

## Avec 1,7 % de son PIB consacré aux soins de longue durée, la France occupe une position intermédiaire en Europe

En 2016, la part des dépenses consacrées aux soins de longue durée est de 2,0 % du PIB en moyenne dans l'UE-15, soit 19 % de la dépense courante de santé (DCSi). Ces dépenses regroupent les soins de longue durée qui relèvent de la santé<sup>1</sup> aux personnes âgées dépendantes, mais aussi aux personnes handicapées (voir annexe 5).

En consacrant plus de 2,5 % de leur richesse aux soins de longue durée en 2016, la Norvège, la Suède, les Pays-Bas et le Danemark ont déployé plus de moyens que les autres pays de l'OCDE dans ce domaine (*graphique 1*). Les pays scandinaves ont en effet intégré depuis longtemps l'aide de long terme dans les services de santé publique et de services sociaux existants et proposent aujourd'hui des niveaux de protection et une étendue de services de soins à domicile très développés. Avec 1,7 % de son PIB consacré aux soins de longue durée, la France se situe dans une position intermédiaire en Europe, proche de celle du Royaume-Uni et de l'Allemagne. En revanche, l'effort financier dans ce domaine est sensiblement plus faible dans les pays du sud de l'Europe (Italie, Espagne, Portugal et Grèce) et dans les pays d'Europe de l'Est.

## Un besoin croissant de soins de longue durée

Les écarts de niveaux de dépenses consacrées aux soins de longue durée peuvent s'expliquer en partie par des différences de structure démographique. En effet, la part des personnes de 80 ans ou plus est plus faible en général dans les pays de l'est de l'Europe que dans ceux de l'UE-15. D'après les projections démographiques d'Eurostat, la part de la population âgée de 80 ans ou plus dans l'UE-28 devrait passer de 5 % en 2016 à près de 12 % en 2060. Ce vieillissement de la population associé au risque de diminution de la prise en charge au sein de la famille (faible fécondité et participation croissante des femmes au marché du travail) pourrait conduire, selon les prévisions de la Commission européenne, à un doublement des dépenses de soins de longue durée d'ici à 2060.

## Des dispositifs variés de prise en charge

À partir des années 1980 les États ont développé des dispositifs de prise en charge de la dépendance, tant pour son volet médical que social. Dans les pays nordiques, les besoins d'aide à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ) sont pris en charges au sein d'un système d'assistance universel financé par l'impôt. En Allemagne, aux Pays-Bas, au Luxembourg et au Japon, ces besoins sont couverts par une assurance sociale de la dépendance (une « nouvelle branche », rattachée dans le cas de l'Allemagne à l'assurance maladie), mais qui ne prend en charge que les personnes les plus dépendantes. Au Royaume-Uni et aux États-Unis, les aides sont attribuées sous condition de ressources. En Italie, en Autriche et en République tchèque, comme en France, la prise en charge de la dépendance combine le recours au système de santé et à des prestations spécifiques en espèces ou en nature.

## Une offre de services de soins à domicile plus développée dans les pays du nord de l'Europe

En moyenne, dans l'UE-15, 60 % des dépenses des régimes publics ou obligatoires au titre des soins de longue durée sont dispensées en milieu hospitalier ou dans des structures d'hébergement et de soins de longue durée, et 40 % sont dispensées à domicile (*graphique 2*). Cette prépondérance du milieu hospitalier s'explique en partie par une densité de personnel forte et des dépenses d'infrastructure élevées dans ce type de prise en charge<sup>2</sup>. La part des soins à domicile est plus faible en France (21 %) que dans l'UE-15 en moyenne.

Les dépenses de soins à domicile peuvent correspondre à des aides en nature (interventions des professionnels du secteur) ou à des allocations versées aux personnes handicapées ou dépendantes pour rémunérer un aidant formel ou un aidant familial. Dans certains pays (Royaume-Uni, Italie), il existe aussi des prestations versées directement aux aidants familiaux.

Au Danemark, en Suède et aux Pays-Bas, les pouvoirs publics organisent le maintien à domicile. Le Danemark illustre le cas d'une prise en charge à domicile très intégrée : organisée et financée par les municipalités, elle repose sur une offre très structurée de services.

1. Dans le système international des comptes de la santé, les aides relatives à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ) sont classées en santé (voir annexe 5). Elles correspondent aux aides apportées aux personnes pour qu'elles puissent se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes. En revanche, les aides relatives à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) sont classées en services sociaux et ne sont pas comptabilisées dans la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Elles correspondent aux aides à l'accomplissement des tâches domestiques (courses, lessive, ménage, préparation des repas) ou administratives (gestion du budget, loisirs, accompagnement à l'extérieur).

2. La part des soins à domicile peut également être sous-estimée en partie en raison de difficultés à identifier les dépenses de santé envers les personnes âgées ou dépendantes lorsque celles-ci sont prises en charge par le système de santé en ambulatoire.

### Pour en savoir plus

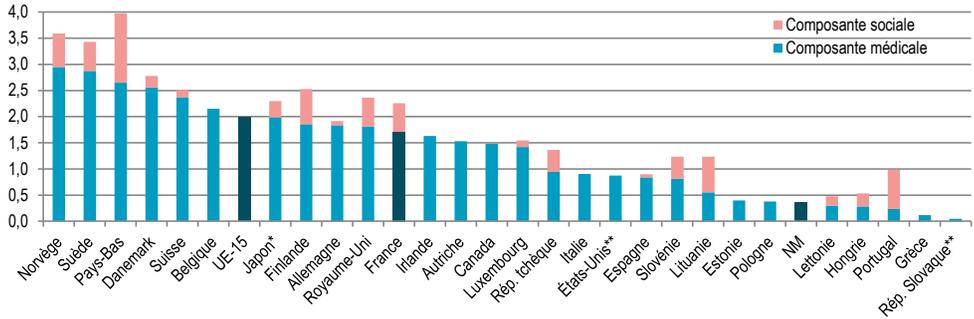
> **Centre d'analyse stratégique (CAS)** (2011). *Les défis de l'accompagnement du grand âge : Perspectives internationales pour éclairer le débat national sur la dépendance*. La note de synthèse, 229.

> **Commission européenne** (2015). *The 2015 Ageing Report*.

> **OCDE** (2017). *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE*, Édition OCDE.

**Graphique 1** Dépenses de soins de longue durée en 2016

En % du PIB



\* 2015 ; \*\* Hors soins de longue durée à domicile.

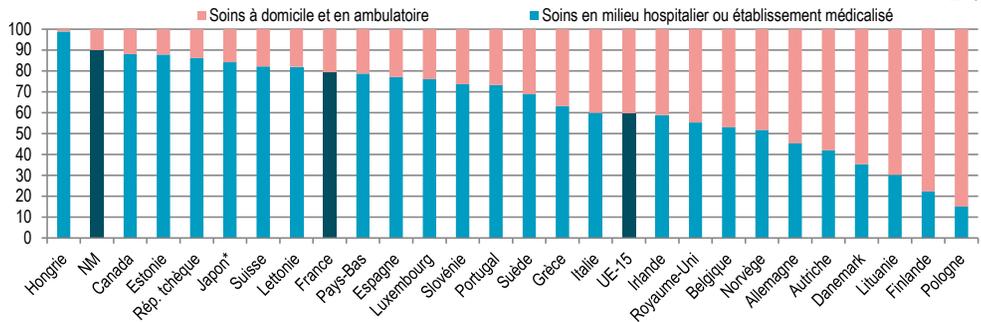
**Note** > Le périmètre des soins de longue durée au sens international diffère du périmètre français (voir fiches 32 et 33) ; en particulier, il inclut les frais d'hébergement en établissement de soins de longue durée (voir annexe 5). La composante sociale est indiquée ici pour information lorsqu'elle est renseignée ; elle n'est pas incluse dans la DCSI.

**Champ** > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.

**Source** > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

**Graphique 2** Répartition des dépenses des régimes publics et privés obligatoires pour les soins de longue durée (composante médicale) selon le lieu de prestation des soins

En %



\* 2015 ; Moyenne NM hors République Slovaque.

**Note** > Les soins en milieu hospitalier ou en établissement médicalisé incluent les frais d'hébergement et les soins dispensés en accueil de jour. Les formes d'habitats collectifs regroupant des logements privatifs indépendants sont considérées comme des domiciles privés.

**Champ** > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, Canada et Japon.

**Source** > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

**Soins de longue durée : des comparaisons internationales fragiles**

Les soins (composante médicale) et services sociaux (composante sociale) de longue durée (Long-Term Care) sont définis dans le système européen des comptes de la santé SHA (*System of Health Accounts*) comme les « soins et services prodigués aux patients qui ont besoin d'une assistance constante car ils souffrent de déficiences chroniques et subissent une perte de leur autonomie et de leur capacité d'accomplir certains actes de la vie quotidienne ». Cette définition s'applique aux personnes âgées dépendantes mais aussi aux personnes handicapées (voir annexe 5).

La distinction entre les dépenses qui relèvent de la santé et celles qui relèvent de l'action sociale est délicate. De plus, au sein de la DCSI, le partage entre soins curatifs et réhabilitatifs, d'une part, et soins de longue durée, d'autre part, est aussi complexe ; la frontière entre les deux peut faire l'objet de différentes interprétations pour certains actes médicaux. Le périmètre des soins de longue durée n'est ainsi pas toujours le même d'un pays à l'autre. Par ailleurs, des écarts de pratiques existent entre pays de l'OCDE, portant sur la comptabilisation des dépenses privées de soins de longue durée.

Ces difficultés de classement fragilisent les comparaisons internationales sur le sujet. Celles-ci sont présentées sur la seule composante médicale des soins de longue durée, les services sociaux de longue durée étant beaucoup moins bien renseignés par de nombreux pays. La répartition des dépenses selon le lieu de prestation des soins est présentée uniquement pour les dépenses publiques ou obligatoires, les dépenses privées pour des soins à domicile étant plus difficiles à cerner.