

Avis du Comité économique et social européen sur le thème «Vers un nouveau modèle de soins et d'accompagnement pour les personnes âgées: tirer les enseignements de la pandémie de COVID-19»

(avis d'initiative)

(2022/C 194/04)

Rapporteur: **Miguel Ángel CABRA DE LUNA**

Consultation	25.3.2021
Base juridique	Article 32, paragraphe 2, du règlement intérieur Avis d'initiative
Compétence	Section «Emploi, affaires sociales et citoyenneté»
Adoption en section	16.12.2021
Adoption en session plénière	19.1.2022
Session plénière n°	566
Résultat du vote (pour/contre/abstentions)	241/3/3

1. Objectifs et portée de l'avis: la prise en charge des personnes âgées, en particulier de celles qui sont dépendantes

1.1. Le présent avis d'initiative a pour objectifs bien délimités, d'une part, d'analyser les différents modèles caractérisant les soins de longue durée dispensés aux personnes âgées de 65 ans ou plus qui sont en perte d'autonomie ou en situation de dépendance, en particulier dans les établissements résidentiels, mais aussi l'incidence qu'a eue la pandémie de COVID-19 sur les divers schémas de prise en charge dans les États membres, que ce soit en établissement, à domicile ou sous d'autres formes encore, et, d'autre part, d'en tirer les conclusions qui s'imposent et de lancer un appel à une action qui soit tout à la fois cohérente au regard des lacunes mises en évidence et coordonnée, dans le cadre des politiques tant européennes que nationales.

1.2. L'allongement de l'espérance de vie représente tout à la fois un défi et une occasion à saisir du point de vue de la démographie, des politiques sociales, de l'économie, du logement et du respect des droits fondamentaux, au-delà de la seule question des soins et de l'accompagnement des personnes âgées. Cet enjeu recoupe également d'autres problématiques en rapport avec un vieillissement actif et en bonne santé, dans la dignité et l'autonomie. Pareille approche répondant à un prisme plus complexe devra cependant être développée de manière plus spécifique dans d'autres avis du CESE.

2. Conclusions et recommandations*Concernant les modèles de prise en charge*

2.1. Le CESE estime que la prise en charge des personnes âgées nécessitant des soins et un accompagnement ⁽¹⁾ de longue durée devrait faire l'objet d'une attention particulière et qu'elle devrait, dans le contexte de la transition démographique, être considérée comme un élément central dans l'élaboration des politiques de l'Union européenne. Cet objectif est d'autant plus pertinent que d'ici à 2050, selon les données disponibles avant la pandémie, plus d'un quart de la population sera âgée de plus de 65 ans et que le nombre de personnes de plus de 80 ans aura doublé.

2.2. Le CESE propose de créer un observatoire européen sur les soins et l'accompagnement des personnes âgées grâce auquel il serait possible, par exemple: de recueillir suffisamment de données statistiques; de comparer les bonnes pratiques dans les différents modèles appliqués par les États; de repérer les carences structurelles dans la capacité des systèmes nationaux à répondre à la demande d'assistance et de financement; et d'apporter un soutien technique pour faciliter l'adoption d'orientations sur les politiques de l'Union en vue de préparer le troisième rapport sur les soins aux personnes âgées, de mettre en œuvre le plan d'action sur le socle européen des droits sociaux et de contribuer à la mise au point d'une stratégie européenne sur les soins et l'accompagnement de longue durée, notamment ceux destinés aux personnes âgées. L'idée qui préside à toutes ces démarches est de consentir davantage d'efforts pour aider et encourager les personnes âgées à rester actives, autonomes, en bonne santé physique et mentale, aussi longtemps que possible.

⁽¹⁾ Il convient de noter que, dans le présent avis, le terme de «soins» (*cuidados* dans l'original espagnol) renvoie à tous les types de soins et d'accompagnement prodigués aux personnes âgées. Dans certaines langues, comme le français, le terme tend à se confondre avec les «soins de santé», alors qu'en espagnol, *cuidados* fait référence à tout type de prise en charge, notamment l'accompagnement dans les activités suivantes: assistance et aide aux personnes âgées, conversation, promenade, assistance à la mobilité, réalisation de courses, ménage, tâches domestiques telles que la cuisine ou l'habillement, entre autres. C'est dans ce sens général que le terme de «soins» est utilisé dans le projet d'avis, où il recouvre aussi, par conséquent, la notion d'accompagnement.

2.3. Le CESE estime qu'il est indispensable d'établir un cadre stratégique à des fins de prospective à moyen terme, suivant une approche globale, afin de relever les défis posés par la prestation de soins et d'accompagnement des personnes âgées dans l'Union européenne, en s'employant à jeter ainsi les bases d'une société de la longévité en bonne santé et d'un pacte de solidarité intergénérationnelle. La pandémie a révélé des déficiences en matière d'anticipation, de coordination et de planification dans des domaines touchant à des services essentiels à la collectivité (par exemple les soins de santé et les services sociaux) et les politiques de recherche biomédicale. Il doit y être remédié rapidement.

2.4. Par conséquent, le CESE se félicite que la Commission prenne l'initiative d'établir une nouvelle stratégie européenne en matière de soins et d'accompagnement, et il demande instamment qu'elle soit concrétisée dans les meilleurs délais et que l'on associe à son élaboration les organes consultatifs et les partenaires sociaux européens, aux différents niveaux qui sont les leurs, en tenant compte des accords qui auront été approuvés entre les parties. Un dialogue est également de mise avec les organisations de la société civile qui représentent en Europe les personnes âgées, notamment le réseau AGE Platform Europe et les différents organismes qui y sont affiliés, sans exclure pour autant la possibilité qu'une stratégie de l'Union spécifiquement consacrée aux personnes âgées soit élaborée dans les années qui viennent. Compte tenu de l'importance que revêt la question démographique, le CESE propose aussi d'inclure les soins et l'accompagnement des personnes âgées parmi les éléments stratégiques du débat qui a lieu dans le cadre de la conférence sur l'avenir de l'Europe. Il soutient dans le même temps la priorité donnée à l'intégration de l'Europe de la santé, y compris s'agissant des soins et de l'accompagnement de longue durée pour les personnes âgées.

2.5. Il est également proposé que le CESE se dote, au cours de sa mandature actuelle, d'un groupe ad hoc chargé de mener, sur la même ligne que celle de l'intergroupe «Défis démographiques» du Parlement européen, diverses initiatives en rapport avec les soins et l'accompagnement des personnes âgées, le vieillissement et le défi de la longévité, en vue notamment de la convocation de l'Assemblée mondiale sur le vieillissement des Nations unies prévue en 2022.

2.6. Le CESE demande instamment à la Commission européenne et aux États membres de développer à brève échéance, dans le plan d'action qui s'y rapporte, les principes du socle européen des droits sociaux qui présentent un lien avec la prestation de soins et l'accompagnement des personnes âgées.

2.7. Le CESE est d'avis que les soins et l'accompagnement de longue durée devraient être inclus dans les «tests de résistance» prévus au titre du règlement de l'Union concernant les menaces transfrontières graves pour la santé.

2.8. La pandémie a contribué à mettre en évidence les lacunes conceptuelles, structurelles et fonctionnelles des modèles de soins et d'accompagnement des personnes âgées, qu'ils soient dispensés dans des établissements, dans un cadre de services de soins à domicile, par les familles ou par des aidants professionnels.

2.9. Le CESE juge nécessaire que les États membres mettent en place une législation sur l'accompagnement des personnes âgées et la préservation de leur autonomie, ou actualisent celle qui existe déjà, conformément à l'article 12 de la convention prônant la dignité et les droits de l'homme des personnes handicapées, que les 27 États membres de l'Union ont ratifiée, et qu'ils développent, dans le cadre des systèmes de protection sociale, des branches consacrées à la prévention, à la perte d'autonomie et à l'autodétermination des personnes âgées. Dans l'esprit de la protection sociale pour tous et d'autres droits sociaux, tels que l'assurance chômage, la protection familiale, l'accès au logement ou la prise en charge de la dépendance, le CESE estime que l'autonomie des personnes âgées doit être garantie sur un pied d'égalité, en étant reconnue comme un droit subjectif et droit du citoyen, dans le contexte du développement des piliers de l'État-providence.

2.10. La pandémie de COVID-19 a montré que, pour un grand nombre de citoyens européens et leurs familles, l'offre est insuffisante en matière de soins et d'accompagnement de longue durée de qualité et d'un coût abordable qui s'adressent à toutes les personnes âgées, avec notamment des problèmes d'accès à ces soins et cet accompagnement. À cet égard, le CESE estime que les États membres doivent se pencher en priorité sur la question des personnes âgées qui, ayant besoin de soins et d'accompagnement, ne sont pas en mesure d'y accéder pour diverses raisons.

2.11. Le CESE propose que, afin d'encadrer et de promouvoir des politiques et règles nationales telles que celles évoquées, la Commission formule des propositions sur l'anticipation, la prévention et l'apparition de la perte d'autonomie des personnes âgées en vue de les inclure dans la stratégie relative aux soins de santé et dans les futures orientations sur l'autonomie des personnes âgées, qui seront élaborées sur la base de la stratégie européenne en faveur des personnes handicapées.

2.12. On a pu observer, durant la pandémie, que le regard porté sur les personnes âgées était partial, dévalorisant, voire discriminatoire. Le problème n'est pas la prise en charge des personnes âgées, mais au contraire son inexistence.

2.13. Le CESE propose, comme il l'a déjà demandé dans des avis antérieurs et comme le Parlement européen l'a préconisé dans son rapport sur le vieillissement de la population du vieux continent, que l'Union européenne établisse, pour mieux en délimiter les concepts, une définition uniforme de la dépendance et du besoin de recevoir l'assistance d'autres personnes en conséquence de la perte d'autonomie, en tenant compte de la diversité des approches adoptées dans les différents pays et de la liberté de choix dont ils disposent pour concevoir leurs systèmes de protection sociale. En effet, l'âge

ne définit pas l'identité. Toutes les personnes âgées ne sont pas dépendantes et elles n'ont pas toutes un besoin impérieux d'une prise en charge extérieure, de même que la dépendance causée par un handicap ne se confond pas avec la perte d'autonomie qui résulte des affections susceptibles d'apparaître avec l'âge, quoique ces deux situations se recoupent dans une proportion notable des cas.

2.14. Le CESE demande à la Commission européenne d'instaurer une Année européenne des personnes âgées, en reconnaissance de leurs droits fondamentaux et pour saluer leurs contributions à la société, conformément à l'article 25 de la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

2.15. Dans un certain nombre d'États de l'Union, des plaintes ou des actions en justice ont été portées devant les tribunaux en ce qui concerne le traitement des personnes âgées dans les résidences ou de possibles occurrences de violences ou violations de leurs droits fondamentaux. Par conséquent, le CESE demande que soient appliqués les principes consacrés par les traités européens et par ceux des Nations unies que l'Union et ses États membres ont ratifiés, afin de garantir les droits fondamentaux et la dignité des personnes âgées, et il préconise la mise en place de mesures pour les accompagner dans leur prise de décision, ainsi que l'adoption de dispositifs de protection juridique, tant judiciaires qu'extrajudiciaires, dans les services de soins et d'accompagnement de celles qui sont dépendantes. Il serait également envisageable de créer une fonction d'administrateur juridique ou de médiateur, ou toute fonction correspondante (selon le système juridique du pays considéré), fondée sur la détermination à agir avec empathie et dans l'intérêt supérieur des personnes à charge, ce qui, selon les analyses réalisées dans certains pays, pourrait avoir des effets positifs. Dans ce cadre, le CESE propose, conformément aux propositions émanant des Nations unies, de soutenir l'adoption d'une convention sur la dignité et les droits des personnes âgées.

Concernant les structures

2.16. Répondre au souhait de désinstitutionnaliser, de manière générale, les soins et l'accompagnement dispensés aux personnes âgées dans les établissements implique de promouvoir l'autonomie, l'indépendance, la capacité à se gérer seules et les relations sociales de celles d'entre elles qui sont dépendantes. Cette démarche suppose de mettre à disposition des ressources sociales et sanitaires de proximité, une aide beaucoup plus structurée et efficace à domicile, ainsi que de nouvelles solutions de logement, telles que des habitations protégées, surveillées ou insérées dans la vie locale, des unités de cohabitation ou d'autres dispositifs existant dans différents pays de l'Union, en fonction des besoins et des préférences des personnes âgées en perte d'autonomie. Pour les personnes plus dépendantes, il y a lieu de réorganiser les résidences traditionnelles sur le modèle du «vivre comme chez soi». De même, il convient de parer aux carences que la pandémie a mises en évidence dans les systèmes de soins et d'accompagnement grâce aux Fonds structurels et de cohésion européens, ainsi qu'à la facilité pour la reprise et la résilience et au programme de l'Union pour la santé, EU4Health, moyennant des recommandations sur des financements intégrés dans le cadre du semestre européen.

2.16.1. À cette fin, le CESE demande que les États membres utilisent les Fonds structurels et les fonds de relance de l'Union pour financer l'adaptation de logements, la création d'unités de cohabitation ou la reconversion des différents types d'établissements de soins, ainsi que pour investir dans la main-d'œuvre et les services. Ces adaptations devraient être effectuées conformément aux exigences les plus élevées en matière d'accessibilité, en ce qui concerne tant l'environnement bâti que l'écosystème numérique qui l'accompagne.

2.17. Le CESE estime que l'économie sociale qui constitue, avec ses coopératives, mutuelles, associations et fondations, un secteur dans lequel la dimension humaine revêt une importance primordiale, devrait, conformément au plan d'action de l'Union en sa faveur, être prise en considération et soutenue à titre d'acteur essentiel et de moteur de l'innovation et de la transition conduisant à ce nouveau modèle.

Concernant les moyens

2.18. Sur cette question, la carence majeure, qui en conditionne beaucoup d'autres, est l'insuffisance du financement. Il s'agit d'un paramètre qui varie considérablement d'un État membre à l'autre, pouvant fluctuer entre 0,3 % et 3,7 % du PIB. Cette situation est incontestablement liée à la spécificité de chaque modèle de protection sociale, mais aussi à l'incidence des politiques qui ont été pratiquées après les crises récentes, lesquelles ont eu une forte influence sur cette question des moyens alloués.

2.19. Le CESE estime que, vu les conséquences qu'a produites la crise de la dette, il est nécessaire de revoir les règles qui ont contribué à cette situation et qu'il convient d'assurer, dans le cadre des systèmes de sécurité sociale, des financements publics suffisants, à hauteur de la demande existante et de l'exigence de fournir des services de qualité.

2.20. Le CESE estime que, comme en atteste l'expérience de plusieurs États membres, les diverses offres de soins et d'accompagnement des personnes âgées doivent faire l'objet d'une réglementation adéquate, s'accompagnant de régimes de marchés publics dans lesquels le facteur déterminant serait la qualité du service, et non le prix.

2.20.1. Le CESE recommande de subordonner, dans les États membres où un tel dispositif est applicable et en tenant compte des mécanismes et procédures propres à chacun d'entre eux, tant l'allocation de places aux centres conventionnés que le renouvellement de leurs contrats à leur conformité concernant le ratio entre l'effectif du personnel et celui des résidents, à l'existence de formations continues pour les travailleurs et au respect de leurs conditions de travail, ainsi qu'à l'observation des obligations fiscales.

2.20.2. De même, les partenariats public-privé et les services privés — ainsi que les services publics — doivent disposer de mécanismes clairs et efficaces d'évaluation, de contrôle et d'inspection, en tant qu'exigence conditionnant l'allocation des ressources publiques aux centres privés ou conventionnés, mais aussi en vertu de la responsabilité publique de protéger les droits des personnes âgées.

2.21. S'agissant de financer les soins et l'accompagnement des personnes âgées en s'adressant à tous, le CESE est d'avis qu'un débat bien structuré doit avoir lieu, entre les différents niveaux et les divers acteurs. L'analyse ne devrait pas se limiter au seul aspect de la dépense, mais aborder aussi celui de l'investissement. Il conviendra, pour ce faire, d'examiner le mode de fonctionnement d'un État à l'autre, ainsi que les modèles de financement et les différentes formules, publiques, conventionnées ou complémentaires, qui sont possibles pour en assurer la couverture. Cette analyse devrait inclure les externalités positives que le déploiement de nouvelles technologies, les investissements dans des politiques favorisant un vieillissement actif et en bonne santé, ou encore la promotion de la santé et la prévention des maladies peuvent apporter, parmi d'autres facteurs, sur le plan des économies réalisées — en privilégiant toujours l'objectif de la qualité de vie.

2.22. Le CESE propose que soient mises en place des mesures visant à garantir une formation adéquate aux aidants, grâce au développement de parcours de formation spécialisés et institutionnalisés pour le personnel soignant, et que pour pouvoir travailler dans les services d'aide sociale aux personnes âgées, il soit exigé un certificat officiel attestant des compétences de base. Il préconise également le recours à des passerelles pour la reconnaissance de ces qualifications d'un pays à l'autre, ainsi que l'allocation de ressources du Fonds social européen pour financer la formation des aidants de personnes âgées.

2.23. De l'avis du CESE, il serait judicieux d'intégrer dans le dialogue social européen la question du personnel soignant dans l'Union, sous tous ses aspects, y compris celui du droit à la négociation collective, en poursuivant ainsi la démarche entamée avec l'accord-cadre autonome des partenaires sociaux européens sur le vieillissement actif et une approche intergénérationnelle de 2017. Ce dialogue social devrait aussi être mené entre les confédérations, dans les centrales et au niveau sectoriel (soins et accompagnement, d'une part, et services sociaux aux personnes, d'autre part).

2.24. Le CESE, conformément à la demande du Conseil [COM(2013) 152 final], soutient le bien-fondé d'une ratification, par les États membres, de la convention n° 177 de l'Organisation internationale du travail (OIT) de 1996 sur le travail à domicile et de sa convention n° 189 de 2011 sur les travailleuses et travailleurs domestiques, ainsi que de la recommandation n° 201 qui complète la convention n° 189.

2.25. Les évolutions technologiques, quant à elles, peuvent apporter un renfort essentiel pour les soins et l'accompagnement des personnes âgées, même si elles ne pourront jamais remplacer le travail humain. La télémedecine ou la télé-réadaptation, les méthodes de formation des professionnels ou les relations sociales au moyen d'appels vidéo en fournissent quelques illustrations. Comme autres exemples, on peut également citer l'utilisation de capteurs, placés dans le lit ou sur la personne, pour surveiller les constantes vitales ou pour prévenir les chutes, ou encore l'aménagement des infrastructures et de l'architecture, comme le recours à la domotique, dans le but de créer des environnements conviviaux ou des solutions de mobilité pour les personnes âgées.

2.25.1. Par conséquent, le CESE juge nécessaire que l'ensemble des parties concernées par les soins et l'accompagnement des personnes âgées fassent un meilleur usage des innovations découlant des technologies numériques, que l'on pourrait encourager par des programmes au titre des Fonds structurels. Il propose également d'envisager de former aux technologies numériques les personnes âgées qui ont besoin de soins et d'accompagnement de longue durée.

2.26. Par ailleurs, et contrairement à certaines allégations, la protection des personnes âgées qui nécessitent des soins et de l'accompagnement n'est pas incompatible avec l'attention dont les jeunes générations doivent faire l'objet. Le CESE considère que ce raisonnement fallacieux doit être réfuté. De même que la transition écologique et numérique et la transition sociale doivent aller de pair, il y a lieu, pour relever le défi de la démographie et en capter le potentiel, de s'appuyer sur un pacte intergénérationnel dont les objectifs fondamentaux seraient l'accès à une éducation de qualité pour tous, à un travail légal et à des emplois dignes, ainsi qu'à des systèmes de protection sociale étendus offrant une couverture globale. Ce constat s'impose avec encore plus de force dans des sociétés comme celles de l'Europe, où le pacte social repose sur la solidarité intergénérationnelle. C'est pourquoi le pacte qui scelle la coopération entre les générations constitue un élément fondamental pour une rénovation du contrat social européen. Sans lien unissant les générations, ni la transformation qui s'opère actuellement dans la société, ni la relance au lendemain de la pandémie ne pourront aboutir.

2.27. De l'avis du CESE, il est essentiel, dans le cadre des politiques et actions visant l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées, d'élaborer des stratégies de large envergure aux fins des objectifs suivants: a) détecter précocement les vulnérabilités susceptibles de déboucher par la suite sur une perte d'autonomie, et assurer l'anticipation, la prévention, la réhabilitation et le financement face au processus aboutissant à la perte d'autonomie et à la dépendance; b) retarder l'apparition de la dépendance en favorisant des comportements sains, au niveau de l'alimentation, de l'exercice physique ou des conditions de travail; c) anticiper l'incidence que les moments de rupture dans la vie, comme le chômage, les séparations ou les transitions d'un emploi à l'autre et de la vie active à la retraite, ainsi que la solitude, exercent sur la santé; d) recenser les personnes les plus vulnérables pour prendre en compte les situations spécifiques, par exemple les maladies neurodégénératives, les dépressions et risques de suicide ou les cancers; e) financer de manière suffisante et permanente la prise en charge collective des personnes âgées; et f) accompagner et soutenir les proches aidants, par des instruments, formations, mesures visant à concilier leur vie professionnelle avec les soins qu'ils apportent, en gardant à

l'esprit que leur condition d'aidant peut les conduire à perdre eux-mêmes leur autonomie, sans qu'ils aient droit à des mesures de protection quand ils vieillissent à leur tour.

3. Historique et contexte

L'évolution du contexte

3.1. Depuis des décennies, des débats ont cours, dans l'Union, sur les besoins des personnes âgées dépendantes en matière de prise en charge.

3.2. Plusieurs éléments ont contribué à modifier notre conception initiale des soins de longue durée. Nous sommes passés d'une conception purement sanitaire à une approche plus inclusive, qui, fondée sur la prestation universelle de services de qualité associant soins de santé et aide sociale, est centrée sur la personne et devrait, de l'avis du Conseil et de la Commission européenne, répondre à trois critères essentiels: l'accès pour tous, quels que soient les revenus ou le patrimoine; la qualité des soins et de l'accompagnement; et un financement suffisant des systèmes de soins de santé et d'aide sociale.

3.3. Un certain nombre de mutations sociologiques ont contribué à renforcer cette tendance, qu'il s'agisse du vieillissement démographique lui-même, de la part croissante de la population en situation de dépendance ou de perte d'autonomie, de l'augmentation des maladies mentales dans les couches supérieures de la pyramide des âges, de l'intégration massive des femmes dans le travail rémunéré, de la hausse du nombre de personnes vivant seules, ou encore des évolutions des modèles familiaux.

3.4. Par leur impact, ces changements ont remis en question tant la nature de la prise en charge par les services sociaux que le rôle central qui y est joué par la famille, en l'occurrence les femmes, dans la très grande majorité des cas, d'où la nécessité de développer, parallèlement aux retraites, à l'éducation, à la santé ou encore à la dépendance, un nouveau pilier de l'État-providence consacré aux services sociaux.

3.5. Il n'en reste pas moins que tout particulièrement à partir de la crise de la dette et des politiques subséquentes d'austérité, qui se sont notamment traduites, avec des variations d'un pays à l'autre de l'Union, par des coupes budgétaires dans les services de santé et d'aide sociale, l'on a pu observer dans les États membres plusieurs tendances nettement différenciées, à savoir un retour à la prise en charge, avec une priorité croissante accordée aux niveaux de dépendance les plus graves ou aux personnes disposant de moins de ressources financières, un frein à l'évolution vers un système basé sur une prise en charge en dehors du cercle familial et, enfin, une marchandisation croissante des services de soins et d'accompagnement, avec ou sans financement public.

3.6. Cette situation s'inscrit dans un contexte qui est marqué, avec une acuité certes variable d'un État membre à l'autre, par une pression budgétaire accrue sur les régimes de prévoyance vieillesse, une forte augmentation de la demande de soins et d'accompagnement de longue durée, une montée du chômage dans certains États membres, la précarisation du travail et la discontinuité des parcours d'emploi, ainsi que des plans de réduction du personnel des entreprises qui ciblent en priorité les plus de 50 ans. Sans le soutien de politiques publiques volontaristes, cette situation risque de conduire à des retraites d'un montant plus faible qu'actuellement et à des inégalités accrues dans l'accès aux soins et à l'accompagnement.

3.7. Un autre aspect essentiel est de savoir si les soins, les aides et la cohabitation doivent être assurés à domicile ou dans des centres résidentiels. Selon de nombreux sondages, la majorité des personnes concernées souhaitent rester chez elles et dans leur environnement de proximité.

3.8. Cette préférence répond également à une demande structurelle, qui trouve de surcroît une justification économique en ce qu'elle donnerait la possibilité d'augmenter la population active: dans l'Union européenne, 25 % des femmes, contre 3 % des hommes, affirment ne pas pouvoir accéder à l'emploi ou être contraintes de travailler à temps partiel subi du fait qu'elles s'occupent de proches, dont des personnes âgées. Étant donné que les familles sont plus petites et que, dans de nombreux cas, un seul salaire ne suffit pas à subvenir aux besoins d'un ménage, abstraction faite des personnes vivant seules, la prise en charge des soins et de l'accompagnement par la famille devient de plus en plus difficile à assumer. Ainsi, si l'on souhaite éviter que l'accès aux soins ne soit limité aux catégories dont les revenus sont plus élevés, le financement afférent devra être augmenté.

3.9. Il est donc urgent de souligner les effets sociaux et économiques positifs que génère un système de soins et d'accompagnement de qualité, bienveillant et inclusif, à commencer par reconnaître que le financement des services de soins et d'accompagnement doit être considéré comme un investissement qui offre en retour des avantages importants et multiples, puisqu'il réduit les externalités négatives liées à une prise en charge insuffisante ou inabordable au niveau des dépenses de santé et d'aide sociale. Un tel système produit une amélioration sur le plan social en ce qu'il apporte une aide aux familles et favorise la conciliation entre vie professionnelle et vie privée, la prise en charge d'autres membres de la famille, le soutien émotionnel, la réalisation d'activités de solidarité et la mémoire historique. Du point de vue économique, il facilite la création de millions d'emplois, la viabilité financière d'une grande partie des ménages à bas revenus, l'augmentation des recettes fiscales, la consommation, la transmission de l'épargne aux descendants, ainsi que le soutien à la production et à l'entrepreneuriat productif. D'une manière générale, l'option des soins et de l'accompagnement à domicile est non seulement beaucoup plus complète et individualisée, mais aussi moins coûteuse que la formule des établissements résidentiels, sauf dans des cas bien précis, comme celui des personnes à l'autonomie très réduite qui sont placées dans ces centres résidentiels.

3.10. Les systèmes des établissements résidentiels aussi bien que les formes de prise en charge à domicile reposent sur un pilier fondamental: le personnel aidant, qui, dans certains cas, est en nombre insuffisant, dispose de contrats précaires, ne bénéficie pas des supports de formation nécessaires, ne bénéficie que d'une piètre reconnaissance professionnelle et est sous-rémunéré, quand il ne s'agit pas de travailleurs en situation irrégulière, auxquels, dans certains pays, il est fait recours dans des proportions significatives. Il est donc essentiel de prévoir, entre autres mesures, des programmes de formation qui, portant sur la prise en charge des personnes âgées, y compris la dépendance, soient dispensés aux différents stades de la formation professionnelle, en ouvrant la porte à la formation en alternance.

Les effets de la pandémie et les enseignements à en tirer

3.11. Du fait en grande partie des ravages qu'elle a causés, la pandémie a contribué à rendre encore plus saillant le défi stratégique fondamental que le vieillissement de la population représente pour l'Union européenne et ses États membres. Ce contexte a mis en relief les besoins des personnes âgées qui perdent leur autonomie et sont en situation de dépendance. De fait, comme l'indique le rapport de 2021 sur les soins de longue durée qui a été élaboré par la Commission européenne et le comité de la protection sociale, les plus de 65 ans seront, d'ici trente ans, 130,1 millions, soit 41 % plus nombreux qu'aujourd'hui. Si l'espérance de vie en bonne santé progresse, les situations de handicap et les besoins de prise en charge et d'accompagnement de longue durée augmentent aussi avec l'âge, et l'on prévoit que le nombre de personnes susceptibles de nécessiter ce type de soins dans l'Union à 27 passera de 30,8 millions en 2019 à 33,7 millions en 2030 et 38,1 millions en 2050.

3.12. Divers facteurs ont contribué à accentuer la prise de conscience collective face aux défis liés à l'allongement de l'espérance de vie. Proportionnellement, la hausse de la mortalité provoquée par la pandémie de COVID-19 s'est davantage concentrée sur les populations âgées et, parmi elles, sur les plus vulnérables et les résidents des établissements de soins. L'on a assisté durant la pandémie à l'expression de préjugés et de stéréotypes à l'égard des personnes âgées, à des décisions discriminatoires en matière de dépistage et à une remise en question, implicite ou explicite, de leur valeur et de leur contribution au sein de la société.

3.12.1. De même, des contre-vérités se sont répandues dans le débat public, sur une prétendue opposition entre les intérêts des «jeunes» et ceux des «vieux». Les failles conceptuelles, structurelles et fonctionnelles dans les modèles de la prestation de soins et d'accompagnement des personnes âgées sont apparues au grand jour. L'on observe une volonté plus marquée qu'auparavant de les axer davantage sur des soins et un accompagnement de qualité qui soient accessibles et abordables, de respecter la dignité et les droits des personnes, de leur conserver autant que possible une vie autonome et le maintien dans leur environnement social, d'assurer la coordination entre les services sociaux et sanitaires et d'en garantir le financement, sachant que, partant d'une dépense publique moyenne de 1,7 % du PIB de l'Europe, un éventuel doublement de ce chiffre est anticipé à l'horizon 2050 en cas de convergence vers le haut entre les États.

3.12.2. Des dysfonctionnements sont également apparus dans un rouage central des soins et de l'accompagnement de longue durée, à savoir les aidants et les travailleurs du secteur, qui emploie 6,4 millions de personnes et dans lequel on prévoit la création de 7 millions de nouveaux postes d'ici 2030. Enfin, la contribution des aidants informels qui dispensent des soins de longue durée a été mise en évidence comme jamais auparavant, de même que la représentation déséquilibrée des femmes par rapport aux hommes dans l'ensemble de ce secteur, ou encore la nécessité d'étendre à ce groupe certaines mesures de conciliation ou de protection. L'heure est maintenant venue d'agir.

3.13. Le regain d'attention porté aux défis comme aux perspectives démographiques, ainsi que, pour ce qui concerne le présent avis, à la prise en charge des personnes âgées face à la perte d'autonomie ou à la dépendance, a incité les institutions européennes à élaborer des textes importants autour de ces questions et du thème qui est développé ici.

3.14. Parmi ces documents, l'on citera le livre vert de la Commission européenne sur le vieillissement, le plan d'action sur le socle européen des droits sociaux, la résolution du Parlement européen sur le vieillissement de la population du vieux continent, le rapport et les conclusions du Conseil sur l'intégration du vieillissement dans les politiques publiques, le rapport de la Commission européenne et du comité de la protection sociale sur les tendances, les défis et les perspectives dans une société vieillissante, le document de travail du Comité des régions sur le «Plan d'avenir pour le secteur des soins et de la prise en charge des personnes dépendantes — Un défi européen, des perspectives locales et régionales» et, surtout, la proposition d'élaborer une nouvelle stratégie européenne en matière de soins que la présidente de la Commission, M^{me} von der Leyen, a avancée dans son discours sur l'état de l'Union qu'elle a prononcé devant le Parlement européen.

3.15. La crise a fait ressortir la nécessité de mieux appréhender cette question dans l'ensemble de l'Union. Plusieurs constats s'imposent: les données statistiques sur les personnes âgées sont insuffisantes; il faut, de manière collective, prendre davantage connaissance des modèles de protection sociale et de prise en charge, qui sont très divers d'un pays à l'autre; il serait judicieux de compiler et de diffuser les bonnes pratiques qui ont cours dans les différents États membres; enfin, des démarches d'enquête et de prévention sont nécessaires concernant les discriminations ou les violences à l'égard des personnes âgées dépendantes. Bref, c'est un suivi détaillé et permanent qu'il convient de donner à ces questions.

3.15.1. Il faut souligner à cet égard que le présent avis, qui a vocation à analyser et comparer la situation dans les différents pays, est étayé par de multiples études et rapports, notamment celui de la Commission européenne et du comité de la protection sociale qui a précédé de peu son élaboration.

3.15.2. Outre le constat qui y est fait, de la diversité des modèles de soins et d'accompagnement et des situations dans les États membres, ces travaux ont mis en évidence certains enseignements qu'il convient de tirer en la matière. Sans prétendre à l'exhaustivité, on peut énoncer les constats suivants: i) la préférence donnée aux soins et à l'accompagnement dispensés à domicile ou comme à domicile; ii) la nécessité d'une meilleure coordination entre les services sociaux et ceux de la santé; iii) le rôle essentiel joué par le personnel soignant, et la reconnaissance qu'il convient de lui accorder dans les différentes formes qu'il revêt, y compris dans le contexte de la montée en puissance du travail non déclaré; iv) la couverture insuffisante des besoins en matière de soins; v) l'impératif de répondre aux besoins d'un financement suffisant, abordable et durable; vi) l'obligation d'obvier aux approches biaisées et inconciliables avec une reconnaissance des personnes âgées et avec leur dignité; vii) l'enjeu de donner plus de visibilité aux aidants informels, de leur accorder plus de reconnaissance et de les protéger et les soutenir davantage; viii) le caractère insuffisant des données statistiques et sociologiques sur les personnes âgées; ix) l'analyse à laquelle il est indispensable de procéder concernant la problématique des soins et de l'accompagnement dispensés à domicile et des auxiliaires de vie à domicile; x) l'interaction entre les divers facteurs qui influent sur les soins et l'accompagnement des personnes âgées; xi) l'importance des questions relatives à l'égalité entre les hommes et les femmes dans ce secteur; xii) le besoin d'établir, pour les modèles de prise en charge, des protocoles de mise en œuvre, des systèmes d'évaluation et des mesures réglementaires.

3.16. La pandémie a contribué à mettre en évidence les lacunes des modèles de soins et d'accompagnement des personnes âgées, qu'ils soient dispensés dans des établissements, s'effectuent dans le cadre de services de soins et d'aide à domicile, ou soient assumés par les familles ou des aidants privés.

3.17. Ces déficiences sont repérables grâce à différents critères: le fait que la prise en charge s'adresse ou non à tous, la diversification et le morcellement de l'offre en matière de services, leur mauvaise réglementation, les problèmes posés par la coordination des niveaux de gestion, les difficultés liées à l'articulation entre les services sociaux et les services de santé, la marchandisation croissante des services, ou encore la nécessité d'engager des politiques et mesures de prévention. D'un point de vue structurel, elles peuvent avoir pour cause que les personnes âgées, en particulier les plus dépendantes, sont concentrées dans des résidences, plutôt que prises en charge dans le cadre de formules centrées sur la personne. Sur le plan fonctionnel, elles se manifestent dans une large mesure par le faible niveau de financement, le manque de matériel de protection, des effectifs insuffisants, la précarité des personnels, les risques qu'ils courent dans l'exercice de leur métier, y compris du point de vue de la santé mentale, et leur déficit de formation et de reconnaissance professionnelle.

3.18. La pandémie de COVID-19 a montré l'insuffisance, pour un grand nombre de citoyens européens, de l'offre de soins et d'accompagnement de longue durée s'adressant, à un coût abordable, à toutes les personnes âgées. À cet égard, les États membres doivent s'employer en priorité à dénombrer et prendre en compte toutes les personnes âgées qui, ayant besoin de soins et d'accompagnement, ne sont pas en mesure d'y accéder pour diverses raisons, comme, entre autres, l'absence de places ou le coût économique: de fait, dans l'Union à 27, à peine un tiers des personnes de 65 ans ou plus éprouvant de graves difficultés à accomplir les gestes du quotidien ont eu recours à des services d'assistance à domicile en 2014. Il convient en outre d'adapter les modèles de protection sociale des États membres afin de répondre à ces nouveaux besoins en offrant des services publics ou subventionnés qui soient disponibles, accessibles, viables, abordables et de bonne qualité.

3.19. Si, avant la pandémie, l'institutionnalisation de la prise en charge des personnes âgées dans des établissements de soins résidentiels était déjà fortement remise en cause, elle fait désormais l'objet d'un rejet encore plus vif, exception faite du cas de certaines personnes âgées qui ne sont pas autonomes ou sont très dépendantes. Parmi les défauts de ce système, on relève notamment les suivants: le risque accru de contaminations; la perte de contrôle du résident sur sa propre vie; la rigidité des horaires de la vie quotidienne; la promiscuité et la coexistence de profils très divers au sein de l'établissement; le manque d'intimité, dès lors qu'habituellement, deux personnes partagent la même chambre; la participation réduite de l'usager ou des membres de sa famille au suivi de la gestion des centres; l'appauvrissement des relations familiales et sociales; la perte de repères et l'arrachement de l'usager à son environnement familial. Il est impératif également de renforcer les droits des personnes âgées dans ces établissements et l'obligation d'obtenir leur consentement exprès, grâce à des formes de tutelle respectueuses de leur dignité et de leur situation particulière, notamment dans le cas de celles souffrant de problèmes cognitifs ou mentaux.

3.20. En ce qui concerne les personnes âgées qui sont prises en charge chez elles, il convient aussi de souligner, entre autres considérations, le manque de continuité dans les services d'aide à domicile, l'isolement au sein de leur habitation, ou encore les difficultés d'accès aux services de base.

3.21. Dans l'ensemble, on a pu observer, durant la pandémie, que le regard porté sur les personnes âgées était stéréotypé, voire discriminatoire, alors que le vieillissement ne devrait pas être perçu comme un problème, mais plutôt comme une ouverture. Dans un certain nombre de pays, des plaintes ou des actions en justice ont été portées devant les tribunaux en ce qui concerne le traitement qui leur est réservé dans les résidences ou d'éventuelles violations de leurs droits fondamentaux. Ces constats ont révélé la nécessité de mettre en place des mécanismes permanents pour préserver le bien-être et les droits des personnes âgées, en luttant contre la discrimination à l'égard de cette catégorie de la population.

3.22. Dès avant la pandémie, un certain nombre de carences importantes ont été mises en évidence, dans beaucoup de pays, concernant les personnels de soins et d'accompagnement: i) leurs effectifs insuffisants, le pourcentage élevé de contrats temporaires et à temps partiel dans leurs rangs, leur forte rotation, leurs rémunérations d'un niveau peu élevé, leur faible reconnaissance professionnelle, les carences dont ils pâtissent en matière de droits du travail comme l'accès au chômage ou, dans certains cas, la non-reconnaissance comme maladie professionnelle de la COVID-19 lorsqu'ils l'ont contractée, voire, dans certains pays, la proportion élevée de ces travailleurs qui sont dépourvus de contrat, souvent aussi de droits sociaux, et enfin de droits en matière de sécurité sociale; ii) le déficit de formation ou d'accréditation pour les aidants, tels que les auxiliaires de gériatrie, soignants ou assistants d'aide à domicile, qui représentent la grande majorité des personnes assurant les services de soins et d'accompagnement dans les établissements et à domicile ⁽²⁾.

Bruxelles, le 19 janvier 2022.

La présidente
du Comité économique et social européen
Christa SCHWENG

⁽²⁾ Annexe à l'avis SOC/687 (uniquement en anglais).