

Soins de longue durée en Suisse: perspectives européennes

Comparée à d'autres régions du monde, l'Europe est confrontée à un vieillissement rapide de sa population. Ce phénomène, qui s'explique par le faible taux de fécondité et l'espérance de vie élevée dans la plupart des pays du continent, exerce une pression accrue sur les systèmes de soins de longue durée: pressions budgétaires, liées à l'augmentation des coûts de la santé et des soins de longue durée, et pressions sociales, liées aux responsabilités accrues pesant sur les familles¹.



Andrea E. Schmidt

European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienne

Par rapport aux autres pays européens, la Suisse possède un système de soins aux personnes âgées particulièrement efficace, généreux et bien ciblé. Reposant sur une combinaison de prestations universelles et de prestations sous condition de ressources, ce système assure un niveau de couverture élevé: environ 12,8 % de la population âgée de 65 ans et plus recevait des soins à domicile en 2009 et environ 6,5 % recevait des soins en institution². En comparaison européenne, seuls Israël, l'Islande et les Pays-Bas offrent un meilleur accès aux soins à domicile ou en institution que la Suisse³. En outre, près de la moitié des personnes âgées faisant état d'incapacités dans leurs activités de la vie quotidienne (AVQ) reçoivent des prestations de soins professionnels en Suisse. Les dépenses totales (publiques et privées) se situent à un niveau élevé, avec des soins de

longue durée chiffrés à 2,1 % du PIB en 2007, même si la part des dépenses publiques reste faible en comparaison internationale⁴. A l'heure où de nombreux pays européens doivent concilier autorité budgétaire et besoins croissants de soins pour les personnes âgées, la Suisse constitue une vitrine intéressante pour d'autres pays. Quel est le secret de la capacité de la Suisse à fournir et à financer des soins aux personnes âgées ?

Quels sont les éventuels inconvénients de ce système? Pour répondre à ces questions, une analyse comparative du système de soins de longue durée en Suisse et d'autres modèles en Europe et au sein de la zone CEE-ONU vise à identifier les raisons de cette situation. Cet article se concentre plus particulièrement sur certaines caractéristiques de l'offre de soins en Suisse (qui fournit des soins et qui les

reçoit?) et de leur financement (qui paie?), ainsi que sur certains aspects culturels de la question (qui devrait fournir des soins?), en particulier en ce qui concerne la prise en charge par les familles.

Un système de soins de longue durée à première vue efficace, généreux et bien ciblé

Le premier constat est que le système suisse de soins de longue durée cible de manière adéquate les personnes appartenant au «quatrième âge» (c'est-à-dire celles de 80 ans et plus), qui forment généralement le groupe ayant les besoins les plus importants. Ainsi, près d'une personne sur cinq dans ce groupe d'âge reçoit des soins en institution, tandis qu'une sur trois reçoit des soins à domicile. Ces chiffres sont relativement élevés en comparaison européenne. Seuls les Pays-Bas et la Belgique offrent un niveau comparable de soins en institution aux personnes de 80 ans et plus. Quant aux soins à domicile pour ce groupe d'âge, seuls six des pays européens pour lesquels des données sont disponibles, à savoir le Danemark, la République tchèque, Israël, l'Islande, les Pays-Bas et l'Autriche, affichent un taux de couverture supérieur à celui de la Suisse⁵.

1 L'article se fonde sur les recherches menées dans le cadre du projet MA:IMI (Mainstreaming Ageing: Indicators to Monitor Implementation), une collaboration institutionnelle entre le European Centre for Social Welfare Policy and Research (ECV) et la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe (CEE-ONU). L'auteur tient à remercier Eszter Zolyomi pour sa contribution et ses commentaires précieux sur cet article.

2 *Op.cit.* OCDE.

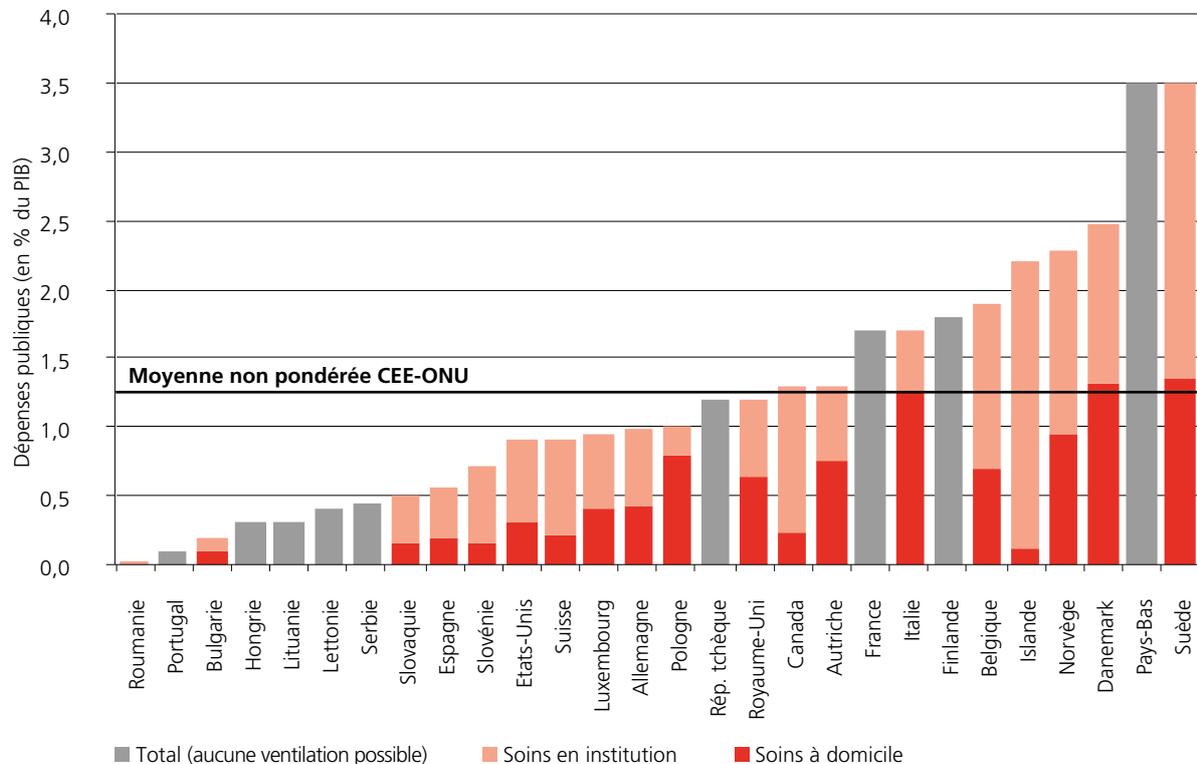
3 *Op.cit.* Rodrigues et al., 84: données provenant de sources nationales et de la base de données de l'OCDE sur la santé (cf. Annexe statistique in Rodrigues et al.).

4 *Op.cit.* Colombo et al., 46.

5 *Op.cit.* Rodrigues et al., 91.

Dépenses publiques pour les soins de longue durée, à domicile et en institution (2009 ou dernière année disponible)

G1



Sources : *Op.cit.* Rodrigues et al. 98, à partir de la base de données de l'OCDE sur la santé ; *Op.cit.* Colombo et al. et sources nationales. Données pour la Suisse à partir de la base de données de l'OCDE (2009).

En outre, le système suisse de soins de longue durée est à première vue peu coûteux : les dépenses publiques s'élèvent à 0,8 % du produit intérieur brut (PIB), la plus grande partie étant consacrée aux soins en institution (cf. graphique G1). En comparaison avec d'autres pays européens, le total des ressources publiques allouées aux soins de longue durée – soins en institution et soins à domicile – est relativement faible en Suisse au regard du niveau élevé des prestations fournies. Ce chiffre ne comprend toutefois que les dépenses de soins de longue durée liés à la santé, ce qui peut expliquer pourquoi la Suisse affiche un niveau de couverture similaire à celui des pays d'Europe du Nord tout en affectant beaucoup moins de ressources publiques au financement des soins de longue durée. De fait, les pays d'Europe du Nord (Danemark, Nor-

vège, Islande, Suède et Pays-Bas) dépensent environ trois à quatre fois plus que la Suisse pour les soins aux personnes âgées. Lorsque l'on classe les pays selon le niveau de leurs dépenses publiques pour les soins de longue durée, la Suisse prend place parmi ce que l'on pourrait appeler le groupe Europe centrale, avec un niveau de dépenses légèrement en dessous du Luxembourg, de l'Allemagne et de la Pologne, et légèrement au-dessus de la Slovénie (cf. graphique G1). Notons que les Etats-Unis ont un niveau des dépenses publiques similaire à la Suisse pour les soins de longue durée.

Les soins de longue durée représentent un risque social relativement nouveau dans de nombreux pays. Une façon d'estimer la valeur accordée aux soins de longue durée en tant que domaine de la politique sociale est de

regarder l'importance relative des ressources publiques consacrées aux soins pour les personnes âgées dans l'ensemble des dépenses sociales publiques. Autrement dit, quelle part des fonds publics destinés à la politique sociale est-elle affectée aux soins pour les personnes dépendantes ? Une comparaison montre que les pays qui accordent le plus de poids aux soins de longue durée sont généralement aussi ceux dans lesquels la part des dépenses publiques dans le PIB est la plus élevée : en Suède et aux Pays-Bas, les dépenses publiques pour les soins de longue durée représentent plus de 10 % du total des dépenses publiques dans le domaine social. Des niveaux également élevés s'observent en Norvège, en Islande et au Danemark. Au contraire, les soins de longue durée ne représentent que 4 % environ du total des dépenses

publiques dans le domaine social en Suisse ainsi que dans d'autres pays d'Europe centrale (Slovénie, Luxembourg, Allemagne) et en Grande-Bretagne⁶.

Prise en charge par des membres de la famille: devoir ou satisfaction personnelle ?

Comme nous l'avons vu plus haut, la Suisse possède un système de soins de longue durée performant, avec un niveau de dépenses publiques étonnamment bas. Dans les pays qui présentent un niveau de dépenses publiques comparable, comme l'Espagne ou l'Allemagne, les proches assument des tâches d'assistance importantes pour compenser les lacunes du système public de soins. Même si 20 % des personnes âgées de 75 ans ou plus en Suisse déclarent recevoir chaque semaine de l'aide de membres de la famille, d'amis ou de voisins⁷, le nombre d'heures que représente ce soutien reste relativement faible par rapport à la situation dans d'autres pays pour lesquels des données sont disponibles⁸. S'agissant de l'implication des membres de la famille dans la prise en charge des personnes âgées, la Suisse est plus proche de pays nordiques comme le Danemark, la Suède ou les Pays-Bas. Autrement dit, l'aide apportée par la famille vient surtout s'inscrire en complément des soins professionnels fournis par des prestataires professionnels⁹.

Fait intéressant, les attitudes à l'égard de l'aide apportée par les membres de la famille s'écartent de celles des autres pays. Dans l'étude SwissAgeCare, environ 90 % des aidants informels indiquent que leur engagement leur confère un « bon sentiment », tandis qu'une proportion tout aussi élevée déclare être mue par un sens personnel et moral du devoir¹⁰. Dans EUROFAMCARE, une étude européenne sur les aidants familiaux réalisée dans six pays européens¹¹, 80 % des personnes interrogées déclarent aider par devoir et un

peu plus de 70 % affirment le faire parce que cela leur donne un bon sentiment¹².

Etant donné l'offre publique généreuse de soins de longue durée en Suisse, il est surprenant de constater que l'implication étatique dans ce domaine n'est pas considérée comme allant de soi par la population. Dans une enquête menée en 2004, seulement 23 % des personnes âgées de 65 ans ou plus estimaient que cette prise en charge était de la responsabilité de l'Etat, alors que cette opinion était partagée par 90 % des sondés au Danemark et 67 % en Suède¹³. Pour résumer, on peut dire que les aidants familiaux ont un fort sentiment d'obligation, mais qu'ils retirent aussi une satisfaction de leur comportement d'aide. Dans le même temps, l'Etat est fortement impliqué dans l'offre de services de soins, même si la population n'estime pas que cette charge lui incombe principalement.

Les dépenses supportées par les ménages expliquent en partie le « secret suisse »

Une explication de la « solution suisse » qui combine offre publique généreuse et faibles attentes à l'égard de l'Etat pourrait être le niveau relativement élevé des dépenses privées¹⁴ dans le financement des soins de longue durée. Cette question est d'une importance cruciale étant donné les coûts considérables que peut entraîner une situation de fragilité dans la vieillesse. Plus de 60 % des dépenses de soins de longue durée sont assumées par les ménages en Suisse, ce qui fait de ce pays un cas particulier en comparaison internationale: une part si élevée des dépenses à la charge des particuliers ne se retrouve en effet dans aucun autre pays. Certes, la charge financière supportée par les ménages suisses est considérablement réduite si l'on tient compte de l'apport représenté par les prestations complémentaires aux rentes de vieillesse et d'invalidité ainsi que les allocations

pour impotent de l'AI, puisqu'elle se situe alors à environ 36 % des dépenses totales¹⁵. Même dans ce cas, toutefois, la Suisse affiche l'un des taux de dépenses privées les plus importants parmi les pays de l'OCDE pour lesquels les données sont disponibles. Ce taux est notamment similaire à celui des Etats-Unis (40 %). Comme le montre le graphique **G2**, le niveau de participation aux coûts des soins est plus élevé en Suisse qu'en Allemagne (31 %), en Slovénie (27 %) ou en Espagne (25 %), par exemple. Par ailleurs, en Suisse, la quasi-totalité des dépenses privées est assumée directement par les ménages plutôt que par le biais d'une assurance privée¹⁶.

Lorsque l'on examine plus attentivement le type de services directement financés par les ménages, une distinction doit être opérée entre les soins à domicile et les soins en institution. Le niveau élevé de participation aux frais observé en Suisse pourrait notamment s'expliquer par le fait que – par rapport à d'autres pays – de nombreuses personnes âgées sont prises en charge dans des homes¹⁷, bien que la participation aux coûts ne soit pas nécessairement plus élevée pour les soins en institution que pour les soins à domicile¹⁸. Depuis l'entrée en vigueur en 2011 de la loi sur le nouveau régime de financement des soins, les personnes qui reçoivent des soins en institution doivent payer elles-mêmes les frais de

6 *Op.cit.* Rodrigues et al., 100.

7 Données de 2006.

8 *Op.cit.* Rodrigues et al., 62 s.

9 *Op.cit.* Höpflinger.

10 *Op.cit.* Perrig-Chiello, 139.

11 A savoir l'Allemagne, l'Italie, la Grande-Bretagne, la Suède, la Pologne et la Grèce.

12 *Op.cit.* Döhner et al.

13 *Op.cit.* Haberkern et Szydlik, 309.

14 Les dépenses directement liées à la santé comprennent, d'une part, la participation aux frais dans l'assurance obligatoire des soins et les assurances complémentaires et, d'autre part, les frais que les ménages privés payent de leur poche pour les prestations de soins et les prestations médicales non couvertes par une assurance.

15 *Op.cit.* Colombo et al.

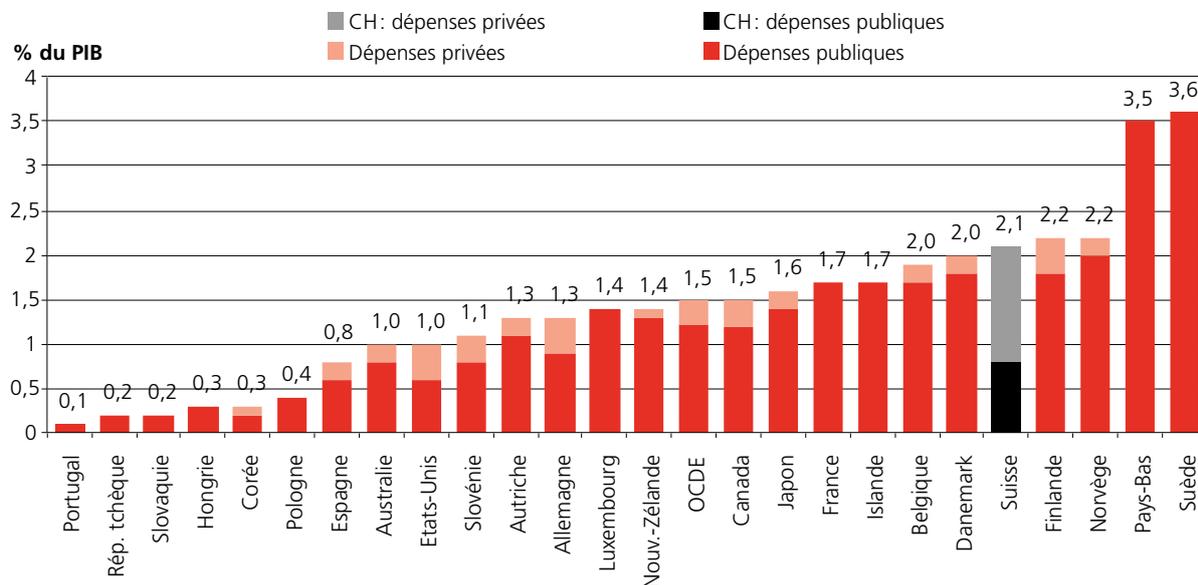
16 *Op.cit.* Colombo et al., 231.

17 *Op.cit.* Colombo et al., 40.

18 *Op.cit.* Höpflinger.

Dépenses publiques et privées pour les soins de longue durée, en pour-cent du PIB, en 2008 ou dernière année disponible

G2



Source: *Op.cit.* Colombo et al. 46, à partir de la base de données de l'OCDE sur la santé. Les données pour la Suisse correspondent aux dépenses pour les soins de longue durée liés à la santé en 2007.

repas et de logement, ainsi qu'une participation s'élevant au maximum à 20% des frais de santé¹⁹. Dans le cas des soins à domicile, les dépenses privées correspondent à des services qui ne sont pas remboursés par l'assurance obligatoire des soins, tels que les services d'aide domestique et de soins personnels pour lesquels une contribution aux frais est exigée. Ces dépenses ont augmenté en conséquence de la nouvelle législation, avec des financements privés qui représentent jusqu'à deux tiers des coûts totaux des soins à domicile en 2011²⁰.

Il est toutefois important de mentionner que les prestations complémentaires, accordées sous condition de ressources, couvrent la part des coûts que les personnes ne sont pas capables de payer par elles-mêmes. Ce dispositif est particulièrement important pour aider les personnes âgées à

financer les coûts des soins en institution.

Discussion

Le système de soins de longue durée en Suisse représente une solution originale en Europe. Il s'appuie sur un solide réseau de fournisseurs officiels en partie financés par l'Etat. Dans le même temps, les personnes âgées sont souvent aidées par des proches, principalement pour des tâches simples comme les courses alimentaires, les travaux ménagers ou les tâches administratives²¹. La Suisse présente nombre de caractéristiques que l'on rencontre davantage dans les pays nordiques ou scandinaves que dans les pays d'Europe centrale, où l'implication de la famille tend à être plus répandue, alors que l'offre de services de soins formels y est généralement moins développée. Dans le même temps, les dépenses publiques consacrées aux soins en Suisse ne sont pas plus élevées que dans les pays où le rôle des familles est essentiel pour compenser le manque de services

publics, comme en Allemagne ou en Pologne. En Suisse aussi, les familles continuent de jouer un rôle important et les gens tirent un sentiment de satisfaction de l'aide qu'ils peuvent apporter à leurs proches, même s'ils déclarent être aussi mus par un sentiment de devoir.

Si elles peuvent profiter d'une offre publique généreuse et de l'aide de leur famille, les personnes âgées en Suisse doivent assumer elles-mêmes une part importante des coûts des soins qu'elles reçoivent. Des prestations complémentaires sont toutefois versées aux personnes qui ne disposent pas de ressources financières suffisantes. Un système qui dépend dans une large mesure des finances des ménages pour payer les soins de longue durée comporte néanmoins un certain nombre de risques, notamment si les coûts deviennent trop importants: automédication hasardeuse, développement d'un « marché gris » et surtout renforcement des disparités socio-économiques dans l'accès aux soins. Comme le soulignent François Höpflinger et Pasqualina Perrig-Chiello²², une telle tendance

19 *Op.cit.* Curaviva.

20 Höpflinger, 99 ss; Association suisse des services d'aide et de soins à domicile; OFS.

21 *Op.cit.* Höpflinger, 92.

22 *Op.cit.* Höpflinger et Perrig-Chiello

aux inégalités socio-économiques parmi les personnes âgées est déjà une réalité en Suisse. Selon l'étude Swiss AgeCare, six personnes sur dix qui s'occupent de leurs parents déclarent que les coûts des soins professionnels sont trop élevés²³. Cette situation pourrait conduire à l'émergence d'un système de soins de longue durée à deux vitesses, avec des soins privés réservés aux groupes les plus aisés et des services subventionnés par l'Etat accessibles, pour autant qu'ils existent, aux moins fortunés. Un risque supplémentaire est que les personnes âgées dont les faibles ressources financières leur empêchent l'accès aux soins en viennent à solliciter de plus en plus l'aide de membres de leur famille, avec des conséquences négatives pour la santé et la situation professionnelle de ces derniers, en particulier des femmes. Etant donné le niveau déjà élevé des dépenses à la charge des ménages, un resserrement des budgets

publics de protection sociale doit être opéré avec beaucoup de prudence. Le nouveau régime de financement des soins instauré dans tous les cantons par la loi de 2011 n'est utile que dans la mesure où il ne conduit pas à un report de coûts supplémentaire sur les ménages. La crainte est aussi de voir un renforcement des inégalités géographiques dans l'accès aux soins de longue durée en Suisse²⁴.

Disposant d'une infrastructure performante de services de soins de longue durée financés par l'Etat et destinés aux personnes les plus âgées, c'est-à-dire à celles dont les besoins de soins sont les plus importants, la Suisse réunit toutes les conditions lui permettant de perfectionner encore son système. Une marge d'amélioration existe en effet, par exemple pour garantir un accès égal aux soins à tous les groupes de la population âgée indépendamment de leur statut socio-économique et de leurs ressources

matérielles. Les prestations complémentaires constituent certes un outil important à cet égard. Il n'en demeure pas moins que face à une espérance de vie qui devrait encore augmenter, la Suisse, qui est l'un des pays les plus riches d'Europe, pourrait faire plus pour permettre à tous les groupes de sa population d'accéder aux soins indépendamment de leurs capacités de financement. Le secret suisse pourrait alors être un véritable modèle en Europe.

Andrea E. Schmidt, M.Sc., chercheur, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienne.

Mél: Schmidt@euro-centre.org

23 *Op.cit.* Perrig-Chiello, 139.

24 *Op.cit.* Höpflinger, 101.

Sélection bibliographique et sources sur les soins de longue durée

Association suisse des services d'aide et de soins à domicile, *Tarifs/financements*: www.spitex.ch/ → Notre domaine → Tarifs/financement (279.2013).

Barbabella, Francesco and Lamura Giovanni, *Final «Integration report». The CARICT project: deliverable 5.3*, Wien 2011: <http://ipts.jrc.ec.europa.eu> → Home → Activities → Information society → Information society unit → Inclusion and cultural diversity → ICT for independent living and elderly care at home (17.10.2013).

Carretero, Stephanie et al., *Can technology-based services support long-term care challenges in home care?*, Luxemburg 2012: <http://ipts.jrc.ec.europa.eu> → Home → Activities → Information society → Information society unit → Inclusion and cultural diversity → ICT for independent living and elderly care at home (17.10.2013).

Chiatti, Carlos et al., *Final report containing case-by-case detailed description and analysis of selected 12 Good practices. The CARICT project: deliverable 4.3*, Wien 2011: <http://ipts.jrc.ec.europa.eu> → Home → Activities → Information society → Information society unit → Inclusion and cultural diversity → ICT for independent living and elderly care at home (17.10.2013).

Colombo, Francesca et al., *Help wanted? Providing and paying for long-term care*, Paris 2011.

Curaviva, *Fragen und Antworten zum Thema Neuregelung Pflegefinanzierung 2010*: www.curaviva.ch/ → Infos spécialisées → Dossiers thématiques → Nouvelle réglementation sur le financement des soins (279.2013).

Goodman, Catherine and Jon Pynoos, «A model telephone information and support program for caregivers of Alzheimer's patients», in *The Gerontologist* 3/1990, 399-404.

Haberkern, Klaus und Marc Szydlik, «State care provision, societal opinion and children's care of older parents in 11 European countries», in *Ageing and Society*, 30/2010, 299-323.

Höpflinger, François und Pasqualina Perrig-Chiello, «Zukünftige Entwicklungen der informellen und ambulanten Pflege», in *Pflegende Angehörige älterer Menschen: Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege*, hg. von Pasqualina Perrig-Chiello und François Höpflinger, Bern 2012, 275-303.

Höpflinger, François, «Familiale und professionelle Pflege im Alter: soziodemografische und intergenerationelle Perspektiven», in *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie* 2/2007, 475-493.

Höpflinger, François, «Zuhause lebende Menschen im Alter – soziale Netzwerke, Gesundheit und ambulante Unterstützung», in *Pflegende Angehörige älterer Menschen: Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege*, hg. von Pasqualina Perrig-Chiello und François Höpflinger, Bern 2012, 63-107.

Kubitschke, Lutz and Kevin Cullen, *ICT and Ageing – European Study on Users, Markets and Technologies. Final report*. Bonn 2010, www.ict-ageing.eu → Home → Project documents (17.10.2013).

Lamura, Giovanni et al., «Dependency scenarios» proposal. *The CARICT project: deliverable 3.1*, Wien 2011.

Lund, Dale A. et al. «Video Respite: An innovative resource for family, professional caregivers, and persons with dementia», in *The Gerontologist* 5/1995, 683-687.

OCDE, *Base de données de l'OCDE sur la santé*, Paris 2009.

OFS, *Statistique de l'aide et des soins à domicile – Résultats 2011: Chiffres et tendances*, Neuchâtel 2012.

Perrig-Chiello, Pasqualina, «Familiale Pflege – ein näherer Blick auf eine komplexe Realität», in *Pflegende Angehörige älterer Menschen: Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege*, hg. von Pasqualina Perrig-Chiello und François Höpflinger, Bern 2012, 111-210.

Rodrigues, Ricardo et al., *Facts and figures on healthy ageing and long-term care: Europe and North America*, Wien 2012: www.euro.centre.org → Home → Activities & Products → More publications → Books and Reports (European Centre) (17.10.2013).

Schmidt, Andrea et al., *Analysis and mapping of 52 ICT-based initiatives for carers*. The CARICT Project: Deliverable 2.3, Wien 2011, <http://ipts.jrc.ec.europa.eu> → Home → Activities → Information society → Information society unit → Inclusion and cultural diversity → ICT for independent living and elderly care at home (17.10.2013).

Services for supporting family carers of older dependent people in Europe: characteristics, coverage and usage, The National Survey Report for Germany (University Medical Centre Hamburg-Eppendorf), hg. von Hanneli Döhner et al., Hamburg 2008.