

En 2019, la France consacre 42,7 milliards d'euros, soit 1,8% de son PIB (et 16% de sa DCSi) aux soins de longue durée (SLD) dans leur composante médicale, à savoir les soins pour se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes. Les pays de l'OCDE consacrent des parts de leur richesse très variées à ces dépenses : moins de 1% du PIB pour les pays du sud de l'Europe à près 3% pour les pays du nord.

La France occupe donc une position intermédiaire, proche de celle du Royaume-Uni et de la Finlande.

La composante sociale des SLD, aides à l'accomplissement des tâches domestiques ou administratives, représente quant à elle 0,6% du PIB en France et près de 1,2% aux Pays-Bas qui est le pays de l'OCDE qui y consacre le plus de moyens. Néanmoins, la composante sociale des SLD n'étant pas nécessairement bien renseignée, les comparaisons internationales sur ce volet sont plus délicates. La majorité des dépenses de SLD est consacrée à des soins dispensés dans des structures d'hébergement ou à l'hôpital dans des unités dédiées, où la densité de personnel est forte et les dépenses d'infrastructure élevées.

### Des dépenses de soins de longue durée plus élevées dans les pays du nord de l'Europe

En 2019, les dépenses consacrées aux soins de longue durée (SLD), dans leur composante médicale, atteignent 1,8% du produit intérieur brut (PIB) en moyenne dans l'UE-15, soit 16% de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Ces dépenses regroupent les SLD aux personnes âgées en perte d'autonomie, mais aussi aux personnes en situation de handicap, qui relèvent de la santé<sup>1</sup>.

En consacrant entre 2,5% et 3,1% de leur richesse aux SLD en 2019, la Norvège, la Suède, les Pays-Bas et le Danemark déploient relativement plus de moyens que les autres pays de l'OCDE dans ce domaine (*graphique 1*). Les pays scandinaves ont, en effet, intégré depuis longtemps la prise en charge des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap dans les services de santé, ainsi que dans les services sociaux, et proposent notamment des services de soins à domicile très développés. Avec 1,8% de son PIB consacré à ces soins, la France occupe une position intermédiaire en Europe,

proche de celle du Royaume-Uni et de la Finlande. En revanche, l'effort financier dans ce domaine est sensiblement plus faible (moins de 1% du PIB) dans les pays du sud de l'Europe (Italie, Espagne, Portugal et Grèce) et dans les pays d'Europe de l'Est.

Au-delà des dépenses prises en compte dans la DCSi, il existe également des services et aides sociales permettant d'accompagner la dépendance et le handicap dans de nombreux pays, mais ceux-ci sont moins bien renseignés dans le Système des comptes de la santé harmonisé au niveau international (SHA) [encadré]. Cette composante sociale des SLD peut atteindre jusqu'à 1,2% du PIB (Pays-Bas). Ce sont toujours les pays du nord de l'Europe qui proposent le plus souvent ces dispositifs sociaux. En France, cette composante sociale représente 0,6% du PIB, ce qui porte l'effort total en matière de SLD à 2,4%.

### Une organisation différente de la prise en charge de la dépendance dans de nombreux pays

À partir des années 1980, les États ont développé des dispositifs de prise en charge de la dé-

<sup>1</sup> Dans les comptes de la santé harmonisés au niveau international (SHA), les aides relatives à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ) sont classées en santé. 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 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).

pendance, 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 charge 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, mais qui ne prend en charge que les personnes les plus dépendantes. Au Royaume-Uni, dans une logique uniquement assistancielle, et aux États-Unis, les aides sont attribuées sous condition de ressources. En Italie, en Autriche, en Tchéquie et 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 (comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie [APA] en France). En France, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, la Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est désormais la caisse de Sécurité sociale gérant la cinquième branche qui couvre la perte d'autonomie.

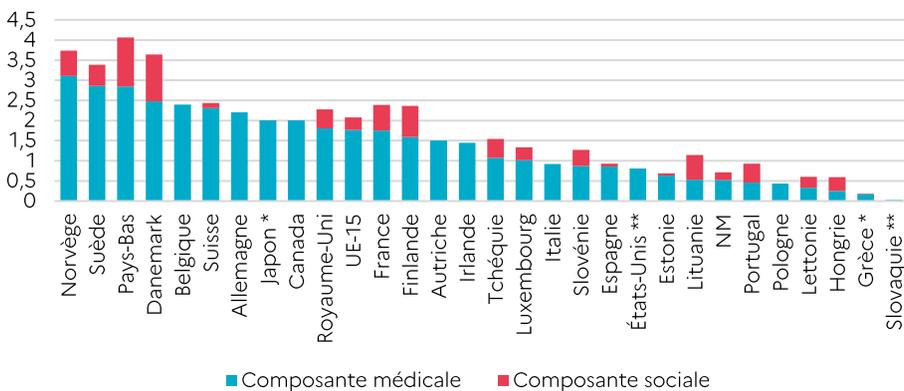
### La part des dépenses pour le maintien à domicile minoritaire dans l'UE-15

En moyenne, dans l'UE-15, 65 % des dépenses de SLD correspondent à des soins dispensés dans des structures d'hébergement ou à l'hô-

pital dans des unités dédiées, et 35 % sont dispensées à domicile ou dans des cabinets de ville (*graphique 2*). Cette part prépondérante des dépenses du milieu institutionnel s'explique par la forte densité de personnel et des dépenses d'infrastructure élevées dans ce type de prise en charge. Ces dépenses sont généralement à destination d'établissements spécialisés dans les SLD. Les services dédiés dans les hôpitaux sont de plus en plus rares, à l'instar de la France où les unités de soins de longue durée (USLD) ne représentent plus que 7 % des SLD. Les dépenses relatives aux 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. En France, les proches aidants de bénéficiaires de l'APA ont également un droit au répit (hébergement temporaire, relais à domicile). Fin 2020, une nouvelle allocation est également mise en place en France, l'allocation journalière de proche aidant (AJPA) afin d'indemniser les aidants qui arrêtent de travailler ou réduisent leur activité pour s'occuper d'un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

**Graphique 1** Dépenses de soins de longue durée en 2019

En % du PIB



\* Données 2017. \*\* Hors soins à domicile.

**Note >** La frontière entre composante médicale et composante sociale est floue. Cette dernière peut ne pas être très bien remontée par les pays. Elle est indiquée ici pour information lorsqu'elle est renseignée ; elle n'est pas incluse dans la DCSI.

**Lecture >** La Norvège dépense 3,1 % de son PIB en soins de santé de longue durée et 0,6 % de son PIB en soins sociaux de longue durée.

**Sources >** OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

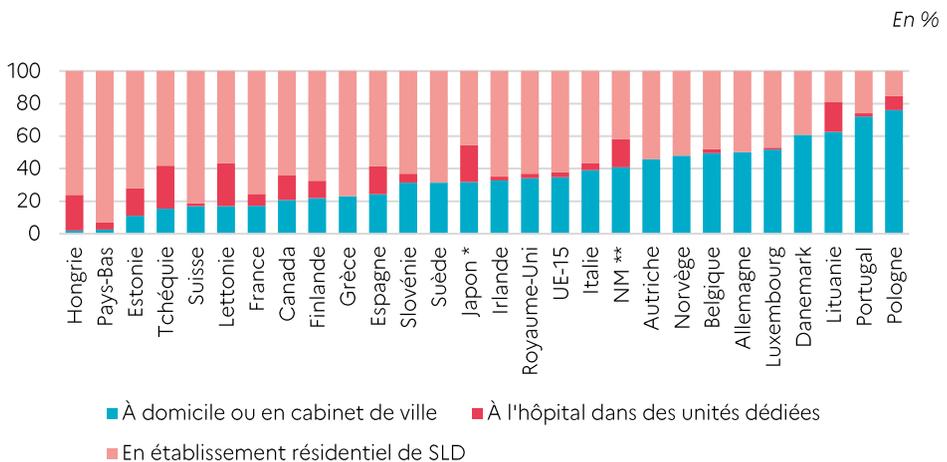
Au Danemark ou encore en Suède, les pouvoirs publics organisent le maintien à domicile. Le Danemark en particulier illustre le cas d'une prise en charge à domicile très intégrée : organisée et financée par les municipalités, elle repose sur une offre très structurée de services. 61% des dépenses de SLD sont octroyées en dehors d'un établissement. Pour certains pays du sud ou de l'est de l'Europe, c'est la faiblesse des infrastructures qui conduit à privilégier le maintien à domicile, souvent à la charge des ménages (Portugal, Pologne, etc.).

### Un besoin croissant de soins de longue durée

Les écarts de niveaux des dépenses consacrées aux SLD peuvent aussi s'expliquer par

des différences de structure démographique. La part des personnes de plus de 80 ans est plus faible dans les pays de l'est de l'Europe que dans ceux de l'UE-15. D'après la Commission européenne, le rapport de dépendance des personnes âgées (la population de 65 ans ou plus relativement à celle de 20-64 ans) devrait passer de 34,4 % en 2019 à 59,2 % en 2070. 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 à un doublement des dépenses de soins de longue durée d'ici à 2060 (Commission européenne, 2021). ■

### Graphique 2 Répartition des dépenses pour les soins de longue durée (composante médicale) selon le lieu de la prestation des soins



\* Données 2018. \*\* Moyenne NM calculée hors Slovaquie.

**Lecture** > La Hongrie consacre 3% de ses dépenses totales de soins de longue durée à ceux fournis à domicile ou en cabinet de ville, 76% en établissements résidentiels de SLD et 22% à l'hôpital dans des unités dédiées.

**Sources** > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

### Encadré 1 Soins de longue durée : des comparaisons internationales fragiles

Sur la thématique des soins de longue durée les statistiques en comparaison internationale sont encore lacunaires. Il existe des enquêtes statistiques (par exemple l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe [SHARE] ou l'enquête santé européenne [EHIS]) ou des collectes de données par les organisations internationales (comme le dispositif SHA ou la collecte du nombre de lits de SLD dans le questionnaire commun à Eurostat, l'OCDE et l'ONU sur les données de santé). Néanmoins, ces données couvrent rarement l'ensemble du champ des personnes bénéficiaires de SLD (les individus en établissement résidentiel de SLD sont généralement exclus des enquêtes) et les collectes de données manquent encore d'harmonisation au niveau international.

Deux difficultés récurrentes dans les comparaisons internationales des SLD sont présentées page suivante.

### La difficile distinction entre les dépenses de santé et d'action sociale dans SHA

La distinction entre les dépenses qui relèvent de la santé (c'est-à-dire les aides apportées aux personnes pour qu'elles puissent se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes) et celles qui relèvent de l'action sociale (aides à l'accomplissement des tâches domestiques ou administratives) est délicate. La frontière entre « faire la toilette » d'une personne âgée et « l'aider à faire sa toilette » par exemple peut être assez fine dans les faits. Par ailleurs, au sein de la DCSi, le partage entre soins courants, d'une part, et soins de longue durée (SLD), d'autre part, est aussi complexe ; la frontière entre les deux peut faire l'objet de différentes interprétations pour certains actes médicaux. Ainsi, le périmètre des SLD est relativement variable d'un pays à l'autre. Ces difficultés de classement fragilisent les comparaisons internationales sur le sujet. Celles-ci sont présentées généralement pour la seule composante médicale des SLD, la composante sociale des SLD étant beaucoup moins bien renseignée par les pays.

### Des difficultés liées à l'estimation du taux d'encadrement en France pour les SLD

Dans une perspective plus large des soins de longue durée que celle présentée ici, incluant ce qui relève des soins de santé mais aussi de l'accompagnement social des personnes en perte d'autonomie, des rapports internationaux de l'OCDE puis de la Commission européenne ont entrepris d'évaluer le nombre de travailleurs sociaux en institution et à domicile, prenant en charge des personnes en perte d'autonomie. Ces publications présentent des données largement sous-estimées du taux d'encadrement des personnes de 65 ans et plus pour la France. Les rapports sur les SLD *Who Cares?* de l'OCDE (2020) et *LTC report 2021* de la Commission européenne font état de 2,3 travailleurs sociaux pour 100 personnes âgées de 65 ans ou plus en 2016. En comparaison de nos principaux voisins, ce taux semble très faible. Le « bon » chiffre pour la France serait en réalité jusqu'à près de trois fois plus élevé. En effet, dans ces publications, le taux d'encadrement, c'est-à-dire le nombre d'emplois pour la réalisation de soins de longue durée (santé ou action sociale) rapporté au nombre de personnes de 65 ans ou plus, est estimé pour la France à partir du Labour Force Survey d'Eurostat (l'équivalent de l'enquête Emploi de l'Insee). Or cette estimation est largement incomplète, car toutes les catégories de travailleurs sociaux dans le secteur des SLD n'y sont pas identifiées. Les aides à domicile notamment ne sont pas comptabilisées dans le cas de la France. L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de la DREES, réalisée en 2015, fait déjà état de 1,6 équivalent temps plein (ETP) pour 100 personnes de 65 ans ou plus, uniquement en établissement. Le rapport Libault (2019) propose une estimation de l'ensemble du champ des travailleurs sociaux en France et mentionne, quant à lui, un total de 830 000 ETP travaillant auprès des personnes âgées dépendantes en 2018, soit un taux d'encadrement de 6,3 % (Libault, 2019). Ce chiffre, plus proche de la réalité, place la France devant l'Allemagne (3,9 % en 2019) et parmi les pays les mieux dotés en personnels dans le secteur des SLD. Mais il est également possible que d'autres pays aient des estimations erronées de leur taux d'encadrement, les méthodes d'estimation différant d'un pays à l'autre. Il faut donc toujours analyser ceux-ci avec précaution.

#### Pour en savoir plus

- > **OECD** (2020), *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>
- > **Commission européenne**, 2021, *The 2021 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States*.
- > **Commission européenne**, 2021, *Long-term care report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society*
- > **Libault, D.**, Grand âge et autonomie [Old age and autonomy], Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_grand\\_age\\_autonomie.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf)