



Mars 2010

## HANDICAP ET DÉPENDANCE : QUE FONT NOS VOISINS EUROPÉENS ?

La politique de réponse aux situations de handicap est singulière en France car elle élève une barrière d'âge entre les moins de 60 ans et ceux plus âgés. Il en résulte une catégorisation sociale des personnes âgées enfermées dans le ghetto de la "dépendance" et bénéficiant de prestation spécifique, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Celle-ci est moins généreuse que celles attribuées aux adultes plus jeunes ayant les mêmes besoins d'aide et de soins. Le dispositif de prise en charge est en outre éclaté entre de multiples décideurs, financeurs, gestionnaires de services et établissements et professionnels de l'aide et du soin.

Qu'en est-il de la barrière d'âge et de la fragmentation des dispositifs d'aide et de soin dans les autres pays européens ?

**Aucune barrière d'âge n'existe dans les autres pays** quel que soit le système de prise en charge. Celui-ci dépend du régime de protection sociale choisi. En revanche à part les pays nordiques le paysage de la perte d'autonomie est très encombré, certains pays tentant de le rationaliser.

Dans les **pays nordiques** toute personne, quel que soit son âge, a droit aux prestations médicales ou sociales nécessaires en raison de maladie ou de handicap. Ces pays ont en outre décentralisé les responsabilités en matière d'organisation, financement et fourniture des services et établissements conférant ces tâches aux municipalités. Elles ont mis à la disposition de leurs administrés toute une gamme d'intervenants de premier recours dans un véritable système d'aide et de soins intégré. Les soins hospitaliers de deuxième recours sont assurés par les comtés. Lorsque des personnes "bloquent" des lits pour raisons non médicales, les municipalités ont l'obligation de rembourser les coûts de soins hospitaliers aux comtés. Cela constitue une forte incitation au développement des services de soutien à domicile.

En **Allemagne** (système voisin de la France mais mieux organisé) des assurances obligatoires fondent la sécurité sociale : les droits sont liés aux cotisations sociales des employés et des employeurs et limités aux risques reconnus : maladie, pension de retraite, etc. ; la gestion est principalement assurée par les partenaires sociaux présents sur le marché du travail d'où un intérêt moindre pour les problèmes des personnes professionnellement inactives (ex les handicapés).

Un consensus s'est établi entre partenaires politiques et syndicaux pour créer, en 1994, une nouvelle branche - aide et soins de longue durée - de sécurité sociale. Néanmoins la séparation du financement des soins curatifs de celui des soins de longue durée ne permet pas d'assurer la continuité des soins et notamment leur dimension préventive par exemple en matière de rééducation. En outre, l'augmentation croissante de la population du grand âge rend le financement difficile et nécessite de nouvelles sources.



**L'Angleterre** a un régime mixte. Dans le secteur sanitaire existe un système national (NHS) universel financé par l'impôt qui paye les soins hospitaliers et de ville. Dans le secteur social, les autorités locales sont responsables des services ménagers, du portage de repas, de l'adaptation des logements et de l'hébergement collectif de longue durée. L'éligibilité se fait plus sur le montant des ressources. Un secteur privé offre les mêmes types de prestations. Pour remédier à cette dichotomie et augmenter l'efficacité des prestations, le gouvernement a entrepris de faciliter l'intégration des soins médicaux et sociaux en levant les barrières administratives et financières entre NHS et autorités locales.

Dans l'ensemble, les **pays du sud de l'Europe** ont peu développé le secteur professionnel de soutien à domicile. En dehors de l'aide familiale très dominante, l'aide à domicile est souvent apportée par des aidants non formés provenant de pays extérieurs à l'UE, payés "au noir". Dans certaines régions de l'Italie, depuis 1990, des expériences de soutien à domicile intégré coordonnées par des municipalités, regroupe des services avec médecin gériatre, infirmier et travailleur social. Dans les faits, il se limite le plus souvent aux seuls services médicaux par manque de coopération entre secteurs sanitaire et social et du fait de différences dans les modalités de financement.

*(Sur la base d'éléments fournis par Jean-Claude Henrard, Université de Versailles-Saint Quentin-en-Yvelines)*