de répondre à la demande croissante de soins de longue durée. Des exemples de campagnes et de projets visant à attirer et à retenir les professionnel·les peuvent être trouvés au niveau local en Espagne, en Suède et au Royaume-Uni.

Améliorer les conditions de travail grâce aux marchés publics sociaux, Aviles, Espagne

49. La sous-traitance des services de soins à des prestataires privés a été critiquée parce qu'elle entraîne un risque de bas salaires et de dégradation des conditions de travail. Les autorités locales peuvent prendre en compte les conditions de travail lorsqu'elles sous-traitent des services de soins. Le gouvernement régional des Asturies a mis en œuvre l'utilisation de clauses sociales dans ses marchés publics par le biais du « Guide pratique pour l'inclusion de clauses de responsabilité sociale et environnementale dans les contrats administratifs » de l'administration de la Principauté des Asturies et de son secteur public. Cela a conduit à des contrats incluant un avantage social supplémentaire au-delà de la simple prestation de services, de l'exécution de tâches ou de l'acquisition de biens que chaque contrat particulier poursuit.

50. Les effets positifs de l'intégration de clauses sociales dans les marchés publics en général s'appliquent également aux soins de longue durée. Toutes les clauses qui ont une incidence sur l'amélioration des conditions de travail du personnel soignant, en améliorant leurs conditions de travail, rendront le secteur plus attrayant, ce qui permettra en premier lieu de conserver le talent des personnes qui sont actuellement liées au secteur et d'éviter la démission de professionnel·les expérimenté.es vers d'autres secteurs mieux rémunérés et/ou jouissant d'une meilleure réputation. Cette rétention des talents aura un impact sur l'amélioration de la qualité des services, ainsi que sur l'augmentation de la productivité et de l'efficacité du système. En outre, il est à espérer qu'elle attirera des professionnel·les hautement qualifié.es. Une amélioration de la qualité de l'emploi se traduira par une augmentation de l'attractivité pour les professionnels les plus talentueux, qu'ils viennent d'autres systèmes ou qu'ils débutent leur carrière professionnelle¹⁶⁰.

Diversification du personnel de soins de longue durée - Initiative "New in Care", Ostersund, Suède

51. La ville suédoise d'Östersund mène une initiative locale visant à recruter des groupes de personnes sous-représentées et inactives dans le secteur de l'aide sociale aux adultes. L'initiative « New in Care » est devenue un programme permanent de la municipalité pour faire face aux pénuries

¹⁵⁷ Voir les [pratiques amies des aînés de l'OMS](#) (téléchargé en mai 2024).

¹⁵⁸ Voir les [pratiques amies des aînés de l'OMS](#) (téléchargé en mai 2024).

¹⁵⁹ Voir les [pratiques amies des aînés de l'OMS](#) (téléchargé en mai 2024).

¹⁶⁰ Réseau social européen (2021), Putting [Quality First - Contracting for Long-Term Care \(La qualité d'abord - la contractualisation des soins de longue durée\)](#).

de personnel et réintégrer les personnes sur le marché du travail. Les chômeurs de longue durée ont la possibilité d'effectuer un stage de deux à six semaines, à temps plein ou à temps partiel, dans une organisation de soins sociaux. Ce programme a été initialement développé par l'administration locale de la santé et de l'aide sociale, qui a ensuite commencé à coopérer avec les services de l'emploi, puis avec les directeur·ices d'établissements d'aide sociale et les représentant·es syndicaux. Le soutien individuel a porté ses fruits puisque près de la moitié des participant·es ayant postulé au programme travaillent aujourd'hui dans le secteur de l'aide sociale¹⁶¹.

Campagne I Care, Skills for Care, Royaume-Uni

52. La campagne « I Care... Ambassadors » au Royaume-Uni promeut l'attractivité du secteur des soins et aide les organisations de soins sociaux pour adultes à recruter, développer et diriger leur personnel. L'initiative est menée par une équipe de travailleurs sociaux de première ligne enthousiastes qui se rendent dans les écoles, les collèges, les agences pour l'emploi et d'autres agences pour l'emploi afin d'inspirer d'autres personnes à travailler dans le secteur de l'aide sociale aux adultes. Grâce à leur expérience de première main, ils aident les enseignant·es et les conseiller·es en matière d'emploi à rafraîchir leurs connaissances sur le travail dans le secteur de l'aide sociale. L'initiative vise à mettre en valeur le travail dans le secteur de l'aide sociale et à attirer des personnes dans ce secteur en renforçant le lien entre les prestataires de soins, la communauté locale, les écoles, les établissements d'enseignement supérieur et les agences pour l'emploi. De telles initiatives peuvent être menées au niveau local et régional, et peuvent impliquer différents services tels que les services d'éducation et du marché du travail, qui sont fournis par les autorités publiques locales¹⁶².

Offrir des perspectives de carrière grâce à de nouveaux rôles professionnels

53. De nouveaux rôles professionnels, tels que celui de navigateur·ice de soins, peuvent offrir de nouvelles possibilités d'évolution de carrière aux personnes travaillant dans le secteur ou rendre le secteur attrayant pour de nouveaux profils. Par exemple, les personnes intéressées par la technologie numérique peuvent trouver de nouvelles opportunités dans les télésoins (cf. Telecare in Andalusia, Espagne), les personnes intéressées par le travail intersectoriel peuvent devenir des navigateurs et des coordinateurs de soins (cf. Community Nurse Project, Innsbruck, Autriche), et les personnes ayant de l'expérience dans le secteur peuvent changer leur profil professionnel pour devenir des conseiller·es en soins relatifs et informels (par exemple : Relative Advisors, Esbjerg Denmark).

10. Soutenir les aidant·es informel·les

54. L'investissement dans l'aide aux aidant·es informel·les contribue à maintenir leur capacité à fournir des soins. Bien que les aidant·es informel·les puissent fournir l'essentiel des soins et constituer l'option préférée des personnes âgées, ils peuvent souffrir des conséquences négatives de la prise en charge. Les aidant·es informel·les font état d'incidences négatives sur leur participation au travail rémunéré, leurs finances et leur santé physique et mentale, en particulier s'ils fournissent des soins intensifs (plus de 20 heures par semaine) ou s'ils s'occupent d'une personne souffrant de fortes limitations cognitives (par exemple, de démence)¹⁶³. Des bonnes pratiques de soutien aux aidant·es informel·les ont par exemple été développées par les autorités locales en Belgique, au Danemark et en Espagne.

Allocation de soins informels, Flandre, Belgique

55. En Flandre, en Belgique, les municipalités et les provinces accordent une allocation de soins (*Mantelzorgpremie*) aux personnes qui s'occupent de parents ayant besoin de soins. Chaque autorité locale fixe ses propres conditions d'éligibilité et le montant attribué à l'aidant¹⁶⁴. La ville de Bruges, par exemple, verse une allocation de 20 euros par mois. D'autres avantages sont le « do good pass », qui offre des réductions de prix dans les magasins locaux, les musées et les centres sportifs, et des conseils sur les services d'aide disponibles auprès d'autres organismes publics¹⁶⁵.

¹⁶¹ Réseau social européen (2017), [Investir dans le personnel des services sociaux](#).

¹⁶² Ebd.

¹⁶³ Rocard E. and Llana-Nozal A., (2022), "[Soutenir les aidant·es informels des personnes âgées : Politiques to leave no carer behind](#)," *OECD Health Working Papers* 140, OECD Publishing, Paris.

¹⁶⁴ Anthierens S. et al. (2014), [Support for Informal Caregivers - An Exploratory Analysis \(Soutien aux aidant·es informels - Une analyse exploratoire\)](#).

¹⁶⁵ Ville de Bruges (2024), [Mantelzorg](#) – Website.

Conseillers familiaux, Esbjerg, Danemark

56. La municipalité d'Esbjerg, au Danemark, a élaboré une stratégie spécifique pour soutenir les aidant.es informels par l'intermédiaire d'un « conseiller des proches », qui les aide à accéder à tous les services d'assistance disponibles, tels que les soins de répit. Le secteur tertiaire local de la municipalité a demandé que l'on mette davantage l'accent sur l'aide aux proches et aux parents les plus proches des personnes souffrant de troubles physiques ou mentaux, d'un handicap ou d'une vulnérabilité sociale, et ce en mai 2020. Il a observé un besoin non satisfait et un appel à l'aide de la part des proches confrontés à des problèmes complexes, notamment le stress, la solitude et un sentiment d'impuissance, qui nuisent à leur qualité de vie et ont un impact négatif sur la personne dans le besoin¹⁶⁶.

Soutien à l'(auto)prise en charge (Escola del Cuidar), Amposta, Espagne

57. Pour soutenir les soins au sein de la communauté, la municipalité d'Amposta (Espagne) a développé un programme de soutien informel aux aidant.es des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. L'objectif principal est de donner aux aidant.es les compétences nécessaires pour améliorer leur qualité de vie et de leur fournir les outils qui leur permettent de vivre l'expérience de l'aide de manière positive. Les participant.es au programme de formation reçoivent une formation sur la manière de prévenir les problèmes de santé mentale, physique et émotionnelle dus à la charge des soins informels fournis. L'objectif est de favoriser le vieillissement sur place, y compris pour les personnes qui ont besoin de soins informels. « L'école de soin » n'aborde pas seulement la partie théorique des soins, mais aussi et surtout la partie ludique et thérapeutique. C'est pourquoi des ateliers de thérapie par le rire et d'autres activités ont été intégrés, afin que les aidant.es puissent se détendre et partager leurs expériences avec d'autres personnes qui partagent la même situation¹⁶⁷.

¹⁶⁶ ESN Practice Library, [Focus stratégique sur les parents et le soutien aux proches](#), Esbjerg, Danemark.

¹⁶⁷ ESN Practice Library, [l'école de soin \(Escola del Cuidar\) Integrated Care Project](#), Amposta, Espagne.