

ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES

2030



Le Dr. Freek Lapré, MCM, RN(np)
Dale Stevenson, Bach. Eco. et Pol. et MBA
Le Dr. Markus Leser, Dipl. Gerontologe
Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA
Beatrix Kaserer
Markus Mattersberger, MMSc MBA

2021

2ème édition



EUROPEAN
AGEING
NETWORK

former EDE|EAHSA



Accompagnement des personnes âgées 2030

2ème édition

Le Dr. Freek Lapré, MCM, RN(np), Dale Stevenson, Bach. Eco. et Pol. et MBA, le Dr. Markus Leser, Dipl. Gerontologe
Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA, Beatrix Kaserer, Markus Mattersberger, MMSc MBA

(C) 2021, Réseau européen du vieillissement

ISBN 978-80-88361-00-8

Éditeur :

Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

Vančurova 2904, 390 01 Tábor

République tchèque

www.apsscr.cz

Table des matières

Avant-propos	4
Réseau européen du vieillissement	6
Auteurs	8
Conséquences de la stratégie pour les membres de l'EAN et l'EAN	12
Introduction	16
Notre vision	18
Le monde change, ce qui a des implications pour notre secteur et au-delà	22
Le modèle conceptuel	30
Les défis à venir	36
Les défis pour les organisations individuelles	40
Comment mettre en pratique la vision de l'EAN	44
Arguments politiques	52
Références bibliographiques	56

AVANT-PROPOS

L'accompagnement des personnes âgées en Europe connaissent des changements majeurs. Nous allons faire face et nous faisons déjà face aux défis importants. Nous devons également changer pour être en mesure de fournir à l'avenir un soutien et des soins adaptés aux personnes âgées. Les citoyens européens vieillissent. Le nombre de personnes atteintes de troubles cognitifs va doubler au cours des deux prochaines décennies. Toute l'Europe connaît généralement un manque de personnel dans les services sociaux. Les nouvelles technologies et donc la numérisation des services sociaux arrivent, ce qui soulève de nombreuses questions, des attentes, mais aussi des dilemmes éthiques. La structure des prestataires d'accompagnement des personnes âgées, les approches, les paradigmes changent. Les familles sont fragmentées. Les coûts d'accompagnement des personnes âgées augmentent et la demande ne répond pas à l'offre. Entre tous ces changements et bouleversements, il y a le prestataire d'accompagnement des personnes âgées.

En tant que Réseau européen du vieillissement (EAN), nous sommes pleinement conscients que le rôle des prestataires sera et doit être crucial dans ces processus et ces changements, car les prestataires sont des experts qui connaissent les exigences des autorités publiques, les besoins des clients, les attentes des membres de la famille et les capacités des employés.

C'est pourquoi l'EAN a nommé un groupe de travail ayant une seule tâche : créer notre VISION 2030 pour l'accompagnement des personnes âgées en Europe. Pour ouvrir les questions clés, les données et les informations. Pour montrer les changements en cours. Pour apporter des recommandations aux prestataires.

Ce document a donc plus d'objectifs. Nous souhaitons ouvrir et encourager une discussion d'experts sur le présent et l'avenir de l'accompagnement des personnes âgées en Europe. Nous voulons que ce document soit un outil pour les associations nationales dans leur dialogue d'experts avec les autorités publiques nationales sur les changements nécessaires et à venir. Nous aimerions aider les prestataires de soins du quotidien dans leur planification et leurs objectifs stratégiques.

Et nous espérons que nos efforts permettront d'atteindre nos objectifs. Permettez-moi de remercier tous les membres du groupe de travail 2030 pour leurs 18 mois de travail, de remercier toutes les personnes et tous les experts qui ont participé à ce document.

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA

Président

Réseau européen du vieillissement



RÉSEAU EUROPÉEN DU VIEILLISSEMENT

Le Réseau européen du vieillissement (EAN) regroupe **plus de 10 000 prestataires de soins sur le continent européen**. Les membres représentent tous les types d'organisations et d'individus actifs pour les personnes âgées et tous les types de propriété, y compris les organisations à but lucratif, à but non lucratif et gouvernementales. Leur vision et leur mission consistent à améliorer la qualité de vie des personnes âgées et à les aider pour que chaque jour soit un jour meilleur en leur fournissant un logement, des services et des soins de haute qualité.

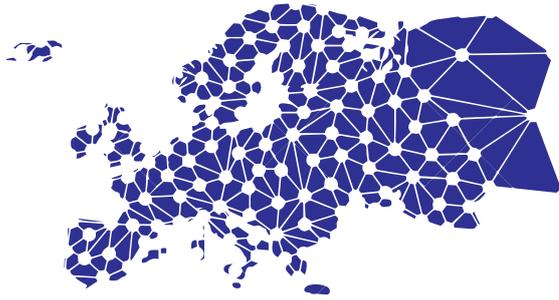
10 000
PRESTATAIRES
DE SOINS

Le Réseau européen du vieillissement (EAN) est présent dans 25 pays européens. L'EAHSA étant bien représentée dans le nord-ouest de l'Europe et l'E.D.E. dans le sud-est, cette combinaison fait du Réseau européen du vieillissement une organisation véritablement paneuropéenne. L'EAN n'est pas seule à poursuivre sa vision, ses valeurs et sa mission. Elle est affiliée au Global Ageing Network (GAN), un réseau mondial dont le siège est situé à Washington D.C. L'EAN et le GAN rassemblent des experts du monde entier, mènent des initiatives de sensibilisation et offrent un espace pour les idées innovantes en matière de soins aux personnes âgées. Ils ouvrent la voie à l'amélioration des meilleures pratiques en matière de soins pour personnes âgées, afin que les personnes âgées du monde entier puissent vivre en meilleure santé, être plus fortes et mener une vie plus indépendante.

25 PAYS
EUROPÉENS

Les membres du Réseau européen du vieillissement (EAN) sont au service de plus d'un million de personnes âgées en Europe. La longévité est l'une des plus grandes réalisations des sociétés modernes. Les Européens vivent plus longtemps que jamais et cette tendance devrait se poursuivre grâce aux progrès médicaux sans précédent et à l'amélioration du niveau de vie. D'ici 2020, un quart des Européens auront plus de 60 ans. Combinée à un faible taux de natalité, cette situation nécessitera des changements importants dans la structure de la société européenne, qui auront des répercussions sur notre économie, nos systèmes de sécurité sociale et de soins de santé, le marché du travail et beaucoup d'autres domaines de notre vie.

1 MILLION DE
PERSONNES
ÂGÉES
ASSISTÉES



EUROPEAN AGEING NETWORK

former EDE | EAHSA



En tant que professionnels, nous cherchons à améliorer la qualité des soins et de la surveillance. Les normes de formation communes, les visites et les observations réciproques, les congrès et les symposiums favorisent le professionnalisme des directeurs d'établissements de soins et une meilleure compréhension des différentes formes de soins et d'assistance. Créer des conditions humaines de vie et de travail dans nos foyers est la vision à laquelle nous aspirons tous dans l'EAN.

- | | |
|--------------------|----------------------|
| Autriche | Luxembourg |
| Belgique | Pays-Bas |
| Croatie | Norvège |
| République tchèque | Pologne |
| Estonie | Portugal |
| Finlande | Roumanie |
| France | Fédération de Russie |
| Allemagne | Slovénie |
| Grande-Bretagne | Slovaquie |
| Hongrie | Espagne |
| Italie | Suède |
| Lettonie | Suisse |
| Lituanie | |



AUTEURS

Dr. Freek Lapré, MCM, RN(np)



Frederik Lapré a travaillé comme infirmier diplômé dans plusieurs maisons de retraite aux Pays-Bas. Il est un scientifique de la santé et détient un master en gestion du changement et un doctorat en administration des affaires. Le Dr. Lapré travaille maintenant comme consultant en gestion certifié (CMC) principalement dans le domaine de l'accompagnement des personnes âgées, des soins de santé, des compagnies d'assurance maladie, des fonds de pension, des banques d'investissement et des sociétés de logement pour des clients néerlandais et internationaux.

Il participe également à des programmes de formation de cadres pour la gestion des soins de santé en tant que maître de conférences à la TIAS Business School de l'université de Tilburg et a été pendant 10 ans professeur invité aux États-Unis.

Il est le président du Centre européen pour la recherche et l'éducation dans le domaine des services aux personnes âgées (ECEAS) à Bruxelles, en Belgique.

Dale Stevenson, Bach. Eco. et Pol. et MBA



Dale Stevenson est le directeur de Clift Stevenson and Associates Pty Ltd, une société de conseil spécialisée dans les soins aux personnes âgées. Il dirige cette société de conseil depuis 20 ans. Ses travaux se sont concentrés sur les domaines du vieillissement et des soins et services aux personnes âgées en Asie et en Europe.

Il est titulaire d'une licence en économie et en politique et d'une maîtrise en administration des affaires.

Il possède une vaste expérience dans les secteurs public et privé. Les principaux domaines d'expertise et de spécialisation sont l'élaboration de politiques et de services publics et privés, l'exécution des programmes, la gestion, le financement et l'évaluation. Il a plus de 25 ans d'expérience dans les services publics australiens et canadiens. Au cours des 6 dernières années de son mandat dans le secteur public, il a été responsable des principaux aspects des politiques, des programmes et des services du gouvernement australien pour les personnes âgées.

Dr. Markus LESER, Dipl. Gerontologe

Président du groupe de travail



Markus Leser a étudié le travail social et la gérontologie, et a obtenu un doctorat. Il a également reçu une formation en marketing (secteur lucratif et non lucratif). Son ambition professionnelle et son objectif sont de mettre en lien le monde de la gérontologie et celui du marketing.

En 2015, Markus Leser célébrait 30 ans d'engagement professionnel dans le domaine de la gérontologie. Pendant cette période, il a occupé plusieurs fonctions : conseil aux personnes âgées et à leurs familles, chargé de cours dans un institut de formation continue en gérontologie et en marketing, responsable marketing pour une grande entreprise suisse qui crée des maisons de retraite et les met sur le marché.

Il dirige aujourd'hui le département Vieillesse de CURAVIVA Schweiz - une association de maisons et d'institutions (www.curaviva.ch), un centre de recherche et de développement pour le secteur des personnes âgées et des institutions de soins en Suisse. Il est membre du conseil d'administration du Global Ageing Network et membre du conseil exécutif de l'EAN.

En septembre 2017, son dernier livre « Herausforderung Alter - Plädoyer für ein selbstbestimmtes Leben » a été publié par le Kohlhammer-Verlag à Stuttgart (disponible uniquement en allemand).

Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA



Jiří Horecký travaille dans les services publics et surtout dans les services sociaux depuis le début de sa carrière professionnelle. Sa première fonction a été directeur d'un établissement de soins pour personnes âgées. Depuis 2007, Jiri est président de l'Association des prestataires d'aide sociale de la République tchèque et, depuis 2013, président de l'Union des associations d'employeurs de la République tchèque. Depuis 2016, il est également président de l'Association européenne des directeurs et des prestataires de services d'accompagnement des personnes âgées pour les personnes âgées (E. D. E.) et depuis 2018 président du Réseau européen du vieillissement. Jiri est également membre du Comité gouvernemental pour les personnes âgées et conseiller auprès du ministre du Travail et des Affaires sociales de la République tchèque.

Jiří Horecký est également membre de plusieurs groupes et comités d'experts, par exemple le Conseil pour l'accord social et économique, le groupe d'experts pour l'accompagnement des personnes âgées du ministère tchèque de la Santé, membre du comité d'accréditation pour l'éducation dans les services sociaux du ministère du Travail et des Affaires sociales de la République tchèque et d'autres organisations liées aux services sociaux et aux soins.

Beatrix KASERER

Beatrix Kaserer a été secrétaire en chef d'une grande société italienne de spiritueux où elle a pu mettre à profit son expérience en matière de gestion d'entreprise. En 1995, elle est passée dans le secteur de l'accompagnement des personnes âgées et a commencé sa carrière en 1994 en tant que directrice d'une maison de soins dans le Tyrol du Sud (Italie), où elle travaille toujours. Kaserer a obtenu le certificat E.D.E. pour les directeurs des maisons de soins en 2013.

Elle est également présidente des directeurs des maisons de soins du Tyrol du Sud (BFA - Berufsverband der Führungskräfte in der Atenarbeit in Südtirol) depuis 2010. Elle a également été élue membre du conseil d'administration de l'Association des maisons des soins (VdS - Verband der Seniorenwohnheime Südtirols). À ce niveau, les associations travaillent en étroite collaboration avec le gouvernement local et peuvent influencer de manière significative le développement des résidences pour personnes âgées. Elle a maintenant été chargée de développer le projet « Seniorenbetreuung 2030 » dans le Tyrol du Sud.

Au niveau européen, Kaserer représente depuis 2015 l'Association sud-tyrolienne au sein du bureau exécutif de l'ancienne E.D.E., devenue EAN, et s'est vue confier cette tâche en tant que trésorière.

Markus MATTERSBERGER, MMSc MBA

Markus Mattersberger est président de l'association autrichienne des maisons de retraite et de soins « Lebenswelt Heim » depuis 2014. M. Mattersberger a d'abord passé 18 ans comme infirmier qualifié dans le secteur des soins aigus aux patients hospitalisés, étudiant la gestion des soins infirmiers et la gestion de la santé à temps partiel. En 2010, Mattersberger est passé dans le secteur de l'accompagnement des personnes âgées et a d'abord assumé la fonction de responsable d'un service de soins infirmiers dans une maison de retraite à Vienne. Par la suite, Mattersberger s'est vu confier, dans un premier temps, la gestion du service de soins infirmiers et, dans un deuxième temps, la gestion d'une maison de retraite dans la province de Basse-Autriche. Entre-temps, Mattersberger s'est vu confier la tâche de développer des projets pour les centres de soins et d'aide de la Basse-Autriche.

Au niveau européen, Mattersberger représente depuis 2015 l'association autrichienne au sein du conseil d'administration de l'ancienne E.D.E., devenue EAN, et s'est vu confier la présidence par intérim pendant plusieurs mois, dont il est depuis lors le vice-président.



CONSÉQUENCES DE LA STRATÉGIE POUR LES MEMBRES DE L'EAN ET L'EAN

En Europe, les gens vivent plus longtemps. C'est une évolution positive, mais elle a des répercussions sur les systèmes sociaux des différentes économies. Il faut donc prendre des mesures appropriées pour s'assurer que les gens puissent vieillir dans la dignité partout en Europe.

Les membres de l'EAN sont partout en Europe et sont confrontés non seulement à des structures de soins aux personnes âgées très différentes dans leurs pays, mais aussi à des législations, des situations financières et des attitudes culturelles très diverses. Ce que tous les membres de l'EAN ont en commun, c'est leur désir d'obtenir les meilleures structures possibles pour les personnes âgées en maison de soins et de fournir des services au plus haut niveau possible.

Pour les prestataires de soins individuels, le potentiel d'influence sur les processus de décision politique est limité, tout comme les possibilités de partager l'expérience, de travailler ensemble et de s'étendre sur une base interrégionale. Afin de remédier à cette situation, les maisons de soins s'organisent en organisations nationales : premièrement, pour utiliser leur expertise afin de développer de futures structures et, deuxièmement, pour exercer une plus grande influence sur les processus de décision et la législation. Les membres de l'organisation European Ageing Network sont donc confrontés à des défis à différents niveaux et dans différentes dimensions.

LES MEMBRES DE L'EAN DÉFENDENT LES INTÉRÊTS DE LEURS PRESTATAIRES DE SOINS AU NIVEAU NATIONAL

Les économies de tous les pays d'Europe sont confrontées à des tendances démographiques qui entraînent un vieillissement important de la population, d'une part, et des changements permanents dans la structure des familles et des ménages, d'autre part.

Les modèles de soins des décennies précédentes ne sont pas à la hauteur, car à moyen et long terme, les réseaux de soutien familial sous la forme de proches agissant en tant que soignants ne seront plus en place et on ne peut pas non plus supposer que les économies nationales pourront mettre à disposition des fonds suffisants pour maintenir des systèmes de soins et de soutien satisfaisants et de qualité.

Dans ce contexte, l'un des rôles des organisations nationales est de communiquer avec les politiciens et de s'assurer de la prise de conscience, essentielle, de ces derniers à l'égard de ce problème. Il s'agit d'adapter les cadres juridiques, de redistribuer les ressources de l'économie et de mettre en place des mesures pour assurer la mise en place de structures appropriées.

Les organisations nationales sont également tenues de travailler de manière cohérente pour représenter et défendre

les intérêts des prestataires de soins et, en particulier, des personnes qui y vivent et y travaillent. Cela exige non seulement l'expertise nécessaire sur les questions sociales, infirmières et médicales, mais aussi une connaissance approfondie d'autres réglementations juridiques (par exemple la politique de l'emploi) et, surtout, la persévérance nécessaire pour initier, mettre en œuvre et mener à bien les changements.

Les organisations nationales sont également tenues de promouvoir une approche commune du changement par les prestataires de soins, tant sur les questions techniques qu'éthiques en particulier. Avant tout, il est primordial de respecter les droits des personnes âgées, ce qui se traduira non seulement par des attitudes éthiques, mais aussi par l'emploi de personnel dûment formé, la mise à disposition de bâtiments appropriés et des processus qui mettent les besoins des personnes âgées au centre des préoccupations.

En même temps, les prestataires de soins sont continuellement tiraillés entre ce qui est faisable et ce qui peut être financé. Cette tension doit être gérée en relation avec le gouvernement et les prestataires de soins eux-mêmes et aussi être clairement communiquée à la société avec les domaines de responsabilité définis sans ambiguïté.

Un autre défi consiste à trouver de nouveaux partenaires dans le monde des affaires. Il incombe aux membres de l'EAN de positionner les prestataires de soins individuels en tant que partenaires commerciaux potentiels. Les nouvelles possibilités sont nombreuses, en particulier dans le

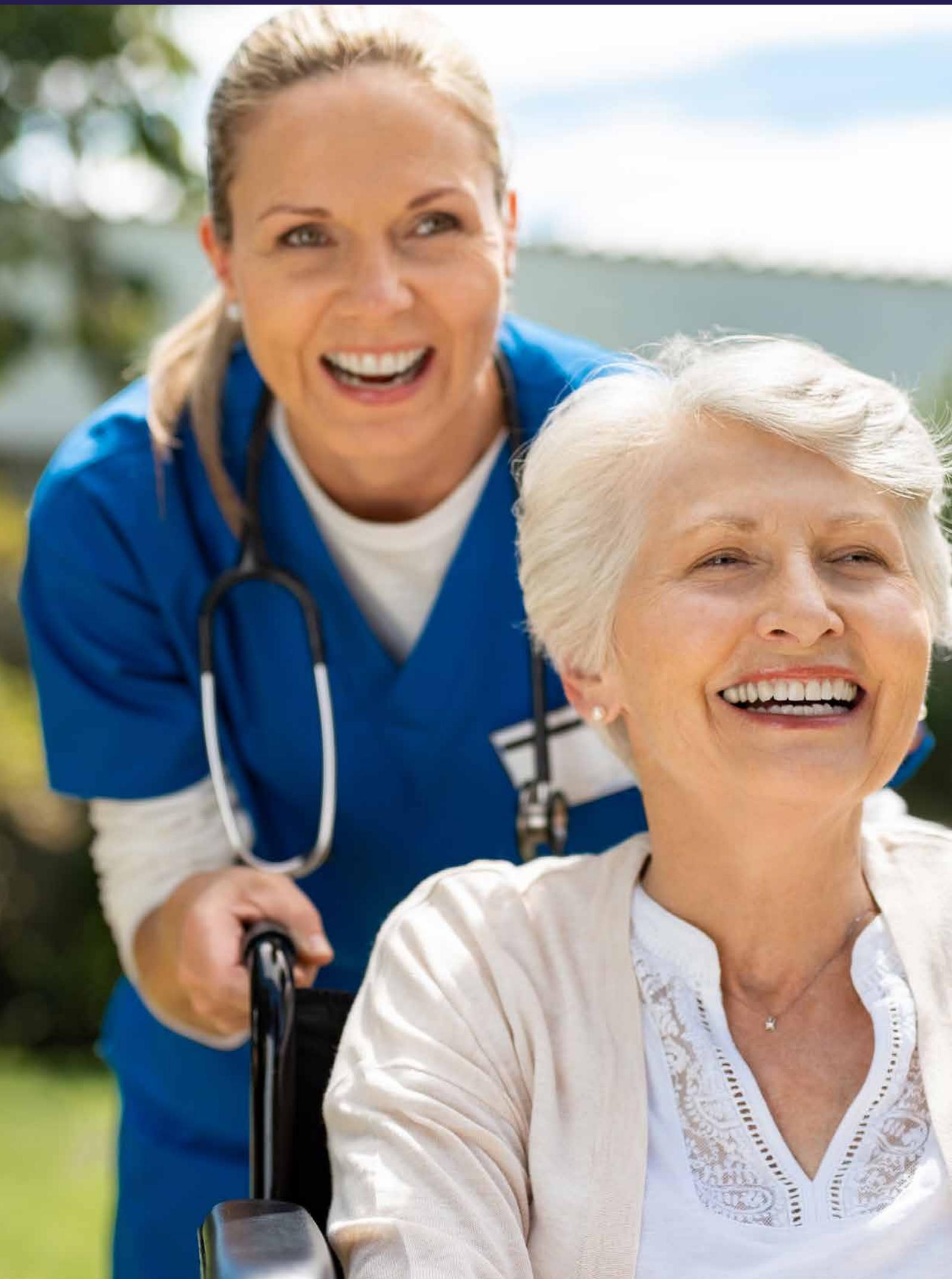
contexte européen, et les solutions innovantes impliquant l'utilisation de la technologie pourraient être décisives.

LES MEMBRES DE L'EAN COMME PARTENAIRES AU NIVEAU EUROPÉEN

Au niveau européen, les organisations nationales se sont regroupées au sein du Réseau européen du vieillissement. L'objectif principal est de partager l'expérience et de promouvoir une coopération constructive au niveau européen. Les objectifs qui ont été définis sont en fin de compte dans l'intérêt du bien-être de nos aînés. Il s'agit d'exercer une influence politique à ce niveau afin de faire converger les systèmes nationaux à moyen et long terme et de définir des normes de qualité comparables lorsque celles-ci sont significatives et pratiques.

Compte tenu des systèmes, des stades de développement et des cultures très différents, l'un des principaux défis pour les membres de l'EAN est de concilier des intérêts divergents. Par conséquent, de nouveaux concepts seront développés et mis en œuvre pour différents scénarios de soins à l'avenir.

Le défi pour chaque membre de l'EAN est de faire passer les idées visionnaires ou stratégiques du niveau européen au niveau national afin que ces changements constituent une réelle valeur ajoutée pour chaque institution. On peut citer comme exemples les normes éthiques, les concepts généraux flexibles, la gestion des ressources humaines et une nouvelle approche du profil de carrière des gestionnaires de maisons de soins.





La mise en réseau et le partage d'expériences décrites ci-dessus ne concernent pas seulement les membres de l'EAN entre eux, mais visent également à mettre en contact direct les responsables des maisons de soins de différents pays européens. À cette fin, l'EAN organise des conférences au cours desquelles les questions de gestion sont abordées et discutées, ainsi que d'autres sujets spécialisés spécifiques. Pour assurer le succès de cette mise en réseau, les membres de l'EAN doivent toujours s'efforcer de sensibiliser sur l'importance de ce partage d'expérience.

Cependant, c'est avant tout sur ces questions et sur d'autres que repose le désir des membres de l'EAN de travailler au plus haut niveau européen avec pour objectif commun de mettre en place des structures de soins appropriées. Étant donné que le changement est généralement plus efficace lorsqu'il est introduit de la base vers le sommet, les membres sont encore tenus d'effectuer le travail de publicité nécessaire, de communiquer les évolutions positives et de mettre en évidence les lacunes dans le travail des hommes politiques.

INTRODUCTION

NOTRE MISSION

Le groupe de travail de l'EAN sur l'accompagnement des personnes âgées 2030 a été chargé d'accomplir ces tâches :

- identifier les principales évolutions et tendances existantes et émergentes qui façonnent la situation des personnes âgées en Europe ;
- évaluer les implications pour le rôle et les tâches des personnes concernées par le service à la population âgée et la position des personnes âgées dans la société ;
- déterminer ce qui sera nécessaire pour assurer une vie de qualité aux personnes âgées dans la société
- proposer les éléments requis d'une réponse efficace à la situation susceptible de se présenter vers 2030.

LE PARCOURS DU GROUPE DE TRAVAIL

Elle a été initialement conçue à Bratislava, en Slovaquie, en avril 2017.

Ce groupe de travail a été l'une des premières activités conjointes de l'Association européenne des directeurs et des prestataires de services d'accompagnement des personnes âgées pour les personnes âgées,

E.D.E., et de l'Association européenne du logement et des services pour le vieillissement (EAHSA), les deux principales associations européennes de prestataires de soins et de services gériatriques. Ces deux associations se sont maintenant unies pour former l'association de pointe - le RÉSEAU EUROPÉEN DU VIEILLISSEMENT (EAN).

L'impulsion initiale pour la création du groupe de travail était simple : quel autre organisme que les prestataires de ces services, qui s'occupent chaque jour de soins et de services, apporterait une vision et de nouveaux points de départ pour les soins aux personnes âgées en 2030. Les membres de l'EAN sont des experts issus d'un large éventail de pays européens qui possèdent de précieuses connaissances spécialisées, une longue expérience et un esprit ouvert à l'examen des besoins, des risques, des défis et des opportunités futurs.

Le chemin vers le résultat et la production de ce groupe de travail 2030 a été long et tortueux. De nombreuses heures de travail, des réunions, des appels Skype, du travail à domicile et des recherches, des débats positifs et des discussions lors de réunions à Prague, Barcelone, Vienne, Bratislava, Torun, Bucarest et bien d'autres encore.

Beaucoup d'énergie, de temps et d'efforts ont été consacrés à la préparation du rapport que vous tenez entre vos mains et que vous lisez en ce moment.

Il est certain qu'il n'est pas parfait. C'est le travail des membres dévoués du groupe de travail. Il a été préparé pour aider les organisations membres, les associations et les membres des prestataires individuels, les gouvernements à tous les niveaux et l'Union européenne et sa commission à ouvrir des discussions très importantes sur l'avenir des soins et des services de longue durée en Europe.

LES CONCLUSIONS DU GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail conclut que :

- les gouvernements sont dans le déni. Ils retardent l'émergence d'une véritable crise sociétale et doivent entreprendre une réévaluation critique de leurs politiques et stratégies ;
- les entreprises ne parviennent pas à jouer un rôle positif et constructif dans la réalisation et la réponse aux opportunités et aux défis présentés par les problématiques et les besoins propres aux personnes âgées ;
- le secteur des soins aux personnes âgées continue de se re-

lâcher et de se cantonner à sa « zone de confort » traditionnelle de soutien gouvernemental, ne parvient pas à relever les défis et à saisir les opportunités de l'environnement changeant et risque de ne plus pouvoir rester viable à moins de se réinventer ; et

- la société dans son ensemble est confrontée à des menaces majeures pour la cohésion sociale si une philosophie plus inclusive et « normative » n'émerge pas.

Le groupe de travail estime qu'il est totalement inacceptable que la société ait une approche et une philosophie irréfutables, inclusives, positives, favorables et riches en ressources à l'égard des jeunes et de l'éducation. En revanche, son approche à l'égard des citoyens qui approchent de l'âge de la retraite est si peu inclusive, si négative, si dédaigneuse et si peu dotée en ressources.

Le groupe de travail considère cette situation comme totalement insoutenable et comme une très haute priorité qui doit être traitée d'ici 2030. Le rapport du groupe de travail est destiné à aider à réaliser ces développements nécessaires. C'est à cette fin que ses recommandations énoncées au chapitre 8 sont dirigées.



NOTRE VISION

INTRODUCTION

La majorité des maisons de retraite ont évolué à partir d'un modèle hospitalier et remontent à une époque où l'objectif des soins et du soutien aux personnes âgées était de remédier à leurs lacunes. L'époque où l'on se concentrait sur les lacunes appartient aux années 60 et est révolue.

Depuis les années 80, l'accent est mis sur les facultés encore détenues par les personnes âgées. Les futures générations de personnes âgées (c'est-à-dire les baby-boomers) souhaitent pouvoir poursuivre leur vie autodéterminée le plus longtemps possible, malgré leurs limitations et leurs besoins en matière d'accompagnement des personnes âgées. Pour que cela soit possible, il faut avant tout des services adaptés à la personne offrant, en plus des soins, un soutien de qualité, le cas échéant.

Les futurs prestataires de services aux personnes âgées ne sont donc plus « seulement » des maisons de retraite, mais de plus en plus aussi des prestataires de services et des « facilitateurs ».

Le passage d'un modèle de maison de soins curatifs (modèle hospitalier) à un centre de services moderne est l'un des plus grands défis que doit relever le secteur de l'accompagnement des personnes âgées.

Il n'y a pas d'avenir pour les maisons de retraite telles que nous les connaissons aujourd'hui. Elles serviront à l'avenir aux

personnes atteintes de troubles cognitifs très graves et comme centres de soins palliatifs pour les personnes en fin de vie qui ne peuvent pas rester chez elles pour quelque raison que ce soit. Mais les soins aux personnes atteintes de troubles cognitifs et les soins palliatifs ne nécessitent pas des soins médicaux 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Cela exige des soins affectueux et délicats pour que les gens rendent leur vie quotidienne aussi confortable que possible et où la dignité et le respect soient les valeurs fondamentales. C'est ce que nous appelons l'aide sociale. Les soins de santé ou les soins médicaux fournis par les médecins, les infirmières et les aides-infirmières ne sont requis que dans la perspective de la santé physique ou du confort physique. Cela peut être le cas dans les soins palliatifs, par exemple lorsqu'il faut soulager la douleur. L'aide sociale doit être basée sur une attitude de service qui réalise que le service (l'aide sociale) sera compris dans le modèle mental du client. La qualité ne doit donc pas être axée sur le service lui-même, mais sur la valeur perçue qui est déterminée par les besoins mentaux et sociaux du client dans la dernière étape de sa vie.

Selon ce concept, les établissements de soins pour personnes âgées ne se considéreront plus comme un « grand bâtiment », mais comme un centre/foyer/fournisseur de services qui permet aux personnes âgées dépendantes de soins de continuer à vivre de manière indépendante dans leur envi-

ronnement de prédilection ou de vivre dans un environnement protégé qui ressemble à un foyer. Il ne sera plus essentiel que les infrastructures soient centralisées et grandes, mais plutôt petites et décentralisées, avec des services connectés et complexes. Par exemple, une maison de soins infirmiers commence à offrir des soins de jour et des activités sociales ou des services de proximité dans son environnement proche.

Dans un tel modèle, la collaboration entre les professionnels des soins de santé primaires et la communauté locale deviendra plus importante que jamais. C'est la communauté et le quartier qui prennent de l'importance. À l'avenir, les prestataires deviendront les « concepteurs » de l'ensemble de l'espace de vie des personnes âgées.

VISION

Pour les personnes âgées, vivre « chez elles » est leur souhait ultime et l'expression de leur volonté de pouvoir vivre de manière autonome jusqu'à la mort avec une bonne qualité de vie. Ces « quatre murs » n'existent cependant pas de manière isolée, mais font toujours partie de la communauté résidentielle globale. À quoi sert la plus belle maison de soins si le cadre de l'établissement est peu attrayant ou si sa conception est peu propice aux personnes âgées et aux soins ? Le concept gérontologique de « l'adéquation personne-environnement » demande depuis longtemps que l'environnement de soins et de soutien s'adapte aux personnes âgées, et non l'inverse, en particulier dans les groupes d'âge plus élevés.

Bien que la mise à disposition de services de soins spécialisés à l'égard des troubles

cognitifs, les soins palliatifs, la psychiatrie gériatrique, etc. soit toujours nécessaire, notre vision situe l'ensemble de l'environnement résidentiel (communauté) au centre des développements futurs. L'intention est que les personnes âgées continuent à mener une « vie épanouie », qu'elles soient incluses dans l'ensemble de leur réseau social et qu'elles puissent bénéficier des services appropriés en cas de besoin. Un tel modèle est destiné à satisfaire encore plus directement les sollicitations accrues en matière d'autodétermination et d'autonomie des personnes âgées. Pour que les personnes âgées puissent vivre de manière autonome au sein de la communauté, elles ont besoin d'une tâche et d'un rôle qui donnent un sens à leur vie. Le secteur des soins aux personnes âgées a pour mission de faciliter cette tâche aux personnes âgées et de compenser leurs capacités réduites en leur fournissant des services de soutien.

Aujourd'hui, rares sont ceux qui veulent s'installer volontairement dans une maison de retraite. Les maisons de retraite ne peuvent plus supposer que leurs lits de soins continueront d'être utilisés au maximum de leur capacité à l'avenir. Nous avons déjà des exemples dans certaines régions d'Europe occidentale qui montrent qu'il est de plus en plus difficile de remplir le nombre de lits disponibles. Les postes vacants en sont le résultat. Cette évolution exige une remise en question de notre secteur. Les soins et l'assistance au sein et par des institutions doivent se transformer en soins et en assistance au sein des communautés. Ceux qui ne parviendront pas à réaliser ce changement auront des lits de soins infirmiers vides dont ils se plaindront à l'avenir.



Cela signifie que nous devons effectuer une transition du secteur des soins aux personnes âgées au lieu de nous contenter d'optimiser les systèmes et les réglementations actuels. Pour ce faire, nous devons commencer par une vision qui servira de référence pour les plans futurs exposés dans ce rapport.

La « Vision » que l'EAN a formulée a des implications dramatiques pour la situa-

tion actuelle de nos membres, le secteur des soins et services aux personnes âgées dans son ensemble, tous les niveaux de gouvernement et la société en général.

La « Vision » que l'EAN a formulée peut être résumée comme suit :

« Vieillir et devenir vieux n'est pas une maladie mais une étape de la vie. »

LES IMPLICATIONS PRATIQUES DE NOTRE VISION

Les implications de cette vision affectent certains aspects du secteur dans lequel nos membres travaillent.

La première implication est que les personnes âgées ou leurs familles peuvent très bien décider par elles-mêmes, nous devons donc nous concentrer sur elles en tant que client auquel nous ne faisons pas les choses, mais pour et avec elles. Cela signifie que nous devons créer une culture de qualité de service au lieu d'une culture où nous pensons savoir ce qui est bon pour eux.

La deuxième implication est que les soins aux personnes âgées ne visent pas la qualité des soins, mais la qualité de vie. La qualité de vie est la valeur que nous recherchons, pour nos clients. Nous voulons des personnes âgées heureuses au lieu de la paperasserie sur des sujets qui n'ont rien à voir avec la qualité de vie. La qualité se forme dans l'interaction entre les personnes et non entre les écrits.

La troisième implication est que nous nous concentrons sur l'aide et les services sociaux. Les soins de santé sont un élément de sécurité en arrière-plan, mais ne constituent pas l'élément dominant des services et du soutien aux personnes âgées. Par conséquent, nous sommes des « assistants de vie » et un nouveau rôle pour les infirmières et les médecins est de soutenir la qualité de vie.

La quatrième implication est que la vie des personnes âgées relève du domaine des membres de l'EAN et pas seulement

lorsque les personnes ont besoin de soins. Cela signifie que la prévention est un élément qui fait partie de notre soutien et de nos services pour maintenir la santé des personnes âgées. Cette approche permet d'éviter la demande croissante de soutien et de soins à des stades ultérieurs de la vie.

La cinquième implication est que le soutien et les services aux personnes âgées ne sont pas un facteur de coût, mais une occasion économique avec la création d'emplois, les innovations technologiques et sociales.

La sixième implication est que nous réalisons que tous les éléments de soins tels que nous les connaissons aujourd'hui sont importants dans le système actuel et futur. Nous avons donc besoin de soins à domicile, de soins ambulatoires, de soins de répit et de soins en établissement, ainsi que d'autres modèles de logement et services de soutien divers.

La septième et dernière implication est que les membres de l'EAN doivent penser au-delà des murs de leurs propres installations et services, et doivent essayer d'organiser et de gérer un réseau intégré dans les communautés locales.

LE MONDE CHANGE, CE QUI A DES CONSÉQUENCES POUR NOTRE SECTEUR ET AU-DELÀ

L'APPROCHE

L'EAN a utilisé un « cadre conceptuel » universel, non spécifique à un pays, pour identifier les principales influences, interrelations et interactions qui définissent l'environnement auquel il est confronté. Ce cadre d'assistance détermine les défis et les implications auxquels sont confrontés les gouvernements, les groupes de prestataires, les prestataires individuels, les familles et la nature individuelle des services de qualité, le soutien et l'accompagnement des personnes âgées pour les personnes âgées.

Ce cadre permet à tout prestataire, toute organisation, toute association ou tout gouvernement de faire :

1. Évaluer et/ou réévaluer leur situation actuelle (politiques et pratiques, etc.) et identifier les défis, les menaces et leurs implications
2. Explorer les options pour la voie à suivre à l'horizon 2030. (L'annexe A montre la structure schématique de ce modèle de cadre conceptuel)

Il existe quatre éléments clés, chacun avec ses « éléments façonneurs » associés, qui définissent l'environnement d'accompagnement des personnes âgées jusqu'en 2030 dans un pays ou un système donné. L'EAN a défini quatre dimensions de l'avenir des de l'accompagnement des personnes âgées. Il s'agit de (voir figure 1) :

- i. L'avenir du vieillissement
- ii. L'avenir du système et de la structure des prestations de soins/services aux personnes âgées
- iii. Les concepts futurs des soins et services aux personnes âgées
- iv. L'organisation et la direction futures des soins/services gériatriques

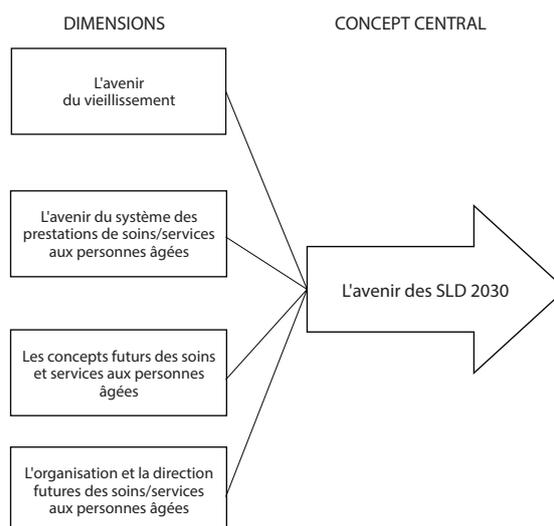


Figure 1 : dimensions de l'accompagnement des personnes âgées

L'étape suivante a consisté à explorer les déterminants pertinents pour chacune de ces dimensions en se basant sur la recherche et sur l'expérience des membres de l'EAN.

L'ANALYSE

« Nous vivons un changement d'époque au lieu d'une époque de changement » est un dicton courant de nos jours. Les gens ont l'impression que le monde va

basculer en très peu de temps. Ce sentiment est dû à l'évolution de la démographie, de la société, de l'écologie, de l'économie, de la technologie et de la politique.

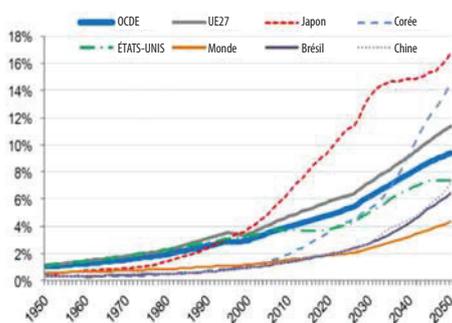
Il est trop difficile et trop complexe de décrire tous les développements en cours ou émergents qui ont un impact sur nos vies.

L'EAN a plutôt choisi de se concentrer sur les développements qui ont un impact sur le contexte dans lequel les prestataires de soins et de services gériatriques doivent développer leur future stratégie.

DÉMOGRAPHIE

Une population vieillissante

Les statistiques de l'OCDE de 2011, citées dans Pacita Future Ageing (2017), montrent un vieillissement rapide de la population (voir figure 2).



La part de la population âgée de plus de 80 ans augmente rapidement¹

Figure 2 : Une société qui vieillit rapidement (Pacita, 2017)

L'UE est confrontée à une population vieillissante et a un score moyen supérieur à celui de l'OCDE.

Le vieillissement de la population entraîne également un changement dans l'équilibre entre les populations actives et non actives.

En 2016, il y avait une personne de plus de 65 ans pour quatre personnes actives dans l'UE. D'ici 2060, cette proportion sera réduite de moitié, soit une personne de plus de 65 ans pour deux personnes actives (Eurostat, 2015). Ce changement interviendra rapidement : en 2030, le taux de dépendance sera d'une personne de plus de 65 ans pour moins de trois personnes actives.

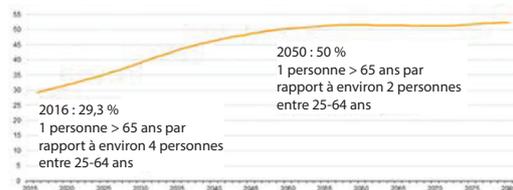


Figure 3 : Rapport de dépendance (Eurostat 2015)

Cela a un impact énorme sur la capacité de fonctionnement d'une économie et la durabilité des services financés par les pouvoirs publics. La question est notamment de savoir comment maintenir au moins constante la charge financière future de la population active au lieu de l'augmenter.

L'espérance de vie de la future population âgée sera plus élevée

L'espérance de vie moyenne des femmes dans l'UE passera de 83 ans en 2016 à environ 85 ans en 2030. Alors que les hommes auront une espérance de vie inférieure à celle des femmes, elle passera de 77 ans en 2016 à 80 ans en 2030 dans l'UE (CE, 2012).

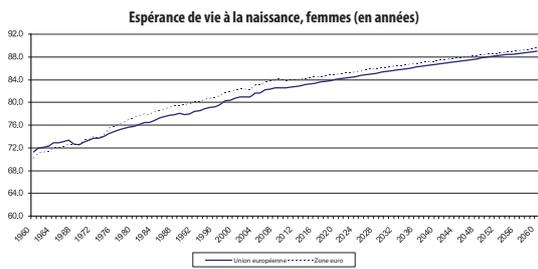


Figure 4 : Espérance de vie à la naissance, femmes (en années) (Commission européenne 2012)

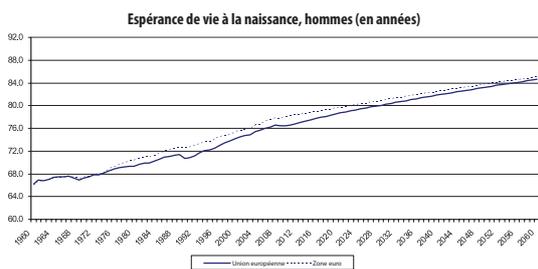


Figure 5 : Espérance de vie à la naissance, hommes (en années) (Commission européenne 2012)

Par conséquent, la démographie est un facteur déterminant pour l'avenir du vieillissement. Mais cela a également une influence sur la capacité de la main-d'œuvre et donc, sur l'organisation future des soins et des services aux personnes âgées.

Le vieillissement de la société s'accompagne d'une augmentation de l'incidence des troubles cognitifs

On estimait à 46,8 millions le nombre de personnes atteintes de troubles cognitifs dans le monde en 2015, et ce nombre devrait avoisiner les 50 millions en 2017. Ce nombre va presque doubler tous les 20 ans, pour atteindre 75 millions en 2030 et 131,5 millions en 2050. Une grande partie de l'augmentation se fera dans les pays en développement. Déjà 58 % des personnes atteintes de troubles cognitifs vivent dans des pays à faibles et moyens revenus, mais d'ici 2050, ce chiffre passera à 68 %.

En Europe, le nombre de personnes souffrant de troubles cognitifs augmentera considérablement, passant d'environ 10 millions aujourd'hui à environ 14 millions en 2030, le pronostic des coûts étant assez similaire en Europe du Nord, de l'Ouest et du Sud, alors que les coûts sont nettement inférieurs en Europe de l'Est. Les prévisions démographiques des coûts se traduiront par une augmentation d'environ 43 % dans l'ensemble de l'Europe entre 2008 et 2030, pour atteindre plus de 250 milliards d'euros.

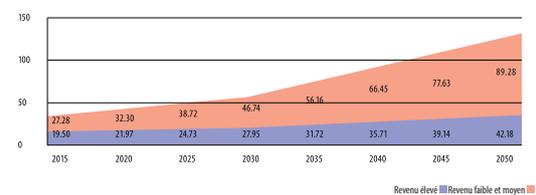


Figure 6 : Nombre de personnes atteintes de troubles cognitifs dans les pays à faibles et moyens revenus par rapport aux pays à hauts revenus (ADI, 2015)

SOCIÉTÉ

Il existe plusieurs potentiels fondamentaux et évolutions actuelles dans la société.

Accroître la participation des femmes au marché du travail dans l'UE

La première évolution est l'augmentation de la participation des femmes au marché du travail dans l'UE (OIT, 2015). Traditionnellement, ce sont les femmes qui s'occupent des parents. Ce sont maintenant des aidants informels qui doivent le faire en plus de leur travail. Cela met beaucoup de pression sur ces femmes. En d'autres termes, la capacité de soins informels est en jeu et la perspective d'une société vieillissante aura une incidence plus négative sur celle-ci.

Un nombre croissant de ménages isolés dans l'UE

La deuxième évolution est le nombre croissant de ménages isolés dans l'UE.

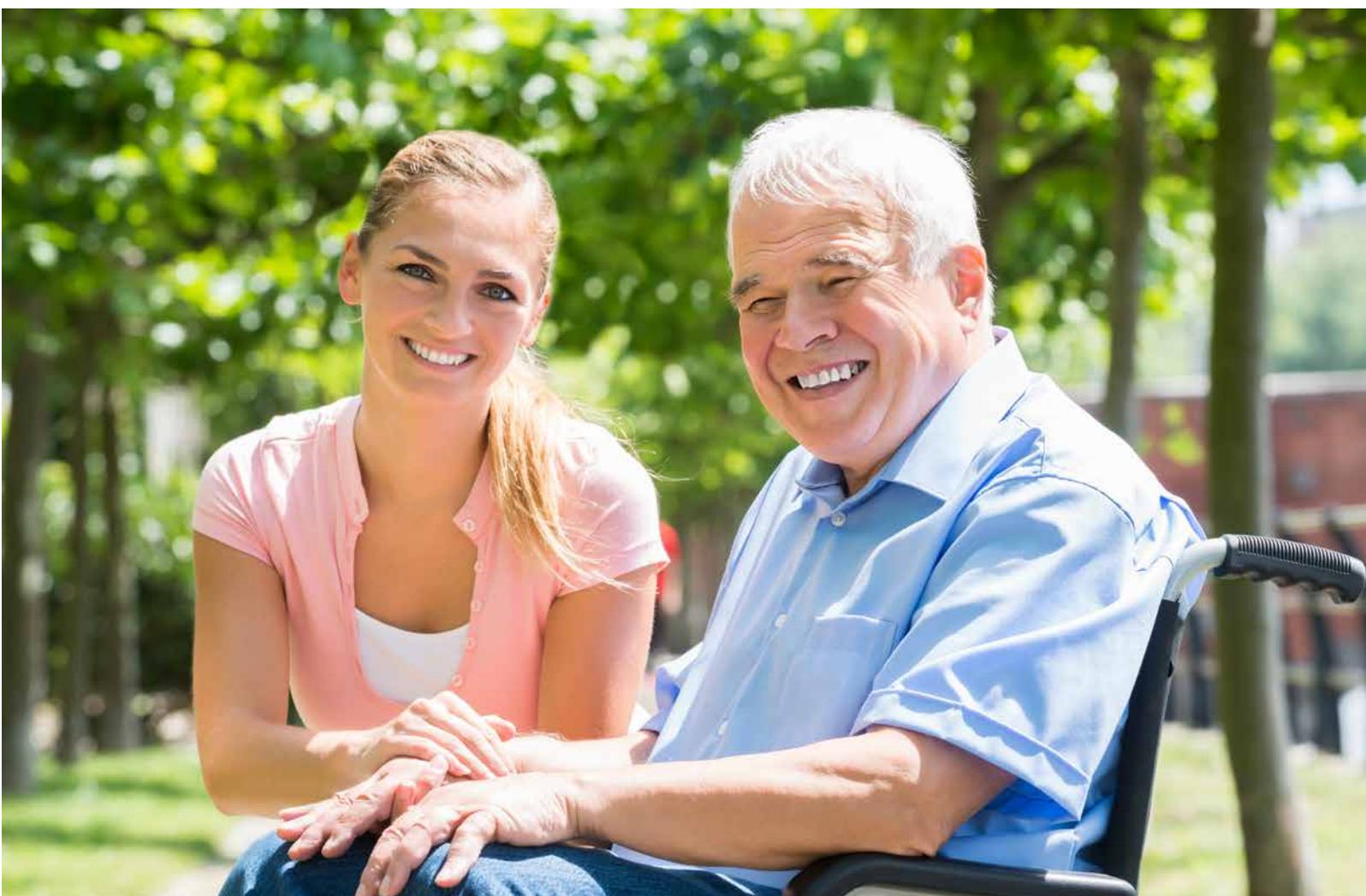
La raison en est que plus de gens sont divorcés, ou que les gens choisissent plus sciemment de vivre seuls. En cas de maladie ou de besoin de soutien, ces personnes doivent faire plus d'efforts pour organiser un soutien informel en dehors de leur propre foyer. Cela peut entraîner une augmentation des demandes de soutien professionnel.

La fragmentation du grand groupe familial traditionnel en petites unités familiales dans un contexte urbanisé réduit le nombre de personnes qui peuvent s'occuper des membres de la famille à charge. En outre, la participation des femmes sur

le marché du travail a augmenté régulièrement et l'accent est mis davantage sur la facilitation du travail rémunéré et l'amélioration des possibilités de carrière pour les femmes.

Notre société devient plus inégale

La part du revenu national revendiquée par les 10 % les plus riches de la société est devenue de plus en plus importante (Piketty, 2014). Cela conduit à une ségrégation entre les revenus supérieurs et moyens et les revenus inférieurs. Les personnes les plus démunies sont également confrontées à une qualité de vie moindre en raison d'un état de santé moins bon et de l'absence de meilleures perspectives de carrière ou de travail. L'inégalité des revenus et d'éducation entraîne également des différences de longévité (Neumayer et Plumper, 2016).



Mettre davantage l'accent sur la qualité de vie des personnes âgées.

L'attention croissante portée à la qualité de vie des personnes âgées place en général les soins de santé et les soins professionnels dans une autre perspective. La santé est considérée comme une condition importante pour l'expérience d'une bonne qualité de vie, mais elle n'est pas le seul facteur. Cela conduit à un changement de paradigme dans le besoin de soins professionnels : ce n'est plus la qualité des soins médicaux qui est importante, mais la manière dont une personne âgée vulnérable est assistée dans tous les aspects de la vie.

Par conséquent, « l'inclusion sociale » est un concept et un principe qui doit devenir de plus en plus importants dans le soutien aux personnes âgées pour prévenir la solitude et les sentiments d'impuissance.

La dignité de l'individu est un principe tout aussi fondamental qui requiert une attention prioritaire. La discussion sur une « vie épanouie » en relation avec la fin de la vie devient également un sujet de discussion pertinent.

Conclusion

En conclusion, la demande de services de soins aux personnes âgées est plus forte en raison du manque de capacités de soins informels et de l'augmentation des ménages isolés.

L'inégalité des revenus et du statut social influence l'état de santé (longévité) des personnes âgées.

L'accent mis sur la qualité de vie conduit à une autre position du système de soins et de services aux personnes âgées : l'accent passera des soins de santé à l'aide sociale.

Enfin, l'inclusion des personnes âgées vulnérables doit être intégrée dans l'élaboration des concepts de soins et de services aux personnes âgées.

ÉCONOMIE

Les économies sont de plus en plus imbriquées. Cela signifie qu'au niveau européen, des domaines d'activité tels que le secteur des soins aux personnes âgées au sens large deviennent interdépendants et interconnectés entre les pays dans toute une série de domaines tels que la dotation en personnel, les domaines de services d'experts, l'offre de services spécialisés, etc., les économies nationales seront de plus en plus impactées par la réglementation.

Plus fondamentalement, le vieillissement des sociétés influence de plus en plus le niveau et la nature de l'activité économique et donc les sources de finances publiques dont la plupart des systèmes de soins sur le vieillissement sont fortement tributaires (voir figure ci-dessous).

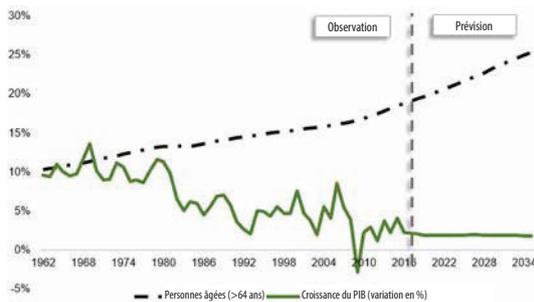


Figure 7 : Chiffres de la population vieillissante et croissance du PIB observée/prévue en Europe occidentale (1962-2035)

Données observées et prévues de l'OCDE pour l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, la Norvège, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni, la Suède et la Suisse (OCDE, 2017).

En particulier, les systèmes de retraite publics et privés seront de plus en plus soumis à des pressions, car il faudra garantir une plus grande proportion des retraites alors que moins de personnes travaillent et versent des cotisations de retraite. La pression sur les systèmes de protection sociale dans l'Union européenne sera donc de plus en plus forte.

Tout aussi importantes, les entreprises (et les gouvernements à tous les niveaux) ne reconnaissent généralement pas du tout les occasions et les ressources économiques et commerciales offertes par les citoyens âgés sur le marché et n'y réagissent pas.

« Le secteur des services sociaux est un important créateur d'emplois en Europe, employant plus de 10 millions de personnes et créant plus de 1,8 million de nouveaux emplois en Europe depuis 2008. Avec les services de santé, le secteur des services sociaux représente 7 % de la production économique totale de l'UE 28. Avec l'évolution de la démographie et des schémas familiaux, le secteur des services sociaux devrait connaître une croissance significative

au cours des prochaines décennies » (Social Employers 2018).

Une autre tendance critique est la mobilité croissante des travailleurs et des retraités dans l'ensemble de l'UE, principalement de l'Est et du Sud vers le Nord-Ouest de l'Europe afin de pourvoir les postes vacants. Ces tendances présentent des avantages et des coûts importants, tant dans les pays d'origine que dans les pays d'accueil. Toutefois, l'impact le plus important du vieillissement de la société se situe dans les domaines des soins de santé et de l'éducation, avec un nombre considérable d'offres d'emploi.

En outre, les retraités quittent les pays du nord de l'Europe pour ceux du sud afin de passer leur retraite dans un environnement plus chaud (Gehring, 2018).

Les développements économiques ont un impact sur la couverture financière publique des soins et services aux personnes âgées, y compris les réglementations transnationales pour la fourniture de soins et services gériatriques et la capacité de la main-d'œuvre.

TECHNOLOGIE

Les développements technologiques sont énormes et évoluent très rapidement. L'impact sur la vie quotidienne est très important, mais souvent sous-estimé et non apprécié par les politiciens en particulier.

Elle peut surtout aider le personnel des établissements résidentiels et des soins de proximité, en les libérant pour des activités plus spécialisées ou plus « personnelles/humaines ».

Ce phénomène va bouleverser nos sociétés d'une manière comparable à la révolution industrielle de la fin du XVIIIe siècle, mais à un rythme étonnamment plus rapide.

L'éventail des applications est extrêmement large et va transformer de façon spectaculaire le secteur des soins pour personnes âgées. L'incapacité des gouvernements et du secteur à faire face à ces évolutions aura des conséquences importantes.

Par exemple, la domotique et les systèmes de détection augmenteront l'indépendance des personnes âgées vulnérables qui dépendent désormais des soins informels et professionnels. La réalité augmentée peut aider les personnes souffrant de troubles cognitifs à s'occuper de leur propre maison et à créer des expériences de vie réelle basées sur des souvenirs de leur vie antérieure. La robotique peut accompagner certaines personnes souffrant de troubles cognitifs et les aider dans certains aspects des soins, de la surveillance et du soutien. La télésanté peut fournir des soins à distance.

La technologie aura un impact énorme sur l'évolution de nouveaux concepts de soins et de services aux personnes âgées. Mais elle changera également la manière dont les soins et les services aux personnes âgées sont organisés et exploités. Cela nécessite de nouvelles compétences et une sensibilisation des clients, de leurs familles et des professionnels. Elle soulève également de nouvelles questions telles que le respect de la vie privée, l'éthique et le profit des clients.

POLITIQUE

Pour la société, il existe un énorme défi politique : comment faire face au vieillissement de la société et à ses implications et impacts sur l'activité économique et la croissance dans le contexte des changements sociétaux. L'absence de réponse à cette question constitue une réelle menace pour la stabilité.

En particulier, l'augmentation des coûts de la prestation de services et de soutien, et notamment des soins de santé à la population vieillissante, représente un énorme défi pour tous les gouvernements.

Ces questions sont une « bombe à retardement » qui menace d'exploser dans toutes les sociétés d'Europe.

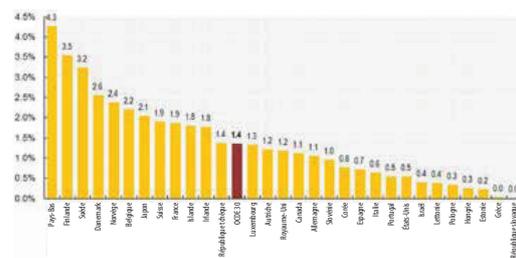


Figure 8 : Coût des SLD en % du PIB par pays en 2014 (OCDE, 2018)

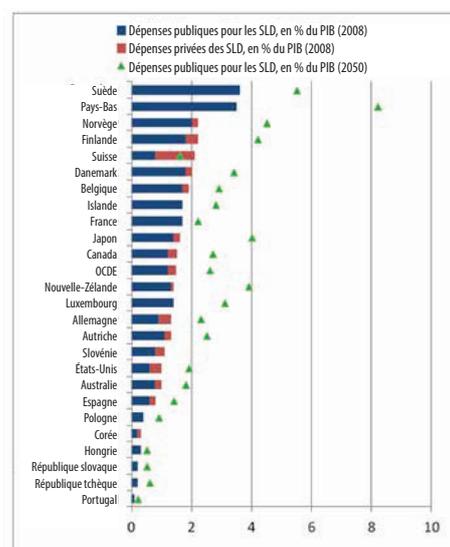


Figure 9 : Coût prévu des SLD jusqu'en 2050 (Rodrigues et al., 2012)

Afin de contrôler le coût des soins de santé et des soins et services aux personnes âgées, les gouvernements limitent la couverture publique et/ou optent pour une politique néo-libérale : privatisation accrue des soins et services aux personnes âgées et création d'un environnement concurrentiel. Cela doit conduire à une réduction des coûts et à une meilleure qualité.

Les politiciens visent également au « vieillissement sur place » : maintenir le plus longtemps possible à domicile les personnes âgées vulnérables qui ont besoin de soins et de soutien.

Les développements politiques ont un impact sur la question des financements publics et privés dans le domaine des soins et des services aux personnes âgées et donc sur l'avenir du système lié à la fourniture de soins et de services aux personnes âgées.

En ce qui concerne la durabilité du système de l'accompagnement des personnes âgées il existe des modèles de co-paiement dans le domaine des services sociaux, comme en Espagne, qui sont source d'importantes inégalités :

1. D'une part, les personnes ayant

des pensions plus élevées sont expulsées du système public, alors que ce sont elles qui ont payé le plus d'impôts liés aux revenus du travail. L'universalité des soins devient irréaliste lorsque la personne ayant la pension la plus élevée ne voit aucun avantage à bénéficier d'un service public.

2. D'autre part, les services de soins à domicile empêchent les personnes de disposer de moyens suffisants pour atteindre une situation de stabilité et même parfois de subsistance.

3. Enfin, il y a les utilisateurs qui finissent par cotiser pour des services gratuits pour l'ensemble des citoyens.

L'avenir du co-paiement semble être une solution à court terme, car les pensions minimales augmenteront progressivement dans les années à venir. Cependant, les exigences croissantes pour accéder aux systèmes publics de pension ou pour atteindre la pension maximale possible reviendront à cette courbe actuelle qui ne sera qu'un mirage.



LE MODÈLE CONCEPTUEL

Sur la base de l'analyse ci-dessus, l'EAN a utilisé le modèle conceptuel suivant pour l'avenir de l'accompagnement des personnes âgées. L'EAN a conclu que les principales implications pour chacun de ces quatre domaines sont les suivantes.

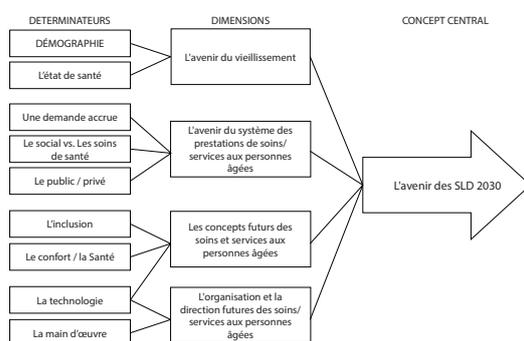


Figure 10 : Modèle conceptuel

L'AVENIR DU VIEILLISSEMENT

Il existe un besoin croissant de soins et de soutien pour les personnes âgées

Les gens vivront plus longtemps. Simultanément, l'âge auquel les gens développent des maladies chroniques a diminué de sept ans pour les hommes et de douze ans pour les femmes (CPB, 2016). Cette tendance va se poursuivre. Dans les décennies à venir, de plus en plus de personnes seront confrontées à des maladies chroniques telles que le cancer, les maladies cardiaques et vasculaires, le diabète ou les troubles cognitifs plus tôt dans leur vie. Avec l'allongement de l'espérance de vie, cela signifie que les personnes âgées seront chroniquement malades pendant une grande partie de leur vie.

Cela signifie que le besoin de soins et de soutien se développera plus progressivement sur une période plus longue. Cela accroît l'importance de la prévention pour maintenir les personnes âgées en forme et en bonne santé.

Il y a moins de possibilités de soutien informel/familial.

La prise en charge familiale traditionnelle (les enfants s'occupant de leurs parents) s'effondre parce que les rôles traditionnels ont changé. Comme les femmes ont un emploi, la disponibilité des enfants pour les soins informels est limitée. Cela signifie que les personnes qui ont besoin de soins et de soutien doivent trouver des aidants informels en dehors des structures familiales ou recherchent des prestataires professionnels.

Dans le même temps, les attentes des personnes âgées et des familles augmentent et il existe une demande croissante pour une grande variété d'offres de services et de soins de qualité.

Une culture de service beaucoup plus forte est nécessaire et l'accessibilité financière et les choix de soins et de soutien de qualité sont de plus en plus fondamentaux.

De même, les questions relatives à l'état de santé ont des implications essentielles.

i) L'incidence et la diversité croissantes des conditions de changement de

vie qui accompagnent un nombre croissant de personnes âgées et fragiles exigent des offres de soins et de soutien de plus en plus diversifiées et spécifiques. De nouvelles possibilités de soutien et de services s'offriront ainsi que la concurrence des nouveaux venus dans le secteur.

ii) Des approches plus holistiques, intégrées et pluridisciplinaires seront nécessaires. La domination du « modèle médical » est terminée et cela doit se refléter dans l'offre des prestataires de soins.

iii) Il est essentiel que les prestataires offrent des « environnements de vie » favorables qui visent à maximiser l'autonomie/ indépendance des personnes. Les gens exigeront plus de contrôle et les prestataires devront adopter le rôle de mentor, de facilitateur ou de « coach ».

L'AVENIR DES SERVICES ET DES SYSTÈMES DE SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Contraintes budgétaires dues à la diminution des finances publiques

Les gouvernements contrôleront les coûts de l'accompagnement des personnes âgées par rapport à une population vieillissante croissante. Cela entraînera des contraintes budgétaires à long terme et une couverture publique moindre des soins et des services aux personnes âgées.

Cela signifie que l'ouverture des systèmes à un meilleur équilibre entre l'offre publique et privée se traduira par de nouveaux entrants, de nouvelles idées, des sources de financement et de ressources compétitives et une plus grande diversité.

Les fournisseurs, organisations, etc. existants doivent comprendre ces tendances, leurs implications pratiques et de quelle manière s'adapter à l'environnement émergent sur leur marché.

Les partenariats publics/privés deviendront de plus en plus une source de solutions pour l'avenir.

Plus de concurrence

Le secteur de l'hôtellerie et des loisirs verra apparaître une nouvelle gamme plus diversifiée de prestataires de services, en particulier dans le domaine du logement avec des services pour les personnes âgées et du soutien aux AVQ (vie autonome). Cela ne signifie pas que ces concepts sont uniquement réservés aux personnes âgées : ils peuvent également être intergénérationnels.

Cela crée également de nouvelles occasions pour les fournisseurs existants. Les entreprises privées de services à but lucratif deviendront certainement un acteur clé en raison des limites croissantes du financement public et de la couverture des services.

Une approche intégrée

Les interactions et les tensions entre les régimes d'aide sociale et de soins de santé ont des implications majeures pour les systèmes de soins/services.

Il faut améliorer la coordination et la gestion au niveau des établissements et des prestataires de services, ainsi qu'à un niveau plus élevé entre les soins intensifs, d'accompagnement des personnes âgées et ceux de proximité.

Un système efficace pour répondre aux besoins des personnes âgées exige un meilleur équilibre pour le financement des soins de santé et de l'aide sociale. Cela nécessite des services et des soins basés sur les besoins, depuis les soins de proximité jusqu'aux services en établissement et aux soins plus intensifs.

Les systèmes existants sont de plus en plus trop rigides pour encourager et soutenir les besoins et attentes innovants « axés sur le marché » exprimés par les personnes âgées elles-mêmes. Le secteur privé est une ressource largement inexploitée dans une majorité de systèmes.

L'AVENIR DES SERVICES ET DES CONCEPTS DE SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES

Plus de possibilités pour « vieillir sur place » (« chez soi »)

Les politiques gouvernementales visent à faire vieillir davantage sur place, parfois à domicile, afin de réduire les coûts des soins et des services aux personnes âgées et aussi de répondre aux besoins et aux attentes exprimés par les personnes âgées.

Il en résulte un besoin de désinstitutionnalisation dans de nombreux pays européens et l'augmentation des soins et services à domicile. Il est donc nécessaire de repenser l'offre sur un modèle de fonctionnement à domicile, indépendamment de la structure de soutien ou du lieu de résidence.

Cela crée également un besoin urgent de développer des concepts beaucoup plus intégrés et holistiques concernant l'ensemble du cadre social et de l'espace

de vie des personnes âgées (entre les services spécifiques et la fourniture de soins, la communauté et d'autres ressources) afin de mettre en place des concepts appropriés et efficaces. La viabilité ne peut être garantie que par le développement et l'adoption de nouveaux modèles de coopération qui maximisent les possibilités d'intégration. Le défi consiste à trouver un équilibre entre l'indépendance, l'autonomie et la responsabilité.

Le secteur des loisirs est un modèle où l'intégration des offres aboutit à l'élaboration de packs que les gens désirent. On peut imaginer ce qui est possible avec cette « culture du client » dans le secteur des soins aux personnes âgées avec une plus grande orientation vers le marché (et la discipline que le marché apporte).

Il y aura toujours un besoin de « soins résidentiels », mais la capacité nécessaire sera inférieure que dans la situation actuelle. Dans certains pays, il existe des pressions en faveur de la « désinstitutionnalisation ». Pour y répondre, il y aura un besoin croissant de nouveaux concepts de logement pour personnes âgées avec des services d'accompagnement comparables à ceux d'une maison de soins, mais avec des appartements plus grands, une plus grande diversité de services et de nouveaux fournisseurs du secteur de l'hôtellerie et des loisirs. Par conséquent, le secteur doit développer des perspectives plus larges et trouver des solutions d'organisation et de gestion appropriées pour répondre aux besoins des clients en matière de logement résidentiel et de services.

L'équilibre entre « confort » et « santé » doit être mieux « dosé »

L'accent est mis sur la qualité de vie telle que perçue par le client. La qualité de la santé et la qualité des soins sont les éléments de soutien pour y parvenir. Par conséquent, la dimension « médicale » de la prestation de services/soins doit être placée beaucoup plus en « arrière-plan » et beaucoup moins évidente dans le contexte de la vie quotidienne liée à l'environnement des services/soins à tous les niveaux.

Plus de potentiel pour les innovations technologiques

Comme indiqué dans le chapitre précédent, l'impact des innovations technologiques est énorme. Cela signifie que les fournisseurs doivent se préparer aux innovations technologiques. Ces innovations peuvent avoir pour but de :

- Accroître les expériences des personnes âgées, notamment en ce qui concerne les troubles cognitifs
- La diminution de la densité du personnel dans les activités de téléassistance et de téléservices
- Augmenter les possibilités de rester chez soi avec une bonne qualité de vie.

Il est nécessaire de mettre en place des stratégies plus « positives » qui mettent l'accent sur le vieillissement en bonne santé par la prévention, l'entretien et la réhabilitation comme éléments clés des offres de services « holistiques ». Dans un cas, des services/centres de « santé » spécifiques et des

services de bien-être associés à des services de soins traditionnels font partie des idées qui gagnent en valeur.

L'une des principales priorités est de recentrer ou de « peaufiner » une myriade de services et de produits afin de les rendre plus pertinents ou plus adaptés aux besoins individuels des personnes âgées. Il s'agit d'un phénomène dont l'émergence est très lente mais qui offre de grands défis et de grandes opportunités au secteur des soins aux personnes âgées et au-delà.

L'AVENIR DE LA GESTION ET DE L'ORGANISATION

Moins de personnel sera disponible

En raison de l'évolution démographique et de l'augmentation du nombre de personnes âgées, la disponibilité du personnel (potentiel) dans les soins et services aux personnes âgées est en diminution avec des moyens constants. Les nouvelles technologies doivent être développées pour rendre les services et les soins moins dépendants des capacités en personnel

Formation du personnel

La formation du personnel est essentielle et doit se concentrer sur trois éléments :

- Une attitude de service au lieu d'une attitude de « système ». Le personnel doit être davantage orienté vers le service pour répondre aux besoins des clients. Ils devraient évaluer davantage la valeur qu'elle apporte aux clients dans la perspective de leur état mental (non seulement les troubles cognitifs, mais

aussi la perspective de vieillir)

- Les soins et services à domicile requièrent une attitude complètement différente de celle qui prévaut dans un environnement de soins résidentiels. Le personnel ne peut pas compter sur une équipe mais est plutôt solitaire dans l'environnement de quelqu'un
- Utilisation de la technologie : des recherches récentes montrent qu'il y a 32 compétences nécessaires pour le personnel (Van Houwelingen et al. 2015) pour se conformer aux nouvelles technologies en matière de soins de santé :
- Évaluer la capacité des patients à utiliser la télémédecine
- Trier des appels entrants et des alarmes
- Assurer la promotion de la santé à distance
- La coordination des soins avec l'utilisation de la technologie de télémédecine

Gestion de la confiance

Les services qui sont fournis à domicile et non « entre les murs d'un bâtiment » ne peuvent pas être contrôlés par la direction. Cela exige un style de gestion basé sur la confiance que le personnel prendra les bonnes décisions et fournira des services et des soins de haute qualité conformément aux normes. C'est un défi pour les PDG et la direction : être responsable sans opérations de proximité.

La technologie

La technologie, comme partout, a des implications actuelles et futures importantes pour la gestion et l'organisation du secteur des soins aux personnes âgées.

i) Les principales implications et les principaux défis se présentent en termes de :

- technologies à utiliser :
- comment les utiliser ; quand les utiliser ;
- les conséquences pour les soins, pour les systèmes de soutien, pour les employés, pour les structures organisationnelles et la gestion, pour la formation et le développement, pour le suivi et la responsabilité
- la maintenance et le soutien des technologies elles-mêmes et des systèmes associés.

ii) L'intégration incontournable de nouvelles technologies d'assistance et autres dans les soins et les services offerts a des implications majeures.

iii) Les deux principaux types de nouvelles technologies qui doivent être abordés posent des problèmes :

- a) celles qui visent à encourager et à soutenir l'indépendance et une qualité de vie élevée ; et
- b) celles qui contribuent à soutenir la fourniture de soins et de services et qui aident à rendre l'environnement plus sûr.

Les défis de la main-d'œuvre

Les conséquences et les implications liées à la main-d'œuvre constituent l'autre domaine clé où il y aura des défis et des implications majeurs pour la gestion et l'organisation.

i) Un personnel dûment formé et qualifié devient un défi de plus en plus important, ce qui implique des conséquences majeures pour l'ensemble du secteur des soins aux personnes âgées.

ii) Un fait majeur, aux implications importantes, est que le recours au personnel d'autres pays n'est pas une option durable.

iii) De nouvelles stratégies de recrutement et de formation doivent être élaborées. Il faut développer et promouvoir le concept « soins et services » en tant que travail professionnel. Pour ce faire, il faut développer des emplois/professions dont les compétences sont beaucoup plus larges que celles qui existent actuellement, y compris les "infirmières".

iv) Le secteur a désormais besoin d'une action urgente pour se réinventer. Les grandes initiatives à l'échelle du secteur sont essentielles pour créer une image moderne, positive, professionnelle et axée sur le secteur.



LES DÉFIS À VENIR

DÉFIS

Sur la base de l'analyse précédente, l'EAN a formulé des défis pour les membres de l'EAN :

Réduire le besoin de soins professionnels

Actuellement, surtout dans les pays d'Europe du Nord, le recours aux soins professionnels est élevé par rapport aux pays d'Europe du Sud et aux États-Unis.

Certains prédisent un recours encore plus important aux soins professionnels. Simultanément, comme indiqué ci-dessus, l'âge auquel les gens développent des maladies chroniques a diminué. Cette tendance va se poursuivre. Avec l'allongement de l'espérance de vie, cela signifie que les personnes âgées seront chroniquement malades pendant une grande partie de leur vie. Cela entraîne une augmentation des dépenses à l'avenir.

Combattre les pénuries de personnel à venir

Le secteur doit lutter contre la prochaine pénurie de personnel de plus d'une manière. La méthode traditionnelle consiste à pourvoir les postes vacants. Nous devons également veiller à réduire la densité du personnel dans les soins et les services par des solutions de soutien sans compromettre la qualité des soins et des services.

Accroître la viabilité financière

La viabilité financière n'est pas seulement une responsabilité des gouvernements et des compagnies d'assurance, mais aussi celle des prestataires de services. Si nous ne reconnaissons pas cette responsabilité, l'augmentation des coûts se retournera contre nous à l'avenir. Nous devons donc nous associer aux gouvernements et aux compagnies d'assurance pour améliorer la viabilité financière.

Réaliser une transfiguration des soins et du logement des personnes âgées

Le secteur doit non seulement se transformer, mais aussi se métamorphoser (telle une chenille qui se métamorphose en papillon) en établissant de nouveaux paradigmes (voir le paragraphe suivant). Cela va plus loin qu'une transformation où certaines parties des systèmes existants restent en place.

DES CHANGEMENTS DE PARADIGMES NÉCESSAIRES

Sur la base des chapitres précédents, les changements de paradigme nécessaires en matière de soins et de services sont :

De la prise en charge à la prévention et à « l'inclusion »

Les prestataires de soins doivent viser davantage la prévention et l'inclusion. Être actif à un stade où le besoin de soins et de services n'est pas présent. Rendre visite aux

personnes âgées et vérifier, par exemple, le réfrigérateur. Activer les communautés afin d'inclure les personnes âgées vulnérables du quartier dans les activités communautaires et même les résidents des maisons de retraite et des maisons de soins. Maintenir les gens impliqués socialement et essayer de leur donner le sentiment d'être utiles.

Passer de la qualité des soins à la « qualité de vie »

Actuellement, l'accent est trop mis sur la qualité des soins ou des activités de soins (qualité technique) et beaucoup trop peu sur la manière dont les soins sont assurés (qualité fonctionnelle) et l'effet de la qualité des soins sur la qualité de la vie.

De nouveaux concepts, tels que la santé positive et la qualité des services, doivent être mis en œuvre afin d'axer davantage les clients sur les soins et les services aux personnes âgées.

Redéfinir le terme « institution » en « maison »

Le vieillissement sur place est un terme mal compris : il est interprété comme le fait de rester dans son foyer actuel. Cela peut être le cas, mais cela peut aussi prendre la forme d'une gamme variée d'autres options de logement qui résistent à la carrière de vie avec un certain abri.

Les maisons de soins actuelles où les gens reçoivent des services et un soutien pour les AVQ sont un concept dont nous aurons encore besoin à l'avenir, mais pas de manière institutionnelle. Cela peut être considéré comme un appartement avec services où les résidents ont le choix.

Du professionnel à la « co-création avec la famille »

La prestation de soins n'est plus du seul ressort du « professionnel des soins ». Pendant trop longtemps, les cadres institutionnels ont été des systèmes fermés.

Lorsque l'un de vos proches entre dans une maison de retraite, vous devez le quitter et le monde extérieur à la maison de retraite est soudainement un monde dans lequel votre proche est séparé de vous. La co-création avec la famille implique la famille dans l'environnement de soins directs, ce qui maintient des rapports affectifs. La famille peut également jouer un rôle d'alerte précoce grâce à la technologie.

Passer d'une approche médicale à une « approche sociale et de service »

Le « modèle médical » est toujours dominant dans les soins aux personnes âgées. Cela a pour conséquence que les soins sont trop médicaux en donnant la responsabilité finale à un médecin. Une approche sociale et de service liée à la qualité de vie devrait être dominante sans pour autant nier que les soins médicaux jouent un rôle important en arrière-plan lorsque le client n'a pas de problèmes de santé.

La plupart des gens vivent dans un cadre institutionnel en raison de problèmes sociaux. Par exemple, les troubles cognitifs sont causés par une maladie, mais dans cet état de vie, aucun soin médical n'est nécessaire 24 heures sur 24. Les soins palliatifs doivent également se recentrer sur la qualité de vie. Cela semble contradictoire, mais la qualité de vie inclut aussi celle liée à la mort.

Recentrer l'attention sur le « mode de vie » plutôt que sur la « taille unique »

Le mode de vie fait partie de l'identité d'une personne. La « taille unique » nie l'unicité de la vie d'un habitant et fait que les gens sont des objets plutôt que des individus. Le plus important est peut-être qu'une personne ait le sentiment d'être vue (voir aussi la vidéo « See me » sur YouTube)

S'organiser pour passer d'une domination du système à une « orientation client »

L'organisation des soins et des services est basée sur la manière la plus efficace et selon des règles parfois non pertinentes. Cela affecte négativement le rythme quotidien d'un résident et donc la qualité de vie

vécue. Si, par exemple, le résident souhaite faire la grasse matinée un jour, l'organisation des soins doit être faite en fonction de ce souhait et non l'inverse

Diminuer les effectifs grâce à la technologie

Comme nous l'avons souligné dans une section précédente, l'éventail des applications technologiques est large et peut transformer radicalement le secteur des soins aux personnes âgées de manière spectaculaire. La technologie ne peut jamais remplacer le contact humain, mais elle peut réduire le besoin de personnel dans diverses situations. Pensez aux systèmes de domotique et de détection et aux technologies d'assistance qui peuvent accroître le degré d'indépendance des personnes âgées.



Utiliser le « bon sens » plutôt que des indicateurs de performance critiques

Les principes de gestion scientifique et le taylorisme (la différenciation des fonctions est toujours dominante dans les soins aux personnes âgées) donnent l'illusion d'être en contrôle. Mais il dégrade les travailleurs au grand cœur qui cochent des listes et demandent la permission pour chaque décision qu'ils veulent prendre.

La plupart des soins aux personnes âgées ne sont pas très complexes mais en fait très familiers à tous : l'amour et la compagnie. Utilisez donc « l'expérience de vie » des employés, dont la plupart sont des femmes, comme employés de première ligne : ils ou elles savent comment prendre soin et aimer. Faites donc preuve de bon sens au lieu de demander aux employés de « cocher une liste ».

DES CHANGEMENTS DE PARADIGMES CONDITIONNELS NÉCESSAIRES

Dans le prolongement de ces éléments de la nécessité d'un changement de paradigme critique, une deuxième série de changements fondamentaux doit être effectuée.

Passer du financement public unique aux co-paiements

et à un marché public/privé

Nous prévoyons que la couverture publique des soins aux personnes âgées sera limitée à l'avenir. L'augmentation inévitable des co-paiements rend la relation client/famille prestataire beaucoup plus importante, car ce sont eux qui paient alors une part plus importante des coûts.

En outre, comme indiqué ci-dessus, les sociétés privées à but lucratif vont de plus en plus apparaître sur le marché des soins et des services aux personnes âgées. Cela peut conduire à une plus grande diversité, ce qui est une évolution positive. Une plus grande diversité augmente la possibilité de répondre aux besoins des personnes âgées en matière de style de vie. Cependant, en Europe, nous devons veiller à éviter l'écart d'inégalité entre les pauvres et les riches tel qu'il existe aux États-Unis.

Créer la mobilité du personnel par une plus grande flexibilité dans l'UE

La mobilité du personnel dans toute l'UE doit être facilitée. Non seulement en raison du manque de personnel, mais aussi en raison de la mobilité des personnes âgées vers des pays plus chauds.

Il existe encore des obstacles à la mobilité du personnel, tels que la reconnaissance des diplômes. La reconnaissance des diplômes au sein de l'UE permettrait d'accroître la mobilité du personnel. Cependant, il y a deux remarques à faire.

La première est d'ordre éthique : la plupart des pays du monde ont également besoin de travailleurs dans ce secteur en raison du vieillissement de leur population.

La seconde est une remarque sur la qualité : les compétences linguistiques et socio-culturelles peuvent constituer un obstacle à la fourniture de soins et de services de bonne qualité, malgré la qualité professionnelle du « travailleur immigré ». Les connaissances culturelles et linguistiques sont essentielles dans l'interaction avec les personnes âgées.

LES DÉFIS POUR LES ORGANISATIONS INDIVIDUELLES

RÉFLEXION SUR LES DÉFIS DES PRESTATAIRES DE SOINS

Les prestataires de soins ont une responsabilité à jouer dans la société en fournissant des soins infirmiers appropriés et un soutien aux personnes âgées qui ne sont plus capables de vivre chez elles. Cependant, même si elles ont assumé ce rôle important, la responsabilité finale reste celle de la société. Cela ne peut pas être délégué aux prestataires de soins. Il appartient donc à la société et au gouvernement de fournir, d'une part, les structures nécessaires et, d'autre part, un soutien généreux pour leur permettre de remplir cette tâche.

Les prestataires de soins, quant à eux, ont le devoir, d'une part, de faire de leur mieux pour répondre aux besoins des personnes âgées en développant continuellement leurs services et, d'autre part, de se conformer aux réglementations légales.

Les défis que cela représente pour les prestataires de soins individuels sont multiples. Ce sont les institutions qui relèvent ces défis et qui s'adaptent le mieux pour répondre aux besoins et aux attentes des différents acteurs concernés qui, en fin de compte, seront des prestataires de services performants à long terme.

LES ATTENTES DES RÉSIDENTS

Malgré le besoin toujours croissant de soins, l'autonomie et le droit à l'autodétermination des personnes restent essentiels. Les institutions résidentielles en particulier sont tenues de mettre en place des mesures qui prennent en compte et soutiennent ces aspects aussi efficacement que possible. Cela signifie non seulement que les résidents participent activement à la prestation des différents types de soins infirmiers, mais aussi que l'autodétermination commence beaucoup plus tôt, à savoir, au moment où on décide si des soins infirmiers doivent être fournis et, dans l'affirmative, de quelle nature.

Cela n'implique pas nécessairement une nouvelle compréhension du professionnalisme. Après tout, le credo a toujours été d'apporter un soutien là où il est nécessaire et d'agir lorsque cela est indispensable. Il s'agit plutôt de deux perspectives différentes : d'une part, des professionnels agissant comme coachs dans la manière de vivre une vie indépendante et autodéterminée et, d'autre part, l'accent mis sur les soins infirmiers spécifiques et les mesures de soutien.

Si l'on pousse le premier point de vue jusqu'à sa conclusion logique, il devient évident que l'objectif premier des prestataires de soins ne devrait pas être de pousser à l'amélioration du taux d'occupation

ou des indicateurs économiques, même si cela est nécessaire et compréhensible d'un point de vue commercial. Cette approche est en contradiction avec les considérations économiques nationales et finit inévitablement par faire l'objet de critiques. Il est donc évident que les prestataires de soins doivent être animés non seulement par des intérêts commerciaux, mais aussi par un sens aigu de la responsabilité sociale envers leurs résidents et la société en général.

Les prestataires de soins sont donc tenus d'offrir des services qui permettent un degré maximum d'autodétermination et d'autonomie tout en réduisant au minimum l'institutionnalisation. Cette prise de conscience montre à elle seule qu'il faut disposer d'une gamme de produits beaucoup plus large. Un service qui est bien mieux adapté aux besoins et aux demandes des personnes âgées afin d'offrir le meilleur service possible, y compris dans un sens commercial ! Les prestataires de soins doivent être réinventés en profondeur pour survivre !

L'OFFRE ET LA DEMANDE

Les prestataires de soins doivent proposer de nouveaux produits qui répondent au mieux aux souhaits, aux besoins et à la dignité des personnes âgées afin de générer et de satisfaire un certain niveau de demande.

Ce faisant, les idées obsolètes sur les maisons de soins seront balayées et elles réussiront mieux en améliorant leur image. Pour créer cette demande, il faudra mener une campagne d'information publique cohérente et professionnelle.

Afin de communiquer efficacement sur ces services et les concepts qui les sous-tendent, ils devront être reconsidérés et portés à l'attention du public à différents niveaux : au niveau des modèles de rôle pour les fournisseurs et les bénéficiaires des services, au niveau des processus et des structures, au niveau des solutions technologiques et, enfin et surtout, des développements architecturaux.

MODÈLES DE RÔLE

Les personnes âgées sont un élément précieux de notre société. Pour mettre cela en évidence, de nouveaux modèles sont nécessaires : des personnes qui présentent une image positive de la vieillesse, qui peuvent démontrer la contribution qu'elles apportent à la société. Les personnes âgées et, avec elles, leurs scénarios de soins, ne doivent plus être présentées comme un facteur de coût mais plutôt comme un facteur de création de richesse dans une société où la création de richesse est comprise non seulement dans un sens économique mais aussi dans le sens des valeurs.

Ces modèles, qui incarnent l'autodétermination, doivent ensuite être reflétés dans la manière dont les services sont fournis. Ainsi, les personnes âgées ne sont plus seulement des participants passifs au système mais deviennent des contributeurs actifs. Nous pensons ici, par exemple, à l'implication sociale et à l'interaction dans de nouveaux réseaux, au partage d'expériences sur des projets multi-générationnels, etc.

LES PROCESSUS ET LES STRUCTURES

Sur le plan des processus, il s'agit d'encourager une mentalité plus axée sur le service afin que le bénéficiaire du service reçoive le meilleur soutien possible pour mener une vie indépendante. En ce qui concerne les institutions permanentes en particulier, le principe de base selon lequel « les structures suivent les besoins » pourrait être défini comme un moyen d'éviter un degré excessif d'institutionnalisation. En ce qui concerne la faisabilité et la mise en œuvre, tant la responsabilité sociale du prestataire de soins que la responsabilité de la société de mettre des ressources à disposition entrent ici en jeu.

SOLUTIONS TECHNOLOGIQUES

Les prestataires de soins constituent un marché d'avenir prometteur pour les fabricants de solutions techniques. Il existe toutes sortes de façons d'utiliser les innovations techniques. Cela peut prendre la forme d'une aide aux personnes âgées pour qu'elles vivent de manière autonome (par exemple, des solutions de « maison intelligente »), de produits d'assistance pour les personnes âgées à domicile ou dans une maison de soins, ou de produits techniques qui augmentent leur sentiment de sécurité. Dans ce contexte, les prestataires de soins, avec toute leur expertise, peuvent être des partenaires utiles pour les promoteurs et les entreprises.

MILIEUX DE VIE

La tendance actuelle est clairement à la réduction des unités. Toutefois, il ne s'agit là que d'une considération à court terme.

La question principale sera de savoir dans quelle mesure il est raisonnable et possible de concevoir des bâtiments de manière à ce qu'ils n'aient pas une image négative et institutionnelle ? Comment créer des environnements de vie qui soient perçus comme un lieu de vie plutôt que comme un lieu de soins ? Là encore, des questions se posent quant aux modèles possibles pour les prestataires et les bénéficiaires des services.

« Les personnes vivant dans des communautés institutionnelles ont besoin d'un environnement chaleureux à échelle humaine, offrant une ambiance positive », déclare Andreas Wörndl, architecte et expert spécialisé dans les concepts de logement pour les personnes âgées. Les solutions architecturales ne doivent pas être évaluées de manière isolée, mais toujours en fonction des personnes qui y vivront et y travailleront.

Les prestataires de soins se trouvent dans le champ de tension entre les besoins et les demandes des personnes âgées, d'une part, et les ressources et les possibilités financières limitées, d'autre part. Néanmoins, les attentes augmentent en même temps que les besoins :

- i) une meilleure offre en matière d'information et de soutien
- ii) une évaluation professionnelle rapide de la nécessité d'une intervention
- iii) une série de recommandations facilement accessibles
- iv) une coordination rationalisée entre les soins infirmiers et les services de soutien et

v) une gestion globale simple mais efficace du système.

Les prestataires de soins, quelle que soit leur forme future, doivent veiller à ce que les personnes âgées aient accès aux ressources sociales, puissent participer à la vie de leur communauté et soient libres de prendre leurs propres décisions. Le facteur le plus important dans le succès de la prestation de services est la main-d'œuvre et c'est l'une des raisons pour lesquelles elle mérite une attention particulière.

MAIN D'ŒUVRE

Avec la diminution des ressources financières, l'augmentation constante des besoins en matière de soins, l'évolution des attentes des résidents et de leurs familles et, surtout, l'intérêt du public à ce que les maisons de soins soient gérées efficacement et sans scandale, la pression sur le personnel de ces établissements s'intensifie.

Leurs attentes à l'égard du lieu de travail sont également en train de changer. Dans le concours des meilleurs employés, les entreprises qui réussissent le mieux sont celles qui peuvent se positionner comme des employeurs attractifs, de manière authentique et durable. Pour être perçu comme un employeur attractif, il doit adopter une nouvelle approche qui véhicule de manière crédible non seulement un style de gestion axé sur le personnel, mais aussi la possibilité de s'impliquer, d'être autonome et de s'épanouir. Les structures semi-autonomes et les organisations apprenantes peuvent être considérées comme des exemples de gestion moderne.

Il faut également tenir compte de

l'évolution générale de l'attitude des jeunes générations à l'égard du travail et du leadership. L'équilibre entre vie professionnelle et vie privée joue un rôle bien plus important que pour les générations précédentes et de nouveaux concepts de gestion devront être développés si l'on veut non seulement attirer les jeunes professionnels vers le domaine des soins aux personnes âgées, mais aussi les retenir. Ces nouveaux concepts représentent également une occasion d'améliorer durablement l'image des maisons de soins en général et des personnes qui y travaillent en particulier.

En outre, les changements de modèles et d'attentes décrits ci-dessus doivent être pris en compte avec un nouveau matériel de formation approprié, tandis que de nouvelles approches de la carrière de soignant des personnes âgées doivent être présentées. Alors que par le passé, ce sont principalement des soignants traditionnels possédant une expertise en soins infirmiers qui étaient requis, des équipes multi-professionnelles seront nécessaires pour satisfaire toutes ces demandes à l'avenir. Il faudra non seulement du personnel infirmier spécialisé dans les soins gériatriques, mais aussi des thérapeutes, des médecins, des psychologues et des travailleurs sociaux. Outre le financement des structures nécessaires, les décideurs doivent également prendre des mesures à un stade précoce pour garantir la disponibilité de travailleurs suffisamment qualifiés sur le marché du travail. Là encore, il est important de faire appel au sens des responsabilités de la société et du gouvernement, car les institutions individuelles elles-mêmes n'ont qu'une capacité limitée à influencer la situation.

COMMENT METTRE EN PRATIQUE LA VISION DE L'EAN

Lorsque les membres de l'EAN, c'est-à-dire les prestataires, suivent les changements de paradigme et de vision décrits précédemment pour rendre leurs organisations durables pour l'avenir, de nombreux défis se présentent. Dans ce chapitre, ces défis sont décrits en suivant la structure du « modèle 7S » de McKinseys pour décrire l'organisation en pratique.

STRATÉGIE

L'organisation individuelle suit une stratégie centrée sur les thèmes suivants :

- Diversification des fonctions
- Mise en place d'une organisation en réseau
- L'orientation client basée sur les principes de qualité de service

STRUCTURE

La structure organisationnelle doit faciliter l'intégration du soutien et des services dans la communauté. Cela signifie que la structure organisationnelle n'est pas basée sur des fonctions mais principalement sur des entités géographiques dans lesquelles les fonctions sont organisées et exécutées. Principalement parce que certaines fonctions ne sont pas viables lorsqu'elles sont réparties sur des entités géographiques et seront organisées à un niveau organisationnel supérieur.

Le personnel de première ligne est composé de travailleurs sociaux, de person-

nel d'accueil et de personnel de loisirs. Le personnel de santé, comme les infirmières, les thérapeutes et les psychologues, est organisé en une unité de soins de santé distincte à laquelle le personnel de soutien et de service peut faire appel lorsqu'un problème de santé survient.

SYSTÈMES

Les systèmes doivent faciliter l'orientation vers le client et dépendent de la relation entre un membre du personnel et un résident. Les dossiers électroniques des clients/résidents doivent être accessibles au client et à sa famille pour permettre une co-création.

Les systèmes technologiques doivent permettre d'améliorer le confort du cadre de vie des clients ou des résidents. Les systèmes de télésoins et d'alerte doivent aider le personnel à signaler les problèmes et à prêter attention aux clients et aux résidents à distance.

La robotique peut aider à effectuer des tâches ménagères simples comme passer l'aspirateur, tandis que des robots plus humains peuvent jouer un rôle dans le traitement des troubles cognitifs.

Les systèmes de réalité augmentée peuvent créer des expériences pour les personnes atteintes de troubles cognitifs qui peuvent les reconforter et les mettre à l'aise (snoezelen 2.0).



LE PERSONNEL

La composition du personnel doit être adaptée pour répondre à la vision décrite plus haut. Cela signifie que la proportion de travailleurs sociaux, de personnel d'accueil et de loisirs doit augmenter. Les programmes de formation doivent également être redéfinis et viser à soutenir la qualité de la vie plutôt que la qualité des soins.

L'interaction avec les clients doit être le thème central ainsi que le contexte biographique des personnes qu'ils servent (cf. See me (YouTube)). Il faut faire appel à des équipes de personnel médical lorsqu'un problème de santé survient. Cela entraînera également un changement de responsabilités.

CULTURE

La culture doit passer d'une culture régie par le système à une culture axée sur le client. Les protocoles et les procédures ne sont pas la clé, l'interaction avec les clients et la compréhension de leurs besoins sont essentielles.

Cela se traduira par des valeurs communes qui seront décrites plus loin dans ce paragraphe.

Les objectifs sont de créer des expériences pour les clients et les résidents qui améliorent ainsi leur qualité de vie perçue.

La culture doit également être ouverte et transparente pour les familles et leur donner la possibilité de soutenir leurs proches

comme elles le souhaitent, en co-création avec le personnel. Le partage de la prise de décision et des responsabilités est un élément clé d'une culture ouverte.

Le personnel a besoin d'espace pour prendre ses propres décisions sur la base de ses connaissances et de son expérience professionnelles afin d'adapter le soutien et les services aux besoins et aux demandes du client et du résident.

LEADERSHIP

Outre la culture, un leadership approprié à tous les niveaux est essentiel pour mettre la vision en pratique.

Un leadership basé sur le contrôle n'est pas très stimulant dans une culture de service. Le leadership par le service donne l'exemple au personnel de première ligne sur la manière de traiter avec les clients et les résidents. La façon dont le personnel de première ligne est traité par sa direction guide la façon dont le personnel de première ligne traite ses clients et ses résidents.

Bien sûr, un certain niveau de contrôle est nécessaire, mais celui-ci doit être basé sur le retour d'information du personnel de première ligne sur les décisions qu'il prend et les activités qu'il choisit de mener pour répondre aux besoins de ses clients. La confiance de la direction dans son personnel de première ligne est fondamentale pour tout cela. Mieux vaut s'excuser une fois que de demander la permission dix fois.

VALEURS PARTAGÉES

Les valeurs partagées sont le fondement d'une culture axée sur le client. Les valeurs communes sont :

- La dignité, le respect, l'amour et l'amitié sont les éléments clés d'un service et de soins axés sur le client
- L'autodétermination : Les personnes âgées sont capables de prendre leurs propres décisions, même lorsqu'elles souffrent de troubles cognitifs. Le pouvoir de décision doit donc être placé auprès des personnes âgées ou aussi près que possible de celles-ci
- MONTREZ aux gens que vous vous souciez d'eux, ne leur DITES pas que vous vous souciez d'eux
- La famille et les amis font partie de l'équipe de soins
- Il s'agit de vivre jusqu'à la fin, et non de la fin de la vie.



RECOMMANDATIONS

Afin de réaliser la vision proposée dans ce rapport, l'EAN souligne que le processus est répétitif entre le niveau national et les niveaux des prestataires. Dans cette section, le présent rapport fournit donc un préambule aux associations nationales et des recommandations.

PRÉAMBULE

L'EAN considère qu'il est essentiel d'ouvrir un débat au niveau national et de trouver des réponses aux questions fondamentales suivantes afin de mettre en place un système clair, acceptable et durable de politique sociale et de sécurité pour les personnes âgées. C'est une tâche fondamentale pour toutes les associations nationales que d'entamer la discussion et de définir le contexte pour l'avenir.

Les questions clés auxquelles il faut répondre dans le cadre de cette réflexion sont les suivantes :

Les responsabilités : qui est respon-

sable de la fourniture de soutien et de soins aux personnes âgées dans le besoin ; les individus, les familles, la communauté, tous les niveaux de gouvernement ?

Financement : existe-t-il une structure de financement durable qui soutient les responsabilités correspondantes ?

Structure : la structure qui en résulte est-elle complète et intégrée pour répondre aux besoins et est-elle accessible, équitable, abordable et dotée de ressources suffisantes ?

Qualité : qui détermine la « qualité » et le système de qualité est-il en accord avec les réponses aux responsabilités, au financement et aux structures ?

RECOMMANDATIONS POUR LES PRESTATAIRES

Outre le contexte fourni par les réponses aux questions ci-dessus, l'EAN formule les recommandations suivantes à l'intention des prestataires.



Les recommandations sont fournies à trois niveaux :

- Le niveau stratégique
- Le niveau organisationnel
- Le niveau opérationnel.

Le niveau stratégique

- Viser en priorité la qualité de vie plutôt que la qualité des soins
- Positionnez-vous et votre personnel comme des experts des questions de vie des personnes âgées
- Se positionner d'abord comme un organisme de services (les services comprennent les soins) sans renier les fonctions de soins de santé (ce sont les fonctions de soutien)
- Viser la prévention et l'inclusion en mettant en place des programmes de soutien au vieillissement en bonne santé dans les communautés avant que le besoin de soutien et de soins professionnels ne se fasse sentir
- Faire une distinction claire entre la fonction de logement et la fonction de services afin de créer un « foyer » plutôt qu'une institution comme une maison de retraite
- Se concentrer sur le développement des possibilités de financement privé et public afin de rendre l'entreprise durable à l'avenir
- Choisir entre la position de fournisseur de services larges et inté-

grés ou celle de créateur/modérateur d'un réseau avec d'autres fournisseurs qui intègrent plusieurs fonctions comme le logement, le transport, les services médicaux, les loisirs, etc.

- Remettre en question et reconsidérer les réglementations et les normes existantes ainsi que la « sagesse acceptée » pour créer de véritables innovations

Le niveau organisationnel

- Séparer l'organisation en une composante « logement et services » et une composante « soins de santé ». Ce dernier peut être transformé en centres de santé pour les personnes âgées qui travaillent également dans les communautés sur des initiatives visant à la prévention
- Utiliser des instruments modernes en matière de ressources humaines pour rendre les emplois dans le secteur des soins et votre organisation plus attrayants et soutenir les responsabilités et l'autonomisation des travailleurs de soins. Vos employés sont au cœur de votre réussite
- Développer des concepts de qualité de service en parallèle aux concepts de qualité des soins.
- Donner aux clients une influence structurelle dans les organisations prestataires en créant des « conseils » client/famille par





exemple qui donnent des conseils sur les questions stratégiques, organisationnelles et opérationnelles

- Mettre l'accent sur le mode de vie et les antécédents personnels plutôt que sur les besoins en matière de soins pour attirer les résidents/clients

Le niveau opérationnel

- Veiller à ce que le personnel travaillant en première ligne soit principalement orienté vers le service et l'hospitalité, avec l'appui de professionnels de santé
- Donner aux travailleurs sociaux un rôle clé dans la coordination des services autour du client
- Créer une co-création avec la famille en facilitant la prise de décision partagée et les responsabilités mutuelles dans le soutien du client
- Utiliser la technologie pour :
 - Soutenir la réduction de la charge de travail du personnel mais pas en tant que remplacement
 - Augmenter la sécurité et l'autonomie du client
 - Augmenter le temps dont dispose le personnel et les aidants naturels pour les soins informels.

ARGUMENTS POLITIQUES

L'EAN a publié sa vision sur l'accompagnement des personnes âgées en 2030. La vision a été développée par des membres dévoués de l'EAN et a été approuvée par le conseil d'administration et l'assemblée générale.

La vision de l'EAN sur les SLD en 2030 identifie et marque les changements importants qui seront apportés à l'avenir aux prestations des SLD. Le groupe de travail conclut que :

- les gouvernements sont dans le déni. Ils retardent l'émergence d'une véritable crise sociétale et doivent entreprendre une réévaluation critique de leurs politiques et stratégies ;

- Les entreprises ne parviennent pas à jouer un rôle positif et constructif dans la réalisation et la réponse aux possibilités et aux défis présentés par les problématiques et les besoins propres aux personnes âgées ;

- Le secteur des soins aux personnes âgées continue de se relâcher et de se cantonner dans sa « zone de confort » traditionnelle de soutien gouvernemental, ne parvient pas à relever les défis et à saisir les opportunités de l'environnement changeant et risque de ne plus pouvoir rester viable à moins de se réinventer ; et

- la société dans son ensemble est confrontée à des menaces majeures pour la cohésion sociale si une philosophie plus inclusive et « normative » n'émerge pas.

IMPLICATIONS PRATIQUES DE LA VISION DE L'EAN SUR LES SLD EN 2030

Le groupe de travail a identifié les implications pratiques suivantes de cette vision sur l'avenir des SLD en Europe :

- La première implication est que les personnes âgées ou leurs familles peuvent très bien décider par elles-mêmes, nous devons donc nous concentrer sur elles en tant que client auquel nous ne faisons pas les choses, mais pour et avec elles. Cela signifie que nous devons créer une culture de qualité de service au lieu d'une culture où nous pensons savoir ce qui est bon pour eux.

- Les soins aux personnes âgées ne visent pas la qualité des soins, mais la qualité de vie. La qualité de vie est la valeur que nous recherchons, pour nos clients. Nous voulons des personnes âgées heureuses au lieu de la paperasserie sur des sujets qui n'ont rien à voir avec la qualité de vie. La qualité se forme dans l'interaction entre les personnes et non entre les papiers.

- En se concentrant sur l'aide et les services sociaux. Les soins de santé sont un élément de sécurité en arrière-plan, mais ne constituent pas l'élément dominant des services et du soutien aux personnes âgées. Par conséquent, nous sommes des « assistants de vie » et un nouveau rôle pour les infirmières et les médecins est de soutenir la qualité de vie.

- La vie des personnes âgées relève du domaine des membres de l'EAN et pas seulement lorsque les personnes ont besoin de soins. Cela signifie que la prévention est un élément qui fait partie de notre soutien et de nos services pour maintenir la santé des personnes âgées. Cette approche permet d'éviter la demande croissante de soutien et de soins à des stades ultérieurs de la vie.

- Le soutien et les services aux personnes âgées ne sont pas un facteur de coût, mais une occasion économique avec la création d'emplois, les innovations technologiques et sociales.

- Tous les éléments de soins tels que nous les connaissons aujourd'hui sont importants dans le système actuel et futur. Nous avons donc besoin de soins à domicile, de soins ambulatoires, de soins de répit et de soins en établissement, ainsi que d'autres modèles de logement et services de soutien divers.

- Les prestataires de soins aux personnes âgées doivent penser au-delà des murs de leurs propres installations et services, mais doivent essayer d'organiser et de gérer un réseau intégré dans les communautés locales.

IMPLICATIONS POLITIQUES DE LA VISION DE L'EAN SUR LES SLD EN 2030

Lors d'une session de travail le long de l'Assemblée générale de l'EAN d'avril 2019, les membres de l'EAN ont discuté des implications politiques de la vision de l'EAN sur les SLD en 2030. Bien qu'ils reconnaissent

les différences et les difficultés nationales et même régionales ainsi que les contraintes financières, les membres de l'EAN ont mentionné les questions suivantes à développer et à traiter au niveau politique :

Fin de la réflexion en silo

Le débat sur l'avenir des SLD en Europe doit être libéré de la pensée en termes de silos et de dogmes. Il existe de nombreux paradoxes (littéralement, une déclaration ou une proposition qui, malgré un raisonnement solide à partir de prémisses acceptables, conduit à une conclusion qui semble logiquement inacceptable ou contradictoire) qui entravent la refonte des SLD : compétences européennes contre compétences nationales, état contre marché, public contre privé, social contre soins, formel contre informel, résidentiel contre communautaire, par exemple

Choix individuel et liberté personnelle

La taille unique ne convient plus à tous. En Europe, les SLD ont été conçues sur la base de vastes cohortes stéréotypées de personnes : les malades et les personnes âgées, et ceux qui peuvent et ceux qui ne peuvent pas financièrement supporter le fardeau. La solidarité, financière, sociale et générationnelle, est au cœur des systèmes de santé et de soins aux personnes âgées de l'UE. Mais la « solidarité » doit être redéfinie et adaptée aux besoins individuels et préférences des utilisateurs de soins de santé et de soins aux personnes âgées, d'une part, et aux dispositions financières, d'autre part. La solidarité ne doit plus servir de pré-

texte pour bloquer les innovations et la promotion du libre choix.

Formation et éducation

La perception de la qualité des soins et de la qualité de vie, et la manière dont elle est promue, peuvent avoir un impact sur la manière dont les professionnels des soins sont éduqués et formés. Les futurs soignants professionnels devraient être moins formés dans le domaine médical et plus dans le domaine social. En outre, pour recruter et retenir les professionnels, les programmes et les exigences doivent être adaptés aux nouveaux professionnels axés sur les services.

Données et ratios

Trop souvent, les soins de santé et les soins aux personnes âgées sont basés sur des données et des ratios : nombre de lits par habitant, professionnels par lit, coûts par patient, patients par institution, etc. On peut se demander si ces données sont correctes et/ou pertinentes pour la prestation future de soins aux personnes âgées et pour la réalisation de la qualité de vie des personnes âgées. Comme les politiques sont basées sur ces données et sur des ratios simplifiés, les politiques ne répondent pas aux besoins sous-jacents des personnes âgées.

Tâches et responsabilités

Les soins aux personnes âgées sont aujourd'hui réduits à un ensemble de tâches et de responsabilités. Il semble que la meilleure qualité de soins soit liée au plus grand nombre de tâches et de responsabi-

tés définies. Au lieu de fournir de véritables services aux personnes âgées, les professionnels semblent se contenter d'exécuter des tâches et de remplir des missions de gestion. La paperasserie et les procédures bureaucratiques remettent en question les soins personnalisés et créent une mentalité de prestation de tâches au lieu de prestation de services.

Sécurité

Le vieillissement n'est pas une maladie, mais une étape de la vie avec tous les inconvénients et les risques qui l'accompagnent. La fragilité signifie un plus grand risque de chutes, de troubles physiques et donc la survenance d'accidents. De nos jours, les soins aux personnes âgées sont trop axés sur la prévention des accidents et la réduction des risques, ce qui conduit à une qualité de soins présumée bonne, mais à une qualité de vie moindre. La réglementation de la sécurité en matière d'alimentation, d'environnement et d'activités semble limiter la promotion de la qualité de vie.

Image

Sur le plan politique, les soins de santé et les soins aux personnes âgées sont considérés comme un facteur de coût et une charge financière, et non comme un investissement. Ce cadrage négatif du secteur nuit à son image, ce qui se répercute négativement sur la volonté de travailler, d'investir et de « vivre » dans le secteur des soins aux personnes âgées. Il est nécessaire d'adopter une approche, une formulation et une attitude positives à l'égard du secteur.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Alzheimer Europe (2016), Rapport mondial sur la maladie d'Alzheimer 2015. Consulté sur : [https://www.alzheimer-europe.org/News/New-publications-and-resources/Tuesday-25-August-2015-ADI-publishes-2015-World-Alzheimer-Report/\(language\)/fra-GB](https://www.alzheimer-europe.org/News/New-publications-and-resources/Tuesday-25-August-2015-ADI-publishes-2015-World-Alzheimer-Report/(language)/fra-GB)

Eurofound (2017), Maisons de soins pour les personnes âgées d'Europe : Fournisseurs publics, à but lucratif et non lucratif. ISBN : 978-92-897-1607-9. <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2017/care-homes-for-older-europeans-public-for-profit-and-non-profit-providers>

Commission européenne (2012), le rapport 2012 sur le vieillissement : Projections économiques et budgétaires pour les 27 États membres de l'UE (20102060). Consulté sur :

<https://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/2012-ageing-report-economic-and-budgetaryprojections-27-eu-memberstates-2010-2060>

Commission européenne (2017), Proportion croissante des ménages d'une personne seule dans l'UE. Consulté sur : <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20180706-1?inheritRedirect=true>

Eurostat, 2015, Taux de dépendance des personnes âgées [demo_pjanind et proj_15ndbims]. Consulté sur : [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Age_dependency_ratios_EU-28_2016-2080_\(%25\)_PITEU17.png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Age_dependency_ratios_EU-28_2016-2080_(%25)_PITEU17.png)

Gehring, A., (2018), Les retraités mobiles : les perspectives des retraités migrants sur la citoyenneté européenne et la libre circulation, Innovation : The European Journal of Social Science Research, doi : 10.1080/13511610.2018.1525285.

Organisation internationale du travail (2017), Taux d'activité des femmes. Consulté sur : <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

Neumayer, E., Plümpert, T. (2016), Inégalités de revenus et inégalités de longévité : A Cross-Country Study), American Journal of Public Health, 106 (1), pp. 160-165.

OCDE (2017), Chiffres de la population vieillissante et croissance du PIB observée/prévue en Europe occidentale (1962-2035). Consulté sur : <https://www.socialeurope.eu/europes-ageing-societies-need-immigration-means-anti-immigration-politics-stay>

OCDE (2018), Coûts des SLD en % du PIB par pays en 2014. Consulté sur : <http://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>.

Pacita Future Ageing Statistics (2017), Rapid Ageing Societies. Consulté sur <http://wp6.pacitaproject.eu/statistics/> Piketty, T. (2017), Capital in the Twenty-First Century, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Rodrigues, R., Huber, M. & Lamura, G. (Eds.) (2012). Faits et chiffres sur le vieillissement en bonne santé et les soins de longue durée. Europe et Amérique du Nord, Série de rapports occasionnels 8. Vienne : European Centre.

Social Employers (2018), consulté sur : <http://socialemmployers.eu/en/>

NOTES

SIÈGE DE L'EAN

EAN asbl

c/o Résidence Grande Duchesse Joséphine Charlotte
11, avenue Marie-Thérèse
L-2132 Luxembourg

BUREAU DE L'EAN

Ing. Karel Vostrý
Directeur exécutif

Na Pankráci 1618/30
CZ-140 00 Praha 4
République tchèque

info@ean.care

www.ean.care

Accompagnement des personnes âgées 2030
2ème édition

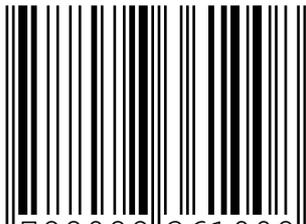
Le Dr. Freek Lapré, MCM, RN(np), Dale Stevenson, Bach. Eco. et Pol. et MBA, le Dr. Markus Leser, Dipl. Gerontologe
Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA, Beatrix Kaserer, Markus Mattersberger, MMSc MBA

(C) 2021, Réseau européen du vieillissement

ISBN 978-80-88361-00-8

www.ean.care

ISBN 978-80-88361-00-8



9 788088 361008 >

EAN asbl
c/o Résidence Grande Duchesse Joséphine Charlotte
11, avenue Marie-Thérèse
L-2132 Luxembourg