Synthèse

Living independantly at home, Reforms in organisation and governance of European home care for older people and people with disabilities (LIVINDHOME)

Tine Rostgaard (SFI), coordinatrice

Le projet LIVINDHOME

Le présent résumé analytique rend compte des principales conclusions du projet *Vivre de façon autonome à la maison : réformes dans l'organisation et la gouvernance de l'aide à domicile européenne pour les personnes âgées et les personnes handicapées (LIVINDHOME).* L'objectif général de l'étude consiste à identifier comment neuf pays européens ont réformé leur système d'aide à domicile, afin de financer et de fournir 1) des prestations de haute qualité qui répondent à des besoins de plus en plus diversifiés et individualisés, 2) un système d'aide efficace et la maîtrise des coûts, 3) une orientation davantage axée sur l'usager dans la fourniture des soins, 4) un équilibre optimal entre aide formelle et informelle et les autres ressources, et 5) le meilleur moyen d'attirer et de retenir les soignants à domicile.

Les questions de recherche se concentrent sur l'identification des moteurs du changement dans chaque pays, et les réponses de ces pays en matière d'organisation, de prestation, de réglementation et de qualité de l'aide à domicile. L'étude témoigne d'une série de stratégies et d'expériences dans la réforme de l'aide à domicile pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Chaque étude nationale a porté sur les questions communes suivantes :

- Quelles ont été les principales forces motrices des réformes de l'aide à domicile, et quelles ont été les stratégies de réforme ?
- Qu'est-ce que l'on inclut dans l'aide à domicile ?
- Comment l'aide à domicile est-elle organisée ?
- Comment l'aide à domicile est-elle financée ?
- Comment l'aide à domicile est-elle fournie ?
- Qui sont les assistants de vie ?
- Comment l'aide à domicile est-elle conditionnée et réglementée ?
- Comment la qualité de l'aide à domicile est-elle évaluée ?
- Quels ont été les résultats pour les usagers des changements apportés aux politiques ?

L'étude s'intéresse à l'aide à domicile pour les personnes âgées et, dans la mesure où les données sont disponibles, à celle destinée aux personnes handicapées. L'aide à domicile est définie dans l'étude comme une assistance pour les tâches domestiques et les soins à la personne au domicile du bénéficiaire. Il peut s'agir d'une contribution aux tâches comme le ménage, les courses, s'habiller, faire sa toilette, préparer et consommer les repas, procurer un soutien psychologique et participer à des activités sociales. L'étude examine les services aussi bien que les prestations pécuniaires associés à ces tâches. Le projet se concentre sur l'aide à domicile, mais inclut les soins infirmiers à domicile lorsqu'ils sont associés au système d'aide à domicile, par exemple quand il y a intégration ou coopération entre les systèmes d'aide et de soins infirmiers.

L’étude se fonde sur des rapports nationaux rédigés par des experts universitaires en matière de pratiques et de politiques d’aide sociale issus des neuf pays. Ces pays représentent des régimes de soins et de protection sociale très variés et aussi, dans une certaine mesure, une variété de pays au sein de ces régimes. Ces pays sont : l’Autriche, le Danemark, le Royaume-Uni, la Finlande, l’Allemagne, l’Irlande, l’Italie, la Norvège et la Suède. Des données secondaires ont été exploitées, notamment des statistiques officielles, des travaux d’analyses de politiques et des recherches en sciences sociales menées dans chacun des neufs pays et en transversal.

Les versions provisoires et finales de ces rapports ont fait l’objet de discussions lors de deux réunions, qui se tenues au début et vers la fin du projet. Ces réunions ont permis de corriger des incohérences d’approches dans les rapports des pays, et d’identifier des thèmes et des problèmes communs. Les chercheurs ont aussi travaillé en plus petits groupes pour compiler la matrice récapitulative, résumer les moteurs du changement dans chaque pays, et pour harmoniser le volet comparatif et le résumé.

1. Les moteurs de la réforme

Les résultats indiquent que, dans tous les pays de cette étude, les tendances démographiques actuelles et projetées constituent une pression majeure motivant la réforme. Cette pression comporte deux dimensions principales. D’abord, il y a une augmentation continuelle dans les proportions et le nombre absolu de personnes âgées, en particulier celles âgées de 85 ans et plus. Les améliorations en matière de santé ces dernières années signifient que les besoins en assistance à domicile se concentrent sur les dernières années de vie – mais ces besoins sont susceptibles d’être assez importants. Parmi les groupes d’âges plus jeunes, le nombre de personnes atteintes de très graves handicaps augmente également. Ensuite, les tendances démographiques affectent l’offre de soins. Le travail féminin en hausse, le changement des structures familiales et l’éclatement des familles nuisent à la prise en charge informelle, tandis que la baisse du taux de natalité a une incidence sur le nombre de personnes disponibles pour dispenser des soins payants à domicile.

Ces changements ont lieu dans un contexte d’angoisse qui touche beaucoup de pays concernant les hausses actuelles et à venir des dépenses publiques. Trouver des moyens de gérer la demande, procurer une aide à domicile plus efficace et rentable, optimiser les contributions provenant de sources volontaires et informelles : tels sont les sujets d’inquiétude communs. Un autre facteur commun motivant la réforme s’observe dans l’évolution des mentalités vis-à-vis de l’État-providence : les futures générations de personnes âgées vont probablement exiger plus de choix, des services personnalisés et un soutien des soins à domicile de meilleure qualité.

En raison de ces contextes, il n’est pas surprenant que beaucoup de pays de cette étude aient introduit des mécanismes à orientation commerciale dans leurs services de soins à domicile, afin de faire baisser les coûts, d’améliorer l’équité et d’augmenter les possibilités de choix pour les usagers et mieux répondre à leurs attentes, même si l’accent mis sur chacun de ces objectifs varie d’un pays à l’autre.

2. Grandes approches de la réforme

Globalement, l'approche de chaque pays pour réformer les services de soins à domicile reflète ses traditions, ses valeurs et les structures de l'État providence. Toutefois, deux grandes tendances sont identifiables parmi les pays de cette étude. Chez ceux qui connaissent des traditions sociales davantage axées sur la famille (Autriche, Allemagne, Italie, Irlande), des approches globales de la prise en charge de la dépendance n'ont commencé à se développer que relativement récemment. Parmi ces pays, l'Allemagne et l'Autriche ont mis en place de nouveaux droits sociaux universels liés à la prise en charge de la dépendance – notamment l'aide à domicile – qui comportent des changements dans les responsabilités traditionnelles des gouvernements régionaux et nationaux. Même ainsi, les nouvelles dispositions pour aider les gens chez eux reflètent les traditions et les structures de chaque pays. En revanche, malgré le financement accru de la prise en charge de la dépendance, la prestation de soins à domicile en Italie et en Irlande demeure hautement fragmentée, avec des variations locales majeures dans l'accès aux services.

Le deuxième groupe de pays (Danemark, Royaume-Uni, Finlande, Norvège, Suède) a mis en place des services de soins à domicile plus ou moins complets depuis des années. Ceux-ci sont fournis par les autorités locales dans un cadre législatif défini par le gouvernement central. Les réformes ont donné lieu à l'introduction de mécanismes liés au consommateur et au marché dans l'offre et la fourniture de l'aide à domicile. Cela inclut la concurrence entre prestataires d'aide à domicile et l'incitation pour de nouveaux prestataires à but lucratif d'entrer en concurrence avec les prestataires traditionnels du secteur public. Parallèlement à ces mécanismes commerciaux, de nouveaux moyens de préserver la qualité du service, d'accroître la flexibilité et d'améliorer l'efficacité ont été mis en place.

Cependant, au Royaume-Uni, en Finlande et en Suède, les autorités locales axent de plus en plus leurs services de soins à domicile sur les personnes ayant les plus grands besoins d'aide. Cela a entraîné un changement majeur de l'équilibre entre soins formels et soins informels. Les résultats de chaque question de recherche sont rapportés ci-après.

- ***Comment l'État organise-t-il la gouvernance de l'aide à domicile ? Responsabilités respectives des gouvernements locaux, régionaux et centraux***

Dans la plupart des pays de cette étude, la réglementation et la législation nationales jouent un rôle essentiel dans la détermination du niveau et de la forme que prennent les services de soins à domicile, en fixant les responsabilités des gouvernements régionaux et/ou locaux. De manière significative, ce rôle du gouvernement national perdure, que le financement provienne principalement de la fiscalité nationale (Royaume-Uni), de la fiscalité locale (Danemark), des deux (Norvège), ou des cotisations sociales (Allemagne). Les responsabilités du gouvernement central peuvent inclure la définition des critères d'éligibilité pour l'aide à domicile, le niveau de taxation des usagers et les mécanismes d'assurance qualité, ainsi que des initiatives « douces » ne nécessitant pas de législation primaire.

L'exemple de contrôle du gouvernement central le plus étendu est celui de l'Allemagne, dont la législation fédérale fixe les niveaux de cotisations et de prestations d'assurance, les critères d'éligibilité

et les procédures d'évaluation. Le gouvernement fédéral allemand réglemente aussi la concurrence entre prestataires, définit les normes de qualité et favorise l'offre de main d'œuvre dans ce secteur.

En Finlande, en Suède, en Norvège, au Danemark et au Royaume-Uni, les gouvernements régionaux et/ou locaux sont responsables de la mise en œuvre des réglementations et de la législation nationales. Dans ces pays, les gouvernements régionaux/locaux déterminent l'étendue des services de soins à domicile, la façon dont ils sont organisés et pour qui ; et ils garantissent que ces services sont conformes aux normes de qualité nationales. Ce partage des responsabilités reflète des accords constitutionnels établis de longue date.

Toutefois, en Italie et en Irlande, les gouvernements centraux n'ont eu jusqu'à présent que peu de responsabilités importantes dans la garantie d'une fourniture appropriée et équitable de services de soins à domicile par les gouvernements régionaux ou locaux. En conséquence, il existe des disparités régionales et locales considérables dans la disponibilité et la qualité des services. En Italie, le manque de responsabilité du gouvernement central a conduit certaines régions à développer leurs propres services de soins à domicile, exacerbant ainsi les inégalités géographiques. Nous en concluons que la responsabilité globale du gouvernement central dans la fourniture et la réglementation est essentielle pour assurer des niveaux appropriés de services de soins à domicile, préserver la qualité et réduire les inégalités locales. Au sein de ce cadre national, les autorités locales peuvent prendre des dispositions détaillées en matière d'étendue, d'accès, d'offre, de qualité et d'efficacité dans les services locaux de soins à domicile.

- ***Quels mécanismes permettent de maîtriser les coûts et de promouvoir l'efficacité ?***

Certaines mesures de maîtrise des coûts sont fixées par les gouvernements nationaux ; d'autres sont l'initiative des gouvernements locaux ou régionaux. Parmi celles légiférées par les gouvernements nationaux, l'Allemagne se distingue à nouveau, avec des niveaux de cotisations et de prestations de la prise en charge de la dépendance définis au plan national ; les besoins non satisfaits en aide à domicile sont assurés par les membres de la famille ou par le recours privé à des auxiliaires de vie sur le marché gris de l'emploi. Le gouvernement fédéral allemand fait également la promotion de la concurrence entre prestataires pour limiter les dépenses, et a assoupli certaines règles de protection sociale afin de baisser les coûts salariaux.

Plus généralement, les allocations de soins en espèces (Italie, Autriche, Allemagne) représentent des mécanismes efficaces de maîtrise des coûts. Elles ne couvrent souvent qu'une partie des frais du bénéficiaire, quel que soit le niveau des besoins ; elles peuvent être gelées tandis que le coût des soins augmente ; et elles peuvent être ajustées de sorte que moins de gens, avec un niveau de besoins supérieur, y aient droit.

L'introduction de la concurrence entre organismes prestataires est un mécanisme répandu pour favoriser l'efficacité, dans l'espoir qu'elle améliore la qualité et réduise les coûts. La concurrence entre prestataires – et particulièrement la promotion de nouveaux acteurs privés rivalisant avec le monopole traditionnel - a été encouragée en Allemagne, au Danemark, en Suède, en Finlande et au Royaume-Uni. En Italie, la plupart des services de soins à domicile sont sous-traités par les municipalités. Au

Royaume-Uni, les prestations d'autonomie permettent l'achat d'un soutien à domicile plus personnalisé, améliorant ainsi le rapport coût-efficacité.

D'autres mécanismes de maîtrise des coûts sont moins formels et illustrent les réponses locales aux contraintes de financement plutôt que la politique nationale. Ils incluent la suppression de l'aide ménagère de l'étendue des services de soins à domicile et la restriction de l'éligibilité aux services aux personnes ayant les plus gros besoins d'assistance. Certains pays nordiques ont essayé de renforcer l'efficacité en réglementant le temps passé par les soignants à domicile sur des tâches particulières.

Parmi les exemples de mesures destinées à réduire la demande d'aide à domicile, on peut citer les programmes d'auto-assistance (Danemark) ; les approches de ré-autonomisation (Royaume-Uni) ; et les visites de prévention annuelles (Danemark).

- ***Argent ou services ?***

Les allocations pécuniaires à la place de services peuvent être mises en place pour différentes raisons : stimuler l'évolution du marché en matière de services de soins à domicile ; soutenir les soins prodigués par les familles ; maîtriser les coûts ; améliorer la qualité ou l'équité. Certains pays ont fait des allocations pécuniaires la pierre angulaire de leurs politiques de soutien aux personnes âgées et aux personnes handicapées à domicile ; d'autres les ont introduites de manière plus limitée. Généralement, les allocations pécuniaires restent assez limitées dans les pays nordiques, où elles servent principalement à soutenir la prise en charge familiale. En Irlande, en Italie et, de façon plus régulée en Autriche et en Allemagne, l'accent est mis sur le versement d'espèces, bien qu'avec des résultats différents.

En Allemagne, l'option pécuniaire soutient essentiellement les soins assurés par la famille. En Italie, en l'absence de services locaux de soins à domicile, l'allocation pécuniaire est couramment utilisée pour employer des travailleurs migrants. Les options pécuniaires visent parfois à autonomiser les personnes âgées et les personnes handicapées, en offrant plus de choix et de contrôle sur le soutien à l'aide à domicile, comme au Royaume-Uni. Au Danemark et en Suède, les options pécuniaires jouent un rôle très limité, et le choix du consommateur est facilité par la libre sélection entre les prestataires de services d'aide à domicile. Comme cela a été dit plus haut, les coûts des options pécuniaires sont plus facilement contenus. Compte tenu en particulier des expériences italiennes et autrichiennes, il n'existe pas de preuve de l'efficacité des options pécuniaires dans la promotion de nouveaux services de soins à domicile de qualité.

- ***Frontières entre soins publics et soins privés***

L'aide à domicile associe des responsabilités publiques et privées de nombreuses façons différentes. L'aide à domicile peut être financée par des fonds publics ou privés ; dispensée par des organisations du secteur public ou privé ; et fournie par des employés du secteur privé ou public comme les assistants personnels et les garde-malades à domicile, qui sont néanmoins payés par des fonds publics sous la forme des allocations de soins. Même lorsqu'ils sont achetés et prodigués par des organismes privés, les services de soins à domicile sont toujours soumis à la réglementation et au contrôle de la qualité

publics. Les membres de la famille sont bien sûr une source majeure d'aide à domicile et peuvent être soutenus par des prestations ou des allocations de soins financées par des fonds publics.

Une combinaison commune s'observe pour les pays de cette étude, à savoir des services de soins à domicile financés par des fonds publics, fournis par des organismes privés et complétés par la prise en charge familiale. En effet, beaucoup de pays ont mis en place des mécanismes permettant à de nouveaux organismes privés de prestations d'aide à domicile d'entrer sur le marché pour concurrencer le monopole public traditionnel. L'arrivée de nouveaux prestataires s'est produite à des degrés divers, en Suède, au Danemark, au Royaume-Uni, en Italie et en Allemagne.

Toutefois, la marchandisation peut avoir d'autres conséquences, particulièrement lorsque les réformes concernent la prestation d'allocations de soins avec lesquelles les bénéficiaires peuvent acheter de l'aide à domicile. Plutôt que de stimuler la croissance d'organismes privés de prestations d'aide à domicile, les allocations de soins ont entraîné une augmentation des emplois privés de travailleurs migrants auxiliaires de vie en Autriche, en Italie et, dans une moindre mesure, en Allemagne. En Allemagne et en Autriche, cela a accéléré l'introduction de nouvelles réglementations portant sur les conditions dans lesquelles les travailleurs migrants sont employés, faisant ainsi sans doute passer de telles dispositions d'un statut privé à semi-public.

Un processus de réforme commun – qu'il soit accidentel ou intentionnel – implique le glissement de la responsabilité du financement et de la fourniture d'une partie au moins du soutien à l'aide à domicile de l'État à l'individu et à sa famille. En conséquence du gel du niveau des prestations d'assurance (Allemagne), de la limitation de l'étendue des forfaits de soins à domicile financés par l'État (Irlande) ou du relèvement des seuils d'éligibilité à l'aide à domicile (Royaume-Uni, Suède), certains aspects de l'aide à domicile doivent être pris en charge par des ressources privées. En Finlande et en Suède, des déductions fiscales pour les tâches ménagères ont incité les gens à hauts revenus à acheter des services privés auprès de prestataires à but lucratif.

À l'exception du Danemark, la forte dépendance vis-à-vis de la famille pour compléter les services de soins à domicile financés par des fonds publics est très répandue. Les aidants informels ou familiaux à faibles revenus peuvent recevoir des allocations pour leur propre compte (Royaume-Uni et Irlande) ; dans d'autres pays, les aidants familiaux et informels (tous niveaux de revenus confondus) sont soutenus par les allocations de soins perçues par les personnes âgées ou handicapées (Allemagne, Autriche, Italie). En fait, l'option de prestation pécuniaire prévue par le régime allemand de prise en charge de la dépendance a connu un succès remarquable dans le soutien de l'aide provenant de la famille. Dans les pays nordiques, en revanche, un partage du travail est apparu : les services de soins à domicile financés par des fonds publics procurent les soins personnels et les familles assurent le soutien social et l'aide ménagère. Toutefois, ceci est en train de changer, de nouvelles responsabilités de soutien des aidants informels et familiaux étant mises en place en Suède.

Dans bon nombre des pays, la façon dont les personnes âgées et leurs familles réagissent aux insuffisances du niveau ou de la couverture des services de soins à domicile financés par des fonds publics dépend de leur situation socio-économique : les personnes âgées plus aisées et leurs familles sont davantage susceptibles d'acheter des services supplémentaires avec leurs propres ressources

privées ; les moins fortunées ont plutôt tendance à compléter les services à financement public par une prise en charge familiale (non payée).

- ***Recrutement et maintien des soignants à domicile***

L'embauche et le maintien de travailleurs dans les services de soins à domicile (qu'ils soient publics ou privés) constituent un problème commun à tous les pays de cette étude. Ces emplois sont souvent peu valorisés et mal payés, et les conditions de travail mauvaises, ce qui entraîne un taux de vacance et une rotation du personnel élevés. En fait, certaines réformes risquent d'exacerber ces problèmes ; les mesures visant à améliorer l'efficacité peuvent diminuer la satisfaction au travail des soignants à domicile en réduisant leur autonomie et leur capacité à développer des relations enrichissantes avec les clients (Norvège, Danemark). Encourager l'arrivée de nouveaux organismes privés de prestations d'aide à domicile risque de disperser la responsabilité et de compliquer l'application de la réglementation (Norvège). Toutefois, dans les pays nordiques, les conditions de travail semblent largement comparables entre prestataires publics et privés. Ce n'est pas le cas en Irlande, où les travailleurs employés par des prestataires d'aide à domicile à but lucratif sont tenus à plus de flexibilité, et ont en moyenne des salaires inférieurs et moins de droits sociaux que leurs homologues du secteur public ou des organismes à but non lucratif. La baisse des coûts attendue de la marchandisation et de la concurrence entre prestataires risque donc d'avoir des effets nuisibles sur la main-d'œuvre du secteur privé.

Le recrutement et le maintien de la main d'œuvre peuvent être aidés par la formation professionnelle ; ce type mesures permet aussi d'améliorer la qualité des soins. Globalement, dans les pays nordiques, les gestionnaires de soins à domicile et les évaluateurs de besoins ont généralement des qualifications professionnelles supérieures dans le travail social ou les soins infirmiers, et le personnel de première ligne a également reçu une formation professionnelle. En effet, le Danemark a relevé le niveau d'instruction de ses soignants à domicile pour encourager le recrutement dans ce secteur, du fait que la qualification des soins peut être la première étape d'une formation infirmière professionnelle. En Allemagne et en Autriche aussi, les réformes en faveur des programmes de formation visent à renforcer les qualifications et l'identité professionnelle des soignants à domicile.

Par ailleurs, les options « cash for care » (allocations financières) peuvent offrir de nouvelles opportunités d'emploi moins formelles, susceptibles d'attirer plus de monde, même sans qualifications, dans le secteur de l'aide à domicile. L'emploi privé de travailleurs migrants en Autriche et en Italie, en partie financé par les allocations de soins, le montre clairement ; en Italie, les dépenses consacrées aux travailleurs migrants employés à titre privé représentent maintenant plus du double de celles des services officiels. Les prestations d'autonomie au Royaume-Uni peuvent aussi, sur le long terme, inciter plus de gens à travailler dans le secteur flexible, mais très peu réglementé des soins à domicile. L'embauche de travailleurs migrants ou nés à l'étranger est aussi un moyen d'augmenter la main d'œuvre des soins à domicile officiels (Suède, Irlande et Danemark).

- ***Réglementation relative à la qualité***

La qualité des soins revêt de multiples interprétations, mais devient absolument essentielle quand les ressources se font rares et que de plus en plus de prestations personnalisées sont exigées. La Norvège illustre la gamme des activités couvertes par des mesures liées à la qualité, à savoir : un système d'évaluation national, qui prévoit que les municipalités établissent des systèmes d'audit et des procédures écrites sur la façon dont elles appliquent les directives nationales sur la qualité ; des outils de gestion permettant d'améliorer l'efficacité ; et des accords de coopération avec les syndicats.

Au niveau organisationnel, dans les pays nordiques, la législation nationale spécifie que les gouvernements locaux sont tenus de réglementer la qualité des services de soins à domicile. Au Royaume-Uni, les prestataires de soins à domicile doivent s'inscrire à un organisme national indépendant ; pour pouvoir s'inscrire, les prestataires doivent répondre à des critères minimums de qualité, de fonctionnement et financiers, y compris des programmes de formation du personnel. Des inspections régulières indépendantes sont également menées auprès des agences de soins à domicile. À l'autre extrémité, en Irlande et en Italie, il n'existe aucune implication du gouvernement national dans une réglementation relative à la qualité, ce qui occasionne d'importants écarts de qualité selon les régions.

La qualité du service peut être améliorée par l'intégration de différentes fonctions, comme les soins infirmiers, personnels et domestiques. Ceci est vrai pour beaucoup de prestataires en Autriche ; en Allemagne, un réseau intégré de services locaux de gestion des soins a été créé pour favoriser leur coordination. Dans de nombreux pays, les prestataires utilisent aussi des outils de gestion des soins et des cas afin de personnaliser, planifier, coordonner et évaluer les forfaits de services de soins à domicile.

Les usagers disposent de moyens variés d'influencer la qualité des services, notamment des enquêtes nationales effectuées régulièrement auprès des usagers (Royaume-Uni, Finlande, Suède, Danemark). Ces études peuvent révéler des écarts de satisfaction entre divers prestataires d'aide à domicile. Toutefois, on constate que peu de personnes âgées considèrent le changement de prestataire comme un moyen d'améliorer la qualité de leurs services de soins à domicile.

- ***Égalité et équité***

Les niveaux d'équité géographique en matière d'étendue, d'organisation et de fourniture des services de soins à domicile sont en partie déterminés par le degré d'implication des gouvernements centraux dans la définition de cadres réglementaires et législatifs. Les variations locales sont les plus marquées en Italie, où le gouvernement central ne joue aucun rôle en rapport avec l'aide à domicile ; en conséquence, les régions du centre et du nord ont de bien meilleurs niveaux de services de soins à domicile que les régions du sud, où l'essentiel du soutien se fait sous forme de versements d'argent. En Irlande également, le manque de directives nationales sur l'évaluation, l'éligibilité et l'assurance qualité résulte en des disparités locales importantes dans l'accès aux services de soins à domicile. Au Royaume-Uni, bien qu'il existe un vaste cadre réglementaire et législatif au niveau national, l'éligibilité dépend en réalité de la situation financière des autorités locales, ce qui se traduit par de grandes disparités locales.

Les pays nordiques ont essayé de renforcer la cohérence et l'équité dans l'accès aux services de soins à domicile et leur niveau, par la standardisation des niveaux maximums de participation financière des usagers (Suède, Norvège) ; le droit à l'évaluation (Finlande, Suède, Royaume-Uni) ; la normalisation des outils d'évaluation (Danemark) ; et d'autres droits procéduraux (Norvège). Cependant, étant donné la grande autonomie des autorités locales dans ces pays, on constate des variations locales.

Des inégalités géographiques majeures dans les services de soins à domicile peuvent susciter d'importants programmes de réforme. En Autriche, les grandes différences régionales en la matière ont incité au développement du régime national des allocations pécuniaires. L'assurance allemande de prise en charge de la dépendance a de même introduit l'universalité et l'équité dans les accords de soins qui se caractérisaient auparavant par la fragmentation et d'importantes inégalités dans l'accès, la qualité et le niveau de financement des soins. Des modifications ultérieures au régime d'assurance dépendance ont aussi renforcé l'équité en matière de diagnostic, en améliorant l'accès à l'assurance dépendance pour les personnes souffrant de troubles cognitifs.

Tous les pays (excepté le Danemark) concentrent les services de soins à domicile sur les personnes ayant les plus grands besoins. Le Royaume-Uni tient compte en plus de l'aide apportée par les familles, de sorte que les gens ayant de très gros besoins satisfaits par leurs aidants informels ou familiaux ne peuvent pas prétendre au soutien à l'aide à domicile (quoique leur aidant puisse bénéficier d'une forme d'aide). Des inégalités fondées sur l'âge apparaissent dans certains pays, en particulier le Royaume-Uni, où les prestations d'autonomie sont plus généreuses pour les personnes en âge de travailler que pour les personnes âgées ; et en Suède, où l'on observe des inégalités dans l'accès aux services entre les personnes frappées d'un handicap sévère avant et après l'âge de 65 ans. Par ailleurs, les allocations de soins en Autriche et en Italie, et l'assurance dépendance en Allemagne ne font pas de distinctions d'âge ; les personnes au-delà et en deçà de l'âge de la retraite sont éligibles aux mêmes conditions.