

# Bien-vieillir : faire mûrir nos ambitions

Comparaisons internationales  
sur la prévention de la perte  
d'autonomie



Par Thomas Rapp

Maître de conférences (LIRAES), Université de Paris

Co-directeur de l'axe sur les politiques de santé (LIEPP), Sciences Po

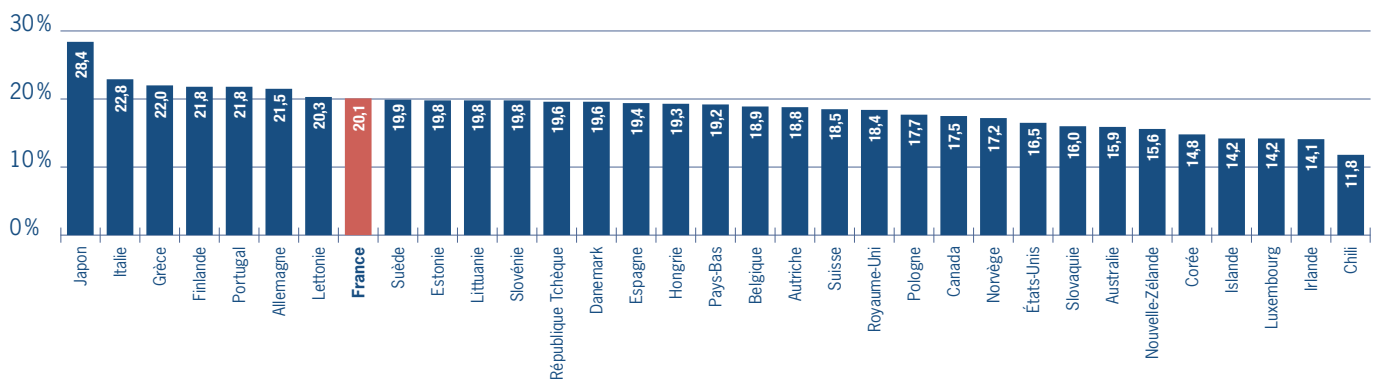
*L'objectif de ce travail est d'établir une série de constats qui appellent des actions de politiques publiques, d'identifier des exemples concrets dans certains pays qui pourraient influencer les politiques menées en France en faveur des seniors. Ce travail s'appuie sur les données de la Gateway to Global Aging Data et celles de l'OCDE. Les exemples sont principalement issus du rapport de l'OCDE: Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly. Paris: OECD Publishing; 2020.*

*Comment citer ce document : Rapp, T. (2021). Pour une stratégie ambitieuse du bien-vieillir : comparaisons internationales sur la prévention de la perte d'autonomie. Rapport pour l'Institut Montaigne. Paris, France.*

## Constat n° 1 : face à la croissance des dépenses de dépendance, il faut encourager le « bien-vieillir »

En 2019, la population âgée de plus de 65 ans représente en France 20,1 % de la population totale (graphique n° 1, moyenne OCDE : 18,6 %). La France se situe au 8<sup>e</sup> rang des pays en termes de vieillissement de sa population.

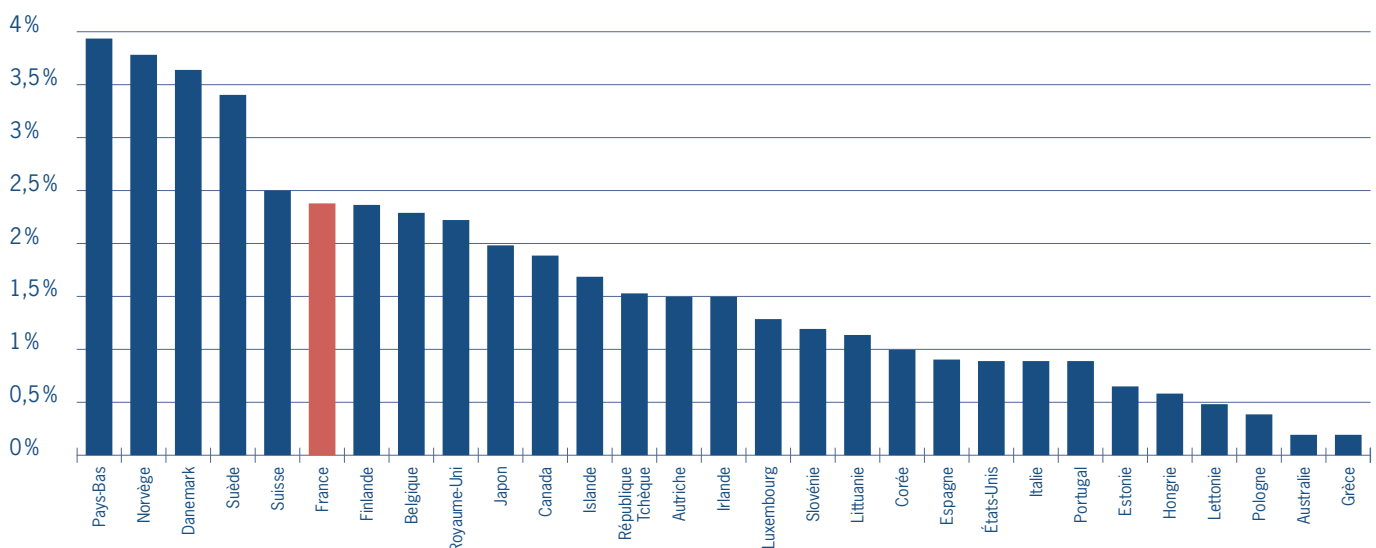
Graphique n° 1 : la part des plus de 65 ans dans la population totale (2019)



Source : <https://stats.oecd.org>

Alors que plus du quart de la population française aura dépassé 65 ans d'ici à 2050, les données de l'OCDE<sup>1</sup> montrent que la perte d'autonomie se manifeste souvent aux alentours de 75 ans. La perte d'autonomie coûte cher, et la France est l'un des pays de l'OCDE où les dépenses totales de soins de longue durée rapportées au PIB sont parmi les plus élevées. Le graphique 2 montre que la France se situe au 6<sup>e</sup> rang des pays de l'OCDE en termes de dépenses de soins de longue durée (médicales et médico-sociales), qui représentent 2,4 % du PIB en 2018. Le niveau de dépenses observé en France est néanmoins inférieur à celui constaté aux **Pays-Bas** (4 %), en **Norvège** (3,8 %), au **Danemark** (3,7 %) et en **Suède** (3,4 %). Avec le vieillissement de la population, il est attendu que la part des dépenses de dépendance dans le PIB augmente fortement<sup>2</sup>.

Graphique n° 2 : dépenses totales soins longue durée en % du PIB en 2018 ou plus récent



Source : <https://stats.oecd.org>



Face à la croissance forte des dépenses de soins de longue durée, trois stratégies principales ont été poursuivies dans les pays de l'OCDE.

En premier lieu, certains pays ont mis en place des **mesures de réductions budgétaires drastiques**. L'exemple le plus représentatif est celui des **Pays-Bas**, où les budgets attribués aux municipalités pour financer les soins de longue durée ont été réduits d'un quart suite à la réforme de la dépendance de 2015. Des baisses de tarifs des soins de longue durée ont également été imposées et une plus grande flexibilité des contrats de travail a été introduite. Les personnels ont été contraints d'accroître leur charge de travail dans un temps plus réduit. Néanmoins, les Pays-Bas reconnaissent aujourd'hui que cette pression sur les budgets a eu un effet globalement négatif sur l'offre de soins. Ainsi, les Pays-Bas sont l'un des pays de l'OCDE qui a connu la plus forte baisse de l'offre de soins de longue durée depuis 10 ans<sup>3</sup>. Cette situation a entraîné une prise en charge accrue des aînés en situation de perte d'autonomie par les soins hospitaliers, souvent plus coûteux. Pour ces raisons, l'objectif de réduction budgétaire mené par la réforme de 2015 est très largement critiqué. Les Pays-Bas donnent aujourd'hui la priorité à des mesures destinées à **améliorer la qualité et la pertinence des soins**<sup>4</sup> (voir le constat n° 5 pour un détail de ces mesures). Le consensus actuel n'est pas de « moins dépenser » mais de « mieux dépenser »

En second lieu, d'autres pays ont encouragé **l'entrée sur le marché de prestataires privés, en misant sur les mécanismes de la concurrence pour accroître l'offre de soins et ainsi réduire les tarifs des services**. L'un des pays qui a le plus poussé la libéralisation du secteur des soins de longue durée est la **Suède**. Des évaluations économiques récentes sembleraient montrer que l'entrée sur le marché d'entreprises privées a contribué à améliorer plusieurs dimensions de la qualité des soins (comme par exemple, l'offre de plans de soins, la durée des repas, la diversification des menus) et réduit la mortalité<sup>5, 6</sup>. Il faut cependant rester très prudent sur l'impact d'une libéralisation « massive » des soins du grand âge, en particulier pour les soins en établissement. En théorie, le marché des soins en établissement a toutes les apparences d'un marché concurrentiel : les barrières à l'entrée sont faibles, le coût du capital est moins élevé que pour les soins hospitaliers, il y a peu d'économies d'échelle et les consommateurs peuvent faire des choix informés à partir d'offre abondante, à différents niveaux de prix. Pourtant, on observe en pratique que ce marché est assez peu concurrentiel. Pour preuve, l'existence de listes d'attente (observé dans la majorité des pays) dans les établissements ne devrait pas persister sur un marché concurrentiel, car de nouveaux entrants arriveraient jusqu'à ce que toute la demande du marché soit réalisée. Par ailleurs, la plupart des consommateurs font face à des choix limités, et des contraintes réglementaires réduisent souvent l'offre. Plusieurs travaux américains montrent que le secteur (en particulier pour les soins en établissement) est propice à des **mécanismes de concentration du marché, dont l'impact sur la qualité des soins peut être négatif**. Comparé à un marché concurrentiel, un marché oligopolistique est de nature à favoriser des hausses de tarifs, une sélection des résidents et une réduction de l'offre de services (et éventuellement de sa qualité). Des travaux récents montrent ainsi qu'aux **États-Unis**, un faible degré de concurrence entre établissements pour l'accueil des patients hospitalisés peut conduire à une sélection plus forte des profils de résidents, au bénéfice des patients sans cathéters, escarres, ou contention physique, et au détriment des profils plus « à risque »<sup>7</sup>. D'autres travaux montrent qu'il existe aussi **une corrélation positive entre les parts de marché des établissements à but non lucratif et la qualité des soins observée sur le marché**<sup>8</sup>.

En troisième lieu, une stratégie privilégiée par une majorité de pays pour contenir la croissance des dépenses de soins de longue durée consiste à **financer en priorité des mesures de prévention de la perte d'autonomie**. Cette piste est celle du « **bien- vieillir** ». On sait en effet que la perte d'autonomie est souvent progressive et qu'elle n'est pas forcément inéluctable. Le processus de perte d'autonomie des personnes âgées, décrit par les travaux de l'épidémiologiste américaine Linda Fried dès le début des années 2000<sup>9</sup>, est aujourd'hui bien connu. Progressivement, les personnes âgées de plus de 75 ans voient leurs capacités physiques diminuer, notamment à cause de la fonte de leur masse musculaire (sarcopénie). Elles font face à une baisse de leur force de préhension et de leur vitesse de marche. La diminution d'activité physique qui en découle réduit souvent leur appétit et cause de sérieux problèmes de sous-nutrition qui aggravent leur incapacité physique et leurs risques de chute. Finalement, ce cercle vicieux les entraîne vers la **dépendance**. L'étude des grandes cohortes européennes révèle que **l'entrée en dépendance n'est pas une fatalité** et que des personnes dépendantes peuvent redevenir fragiles ou même robustes<sup>10</sup>. Par exemple, on observe que le recours à certains soins, comme les soins dentaires, est corrélé à une probabilité plus faible de devenir fragile<sup>11</sup>, et que des interventions simples (visites de dentistes spécialisés en gérontologie en établissement) peuvent prévenir certains risques de dépendance. Les prévisions du dernier rapport de la Commission européenne sur le vieillissement montrent que la hausse des dépenses de dépendance attendue à long-terme pourrait être jugulée par une politique permettant de maintenir la santé des aînés<sup>12</sup>. Les dépenses resteraient alors sous le seuil de 3 % du PIB.



**Les politiques de « bien- vieillir » reposent sur quatre principaux piliers :** (i) prévenir efficacement la perte d'autonomie, (ii) proposer un accompagnement de la perte d'autonomie centré sur les intérêts des aînés, (iii) mobiliser des nouvelles technologies pour identifier les besoins et monitorer l'évolution de la perte d'autonomie, (iv) lutter contre l'isolement social.

Tout d'abord, la prévention de la perte d'autonomie passe par **une détection efficace des risques de fragilité**. La France, notamment grâce au travail de détection et d'accompagnement de la fragilité mise en œuvre par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) dans les Carsats (Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail), est l'un des pays européens les plus proactifs dans le domaine. Par exemple, on sait que la grille FRAGIRE mise en place par l'Action sociale de la CNAV est très efficace pour détecter la fragilité, même s'il reste encore beaucoup à faire pour mettre en place une détection systématique de la fragilité chez les personnes âgées entre 65 et 80 ans. Des initiatives poussées par l'OMS comme **le dispositif « ICOPE »** vont également dans ce sens. Ce dispositif organise un suivi de la fragilité à l'aide d'une plateforme numérique, disponible pour les personnes âgées et les professionnels. Plusieurs programmes de recherche français et européens sont consacrés à la détection et la prévention de la fragilité. Ces programmes tentent d'identifier **des biomarqueurs du vieillissement, et d'expérimenter des prises en charge innovantes avec des dispositifs connectés mesurant l'activité physique**. Ces programmes sont souvent financés par des partenariats « public-privés », comme par exemple le projet européen SPRINTT (Sarcopenia and physical frailty in older people : multi-component treatment strategies), de la *Innovative Medicine Initiative*. Le recours à des partenariats « public-privé » est un moyen intéressant pour développer ces approches innovantes et mobiliser des financements importants (par exemple, le budget total du projet SPRINTT est de 56 millions d'euros pour 5 ans).

Ensuite, l'accompagnement de la perte d'autonomie doit permettre d'apporter une aide centrée sur les attentes des aînés. On peut ici regretter que l'approche française soit encore trop « passive » par rapport à celle d'autres pays. La France pourrait s'inspirer d'expérimentations menées en **Norvège**, au **Danemark**, et au **Royaume-Uni**, pour développer une aide publique basée sur le principe de la « ré-autonomisation » (*re-ablement*) des personnes fragiles<sup>13,14,15</sup>. Les travaux de l'OCDE<sup>3</sup> soulignent par exemple le succès du modèle « Fredericia » mis en place depuis plus de dix ans au Danemark. Ce modèle cherche à **inciter les aînés en situation de perte d'autonomie à réapprendre à effectuer par elles-mêmes les activités de la vie quotidienne qu'elles n'arrivent plus à accomplir**, plutôt que compenser leur handicap par des services professionnels réalisant ces activités à leur place. Au lieu de mettre l'accent sur la perte d'autonomie, ce modèle a pour objectif d'aider les aînés à se concentrer sur les activités de la vie quotidienne qu'ils peuvent toujours réaliser, et leur apprendre à **dépasser leur handicap** en apprenant à accomplir les autres activités différemment. Cette approche préconise donc le financement d'une aide centrée sur les priorités des personnes (*people-centered care*). Elle vise à accroître au maximum leur qualité de vie au quotidien ; en leur réapprenant à cuisiner elles-mêmes leur repas d'une manière compatible avec leurs capacités physiques, si cette activité est importante à leurs yeux. Elle mise sur **l'engagement des personnes**. Elle tranche avec les formes d'aide traditionnellement proposées aux personnes en situation de perte d'autonomie en promouvant une approche « positive » du vieillissement. Les soins sont apportés par **des équipes d'ergothérapeutes, d'infirmières, de coach sportifs et de physiothérapeutes**, dans l'objectif d'aider les personnes à reprendre leurs loisirs et rester actifs. Ce modèle, mis en place dans la majorité des municipalités danoises est efficace, au sens où il permet d'atteindre une meilleure qualité de vie à un coût moindre<sup>3</sup>. Le succès des expérimentations menées dans les pays nordiques a poussé les municipalités à adopter massivement cette approche. En Norvège, plus des deux tiers des municipalités proposent désormais une **offre de services d'ergothérapeutes**, dans l'objectif de favoriser la **ré-autonomisation des personnes** en situation de perte d'autonomie. Au Danemark, **les municipalités ont l'obligation de faire des visites préventives** pour tout citoyen vivant seul et ayant plus de 70 ans. De plus, elles doivent proposer une visite préventive à domicile entre 75 et 80 ans. À partir de 82 ans, elles doivent proposer au moins une visite préventive à domicile par an. Enfin, elles doivent offrir des visites préventives à domicile selon le besoin pour tout résident entre 65 et 81 ans déclarant des difficultés sociales, mentales ou physiques.

Le **recours aux nouvelles technologies** est un autre élément essentiel au succès des politiques du « bien- vieillir » (plusieurs initiatives sont également présentées dans le constat n° 2). Sur ce plan, deux pays se distinguent : les **Pays-Bas** et la **Norvège**. Les Pays-Bas s'appuient sur de nombreuses innovations technologiques pour accompagner le vieillissement : déploiement de matériels électroménagers « intelligents » qui enregistrent l'activité quotidienne, semainiers électroniques pour les médicaments, recours à des tablettes numériques pour réduire l'isolement des personnes, mais



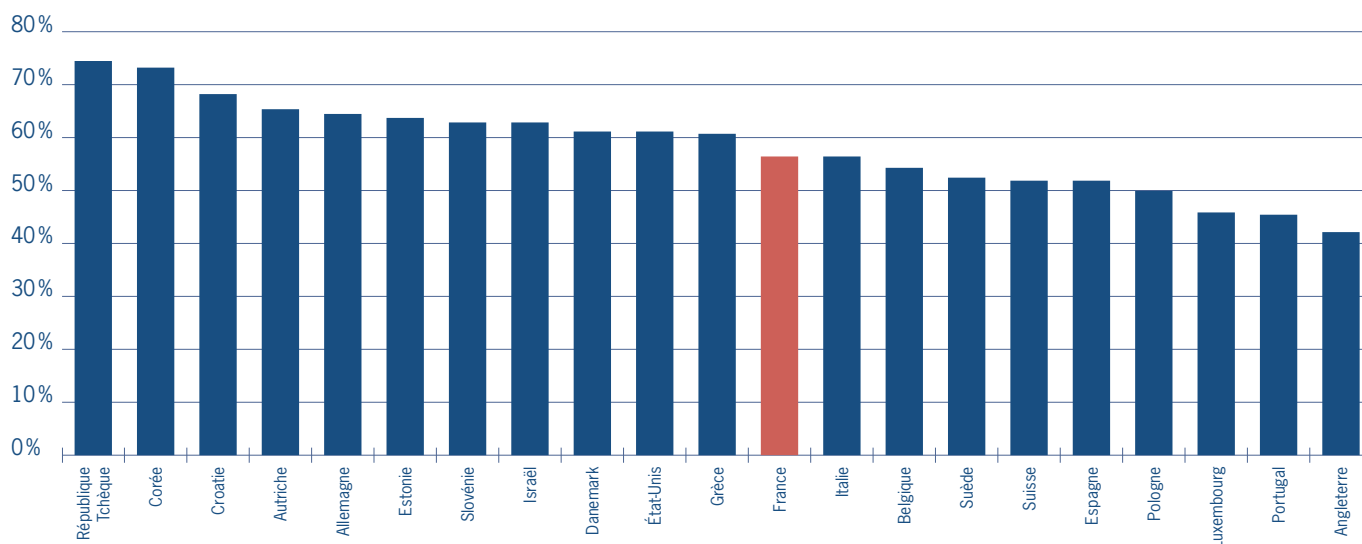
également apporter un soutien aux personnels à domicile, introduction de robots et de jeux électroniques pour maintenir l'activité physique et cérébrale, et développement de plateformes sociales proposant des programmes de gymnastique pour les personnes âgées. Ces dispositifs visent à améliorer la capacité des personnes à se prendre en charge par elles-mêmes, réduire les temps d'attentes pour les soins à domicile et pour détecter les urgences etc. L'objectif de leur déploiement est également de **permettre aux prestataires de soins de se concentrer sur leur cœur de métier**, qui est d'apporter des soins, en les déchargeant des autres aspects de la prise en charge (suivi administratif, organisation des soins, etc.). La **Norvège** a également fait du déploiement des nouvelles technologies l'une des grandes priorités de sa politique de prévention de la perte d'autonomie, en introduisant **un programme national ciblant le recours à des innovations qui visent à améliorer le bien-être et l'autonomie des personnes âgées**. Le déploiement de la 4G sur l'ensemble du territoire norvégien a été identifié comme un enjeu majeur. On peut penser que la 5G apportera également des solutions techniques très importantes dans ce domaine, notamment pour le **télé-suivi** et le **partage des données**.

Enfin, l'une des priorités des politiques de « bien-vieillir » est de **lutter contre l'isolement social des aînés**. Le maintien du lien social est un déterminant fort pour retarder la perte d'autonomie. En effet, les personnes âgées de plus de 65 ans qui réduisent leurs activités sociales font face à des risques accrus de devenir fragiles<sup>16</sup>. Le **Japon** est l'un des pays de l'OCDE le plus en avance dans ce domaine<sup>3</sup>. Depuis plusieurs décennies, le gouvernement japonais a mis en place un programme de prévention ouvert à tous, au niveau de la communauté, pour **renforcer et maintenir les interactions sociales entre personnes âgées**, développer des programmes d'exercice physique, aider les personnes à vivre de façon autonome avec l'aide de professionnels, et trouver une place pour le rôle de chacun dans le fonctionnement de la communauté. Les particularités de ce programme tiennent à ce qu'il intègre tous les profils (robustes, pré-fragiles, fragiles, dépendants), s'inscrit dans une logique de proximité (au niveau de la communauté), cherche à lutter contre l'isolement et l'exclusion des personnes, et mobilise les efforts de gestionnaires de cas (*case manager*).

## Constat n° 2 : face aux enjeux du vieillissement, les aidant familiaux ne peuvent pas tout

Depuis 20 ans, **le système français, comme celui de nombreux pays, s'est beaucoup appuyé sur les aidants « familiaux »** (ou « informels », car ils sont souvent non rémunérés). Le graphique n° 3 montre que le recours à l'aide informelle est en France comparable à celui observé dans les autres pays de l'OCDE. En moyenne, 58 % des plus de 65 ans déclarent recevoir de l'aide apportée par des proches (60 % en moyenne dans l'OCDE).

Graphique n° 3 : % des + de 65 ans qui déclarent recevoir de l'aide informelle (2014 ou plus récent)



Source : <https://g2aging.org>



**Les aidants familiaux assurent souvent l'essentiel des soins non-médicaux.** Ils participent aux soins personnels, à l'assistance aux déplacements et aux aides pour les tâches administratives et ménagères. L'intensité du recours à l'aide familiale dépend du niveau de perte d'autonomie des aînés. Lorsque la dépendance est forte, on observe des différences plus marquées entre les pays, et en particulier entre les pays du nord et du sud de l'Europe. Ainsi, des travaux empiriques montrent que pour la maladie d'Alzheimer, le volume d'aides reçu par les patients en France (près de 3 heures par jour) est comparable à celui de l'Allemagne, des Pays-Bas et de la Suisse, mais il est moitié inférieur à celui observé dans les pays du sud (Espagne, Grèce ou Italie)<sup>17</sup>. Les pays de l'OCDE ont mis en œuvre deux principales stratégies pour « aider les aidants familiaux » : (i) reconnaître leur statut avec des droits spécifiques et (ii) améliorer leur intégration à la prise en charge des aînés.

Avec la **création d'un droit au répit et d'un congé aidant**, la **France** a rejoint la grande majorité des pays de l'OCDE qui proposent des solutions de soutien aux proches aidants. En Europe, l'**Allemagne** est l'un des pays qui propose des solutions les plus généreuses pour soutenir les aidants, avec par exemple la création d'un droit à un minimum de nuits en établissement par an. L'OCDE recommande plusieurs mesures complémentaires pour les aidants familiaux, comme le déploiement de séminaires de formation, ainsi que la mise en place de certificats de reconnaissance du temps passé à aider : les **certificats d'aidants**.

Les couples « aidants-aînés » doivent souvent interagir avec de nombreux professionnels et faire face à une offre de soins très fragmentée. Le **faible degré d'intégration des soins formels et informels** est un problème majeur en France, comme dans la plupart des pays. En effet, moins de la moitié des pays de l'OCDE ont mis en place des outils d'intégration des soins fournis par les aidants formels et informels<sup>3</sup>. Les **nouvelles technologies** apportent donc des solutions intéressantes pour améliorer l'intégration et la coordination des soins. Plusieurs pays misent actuellement sur le déploiement d'innovations permettant un meilleur partage des données entre les aînés en situation de perte d'autonomie, leurs aidants informels, les professionnels qui interviennent au domicile, les établissements et les hôpitaux. Parmi les pays en avance sur ce point, l'**Australie** finance le développement d'outils numériques permettant la coordination des calendriers des proches aidants avec les professionnels. **Ces outils permettent aux aidants familiaux d'être complètement intégrés à l'équipe de professionnels qui met en place le plan d'aide.** Ils permettent de créer des synergies bénéfiques aux aînés fragiles, qui ont souvent plusieurs comorbidités nécessitant l'intervention de multiples professionnels. Ces derniers sont également incités à collaborer activement avec les aidants informels, en leur apportant des connaissances techniques pour la prise en charge de la perte d'autonomie, et en les orientant vers les meilleurs services selon leurs besoins.

Les travaux de l'OCDE soulignent que des pays comme l'**Allemagne**, le **Danemark**, la **Norvège** et le **Japon** ont également mis en place des stratégies nationales de déploiement des **solutions de e-santé pour les aînés**, à l'aide de financements publics pour inciter les professionnels (en particulier les infirmiers) et les aidants informels à les utiliser. Par exemple, la ville de Copenhague a créé son propre « *living lab* » : démarche de réflexion commune et conception partagée entre les industriels, la municipalité et les utilisateurs pour développer des technologies utiles et adaptées aux besoins. Il en résulte que **les « jeunes-pousses » du secteur trouvent des relais de croissance forts par la commande publique**, à la différence de la France où elles ont souvent du mal à trouver auprès des départements ou des établissements de soins des relais de diffusion de leurs innovations. Il semble ainsi très pertinent de développer une approche collaborative pour les soins du grand âge. Cette approche est également dominante dans les pays nordiques. Le **Danemark** a développé **une très forte culture de collaboration entre les familles, les responsables politiques, les industriels et les professionnels de santé**, et ce malgré le fait que le système de santé danois soit majoritairement public. Autre exemple, les **Pays-Bas** ont mis en place des dispositions légales facilitant la collecte et le recours à des registres de données électroniques pour enregistrer non-seulement les informations relatives aux consommations de médicaments, mais également celles relatives à la mise en place du plan d'aide destiné aux familles. Il est attendu que **le recours à des moyens de collecte électroniques et le partage des informations relatives à la prise en charge de la personne apportent plus de transparence pour les familles, fluidifie les parcours de soins, et diminue le temps dédié aux charges administratives pour les professionnels.**



### Constat n° 3 : le vieillissement de la population favorise l'émergence d'inégalités économiques et sociales

**Un système qui s'appuie principalement sur les aidants familiaux est de nature à engendrer des inégalités.** Les proches aidants se substituent très souvent « gratuitement » aux professionnels puisque les aides publiques permettent rarement de les rémunérer. Or, si le choix de devenir aidant dépend souvent d'un motif altruiste, les aidants font face à une contrainte budgétaire importante. Pour les personnes âgées atteintes de démence, on estime en France que plus de 80 % de l'aide est fournie par les proches et qu'elle représente quasiment un travail à temps plein<sup>18</sup>. Au plan macroéconomique, le coût supporté par les aidants est ainsi estimé entre 4,9 et 6,7 milliards d'euros par an<sup>19</sup>. Il s'explique principalement par les sacrifices professionnels réalisés par des aidants qui réduisent leur temps de travail pour s'occuper d'un proche.

La progression de la perte d'autonomie dans notre pays est donc de nature à renforcer les inégalités sociales entre les familles, parce que sans aide publique, **seuls les ménages les plus riches ont les moyens de financer le recours à des soins professionnels.** Au sein même des familles, ceux qui ont le coût d'opportunité le plus faible (chômeurs, mi-temps, bas-revenus etc.) sont souvent désignés comme les aidants « principaux », ce qui est également de nature à creuser des inégalités. Par ailleurs, on observe que **les femmes sont souvent sur-mobilisées pour aider les parents, ce qui est de nature à creuser des inégalités de genre.** En France, on observe presque systématiquement au sein des fratries mixtes un report de l'aide sur les femmes, et ce indépendamment des considérations de revenus<sup>20</sup>. Pour ces raisons, il est aujourd'hui indispensable de **proposer des solutions alternatives à un modèle qui repose principalement sur l'aide familiale.** Cet objectif est d'autant plus important que l'OCDE anticipe une raréfaction du nombre d'aidants familiaux du fait de leur vieillissement, d'une plus forte mobilité au sein des familles, du fardeau important lié au statut d'aidant, et de la participation accrue des femmes au marché du travail<sup>20,21</sup>.

Parmi les différentes stratégies envisagées pour réduire le recours massif à l'aide informelle, celle qui est la plus souvent évoquée est **d'accroître la générosité des aides publiques pour favoriser la consommation de services professionnels.** On estime en France que l'élasticité revenu de la demande d'aide à domicile est de l'ordre de 0,4. Autrement dit, une hausse de 10 % du revenu disponible augmente la consommation d'aide à domicile de 4 %<sup>22</sup>. Par conséquent, on pourrait penser qu'un accroissement de la générosité des aides publiques comme l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est de nature à réduire le recours aux soins informels, parce qu'il augmente le revenu disponible pour financer le recours à de l'aide professionnelle en même temps qu'il réduit le prix relatif des aides professionnelle et informelle. Néanmoins, l'effet de l'accroissement de la générosité des programmes publics sur la demande d'aide professionnelle dépend fortement de la substituabilité entre les formes d'aide (financée de façon privée, financée par l'aide publique et familiale)<sup>23</sup>. Plusieurs travaux récents montrent que **les aides professionnelles et familiales peuvent être complémentaires**, notamment au début du processus de perte d'autonomie<sup>24,25</sup>. Autrement dit, les proches aidants restent souvent très fortement impliqués dans la prise en charge de la personne qui perd son autonomie, même lorsque qu'une aide professionnelle lui est apportée. Ainsi, accroître le financement public des soins professionnels n'incitera pas forcément toutes les personnes en situation de perte d'autonomie à moins solliciter l'aide familiale, surtout pour certaines tâches plus « qualitatives », comme l'aide pour la gestion des finances.

Les inégalités économiques et sociales liées au vieillissement sont également très marquées pour les aînés en situation de perte d'autonomie. Ainsi, la richesse et l'éducation jouent des rôles déterminants dans l'explication des risques de dépendance<sup>10,16</sup>. En France et en Europe, les personnes les moins aisées financièrement, les moins diplômées et celles qui font face à des épisodes de précarité (difficultés à boucler les fins de mois etc.) ont plus de risques de devenir fragiles que les autres. Lorsqu'elles sont fragiles, elles ont également des risques accrus de devenir lourdement dépendantes. La prise en considération de ces déterminants socioéconomiques est donc centrale, car **les personnes fragiles sont souvent des personnes « aux besoins de soins élevés et aux coûts élevés »** (*high needs high costs*), selon l'expression du *Commonwealth Fund* de New York. Lorsqu'elles perdent leur autonomie, les personnes âgées font face à des besoins de soins importants, qui recouvrent trois dimensions principales : **les soins personnels, les aides domestiques et les aides pour les besoins sociaux.** Par exemple, le fait de devenir fragile accroît la probabilité de faire appel aux services d'aide à domicile de plus de 10 points de pourcentage<sup>26</sup>. Or, les personnes âgées fragiles mais qui ne sont pas encore dépendantes, doivent souvent supporter la quasi-totalité du coût de ces services, puisqu'elles sont souvent non éligibles aux aides publiques. Ceci explique que **l'aggravation de la perte d'autonomie est souvent plus rapide et**



**plus marquée chez les bas revenus.** Ainsi, on observe en Europe que si la fragilité augmente sensiblement le risque de recours aux hospitalisations en urgence chez les personnes âgées de plus de 70 ans, cet effet est surtout observé dans la catégorie de revenu la plus faible (< 10 000 euros par an). Pour les ménages les plus pauvres, la présence de fragilité est associée à une hausse des risques d'hospitalisations de près de 9 points de pourcentage. Au contraire, des revenus supérieurs semblent jouer un rôle « protecteur ». Ainsi, les ménages aux revenus supérieurs à 25 000 euros par an ont des risques de recours aux hospitalisations d'urgence de 8 points de pourcentage inférieurs<sup>26</sup>.

Là encore, l'une des principales stratégies avancées pour réduire les inégalités économiques et sociales face à la perte d'autonomie est d'accroître la générosité des aides publiques. Ces aides permettent-elles de répondre efficacement aux besoins des aînés ? Un travail récent de l'OCDE<sup>27</sup> analyse l'adéquation des aides publiques de la dépendance aux besoins des personnes. Il révèle que la majorité des pays de l'OCDE ciblent les aides publiques sur les besoins des aînés, mais pas nécessairement sur leurs attentes. Il en ressort deux résultats intéressants concernant la **France**.

En premier lieu, si notre système de protection sociale couvre relativement bien les séjours en établissement, **le reste à charge pour les soins à domicile est plus élevé en France que dans la plupart des pays de l'OCDE<sup>27</sup>**. En simulant les besoins de personnes pendant une période de 9 années (6 années avec des soins faibles, 2 années avec des besoins modérés, et 1 année avec des besoins importants), l'OCDE estime qu'un ménage français ayant un revenu médian et un patrimoine médian devra utiliser près du quart de son patrimoine pour financer sa consommation de soins de longue durée à domicile. En comparaison, moins de 10 % du patrimoine des ménages anglais doit être mobilisé pour financer ces besoins. Il en ressort qu'en France, comparé aux autres pays de l'OCDE, **le système de protection sociale incite surtout à utiliser des soins en établissement, pour lesquels les aides publiques couvrent mieux les besoins**. À titre de comparaison, l'OCDE montre que dans des pays comme les **Pays-Bas** ou la **Suède**, les mécanismes d'assurance publique couvrent aussi bien les soins à domicile que les soins en établissement, ce qui laisse un choix plus libre aux personnes en situation de perte d'autonomie.

En second lieu, **l'aide publique française, comparée aux autres pays de l'OCDE, couvre mieux les besoins d'aide à domicile lorsque le niveau de perte d'autonomie est faible**. En effet, l'OCDE estime qu'au sein des populations âgées qui n'ont pas de patrimoine pour financer la dépendance et qui font face à une perte d'autonomie légère (qui ont besoin de moins de 6,5 heures d'aide par semaine), peu d'entre eux risquent d'être poussés vers la pauvreté après avoir fait face aux restes à charge des soins de longue durée. En revanche, cette proportion augmente fortement avec la sévérité de la perte d'autonomie : respectivement 50 % (et 90 %) des personnes modérément (et sévèrement) dépendantes sont poussées vers la pauvreté après avoir dû s'acquitter des restes à charge pour les soins à domicile. En d'autres termes, **les seniors français qui perdent leur autonomie sont moins bien protégés lorsqu'ils décident de rester à leur domicile**.

Ainsi, **le système français subventionne le recours aux soins en établissement**, même si l'on sait que ces soins sont des « biens inférieurs » pour les aînés : si leur revenu augmente ils préféreront rester chez eux le plus longtemps possible. Pour ces raisons, l'OCDE recommande la mise en place de **régimes de couverture universelle des besoins de soins de longue durée**. L'OCDE estime ainsi que dans les pays qui ont mis en place un système d'assurance universel contre la dépendance (par exemple l'Allemagne et les Pays-Bas), les personnes âgées qui n'ont pas de patrimoine pour financer leurs besoins ont un risque beaucoup plus faible d'être poussé vers la pauvreté à cause de leur dépendance. Les travaux de l'OCDE montrent également que certains mécanismes d'attribution des aides publiques permettent de mieux allouer les aides en fonction des besoins. En particulier, le versement de prestations en espèces permet d'ajuster la couverture en fonction de l'évolution des besoins. Aux **Pays-Bas**, les aidants familiaux doivent signer un contrat avec les bénéficiaires de l'aide, qui détermine le champ de l'aide produite et la rémunération. Ces contrats ont été introduits pour développer l'aide professionnelle privée, même si souvent les montants distribués sont trop faibles pour couvrir tous les besoins.





## Constat n° 4 : l'offre de soins de longue durée est très peu développée en France, qui est très en retard par rapport à plusieurs pays de l'OCDE

Bien qu'elle ait augmentée depuis 10 ans, **l'offre de soins en France** (2,3 travailleurs pour 100 personnes âgées de plus de 65 ans) **est deux fois inférieure à celle observée dans la moyenne des pays de l'OCDE**, et sans comparaison avec celle des pays nordiques (5 fois inférieure à celle de la Norvège)<sup>3</sup>. On note également que **la France est l'un des pays de l'OCDE dans lequel la durée dans l'emploi des travailleurs du grand âge est la plus élevée** (supérieure à 10 ans)<sup>3</sup>. Cela s'explique par le fait que les taux d'emploi à mi-temps et par rotation sont parmi les plus bas de l'OCDE. Par rapport aux autres pays, **la France semble donc plus confrontée à un problème de recrutement que de rétention de la main d'œuvre**, même si le taux de rétention dans le secteur reste très inférieur à celui observé dans les autres secteurs de l'économie.

La plupart des pays de l'OCDE peinent à développer une offre de soins abondante car ils sont confrontés à de très nombreux problèmes : forte pénibilité des métiers du grand âge, faibles niveaux de rémunération, des difficultés souvent rencontrées par les personnels en termes d'horaires et de déplacement, manque de formation, image dégradée du secteur, absence de perspectives de progression de carrière, etc. **Les métiers du grand âge sont des métiers difficiles** : des travaux empiriques récents montrent que rejoindre le secteur a un effet délétère sur la santé, comparable à 9 mois de vieillissement<sup>28</sup>!

Sans surprise, les pays qui ont réussi à développer une offre de soins de longue durée importante (aux premiers rangs desquels on trouve les **Pays-Bas**, la **Suède**, la **Norvège**, le **Canada** et le **Japon**) sont les plus proactifs. Ils ont fait de ce défi une priorité de politique publique, ont inscrit cet objectif sur une longue période (>10 ans), et intègrent de nombreux acteurs dans cet effort (associations, municipalités, régions, universités, entreprises publiques, entreprises privées, etc.). Certains pays ont récemment pris conscience des besoins et suivent ce modèle : l'administration Biden a récemment annoncé un investissement massif de 400 milliards de dollars d'investissement dans le secteur, dans le cadre de son plan de relance 2021.

L'OCDE recommande la mise en œuvre de plusieurs mesures pour accroître l'offre de soins de longue durée<sup>3</sup> : accompagner financièrement le retour au travail des travailleurs de plus de 45 ans, améliorer l'image du secteur avec des campagnes de promotion, financer des bourses d'apprentissage et de reprise d'études, favoriser la reconversion professionnelle des chômeurs de longue durée et cibler le recrutement des hommes, qui sont très largement sous-représentés dans la profession (ils représentent moins de 10 % des effectifs). L'Australie, l'Angleterre, l'Allemagne, le Japon, les Pays-Bas et la Norvège ont mis en place **des programmes de recherche des personnels ayant quitté le secteur, pour les inciter à y revenir**. En **Allemagne** et en **Angleterre** ces initiatives sont mises en place dans les centres « pôle emploi » et bénéficient d'un soutien financier public. Des campagnes de promotion du secteur sont régulièrement menées en **Belgique**, en **Angleterre** et aux **Pays-Bas**, autour des thèmes de la fierté et de la reconnaissance liés à l'assistance aux personnes âgées. En Angleterre et aux Pays-Bas, des actions ciblées sont menées dans les écoles, universités et centres d'emploi pour promouvoir le secteur, avec des « ambassadeurs » issus du secteur et une volonté de cibler notamment les hommes. Des mesures financières ont également prouvé leur efficacité pour améliorer l'attractivité du secteur, au premier rang desquelles se situent **l'accroissement des salaires, la meilleure prise en charge des frais de transport des personnels et la mise en place de primes défiscalisées**.

Les pays qui ont le plus développé l'offre de soins de longue durée ont également mis en place de nouveaux modèles d'organisation des soins. Ces modèles permettent plus de flexibilité dans les rotations de personnel, mettent l'accent sur la prévention d'accidents physiques et le contrôle des conditions de travail, et répriment plus sévèrement la violence et le racisme auxquels peuvent faire face les personnels (qui sont souvent des femmes issues de l'immigration)<sup>3</sup>. Par exemple, **l'Allemagne** et les **Pays-Bas** encouragent les travailleurs à combiner des temps partiels dans plusieurs structures (entre établissement et domicile, entre différents établissements, entre établissements et hôpitaux) pour favoriser le travail à temps plein et les échanges de compétences. L'OCDE<sup>3</sup> recommande également le développement d'une culture du « bien-être » au travail, avec par exemple des campagnes de formation sur les bons gestes à exécuter pour limiter les risques physiques, des interventions de psychologues et ergothérapeutes, le recours à des applications de partage de calendrier entre travailleurs, des campagnes d'aides à l'arrêt du tabac, d'outils d'assistance techniques (par exemple



des lits robotisés) pour **soulager les tâches quotidiennes des travailleurs et des campagnes d'information sur la violence et le harcèlement au travail.**

Plusieurs pays (comme les Pays-Bas, la Norvège, et le Canada) encouragent aussi la création de nouveaux rôles managériaux pour **associer totalement les infirmières aux décisions de soins et les impliquer dans des programmes de recherche**<sup>3</sup>. Aux Pays-Bas, des écoles de formation des infirmiers incluent les étudiants dans l'élaboration de programmes de recherche en gériatrie et favorisent des partenariats avec le secteur privé pour améliorer les conditions d'encadrement des stages en résidence. **Des stages de plusieurs mois en gériatrie sont rendus obligatoires** et les curriculums en gériatrie sont valorisés par des crédits d'enseignements plus généreux, des bourses d'études pour les étudiants s'engageant dans des carrières du secteur et des parcours d'excellence. Ces pays promeuvent la formation continue des personnels expérimentés avec des modules de formation à distance et à la carte, et une meilleure validation des acquis. Il existe enfin un consensus autour de la nécessité d'offrir des opportunités de formation sur le lieu de travail.

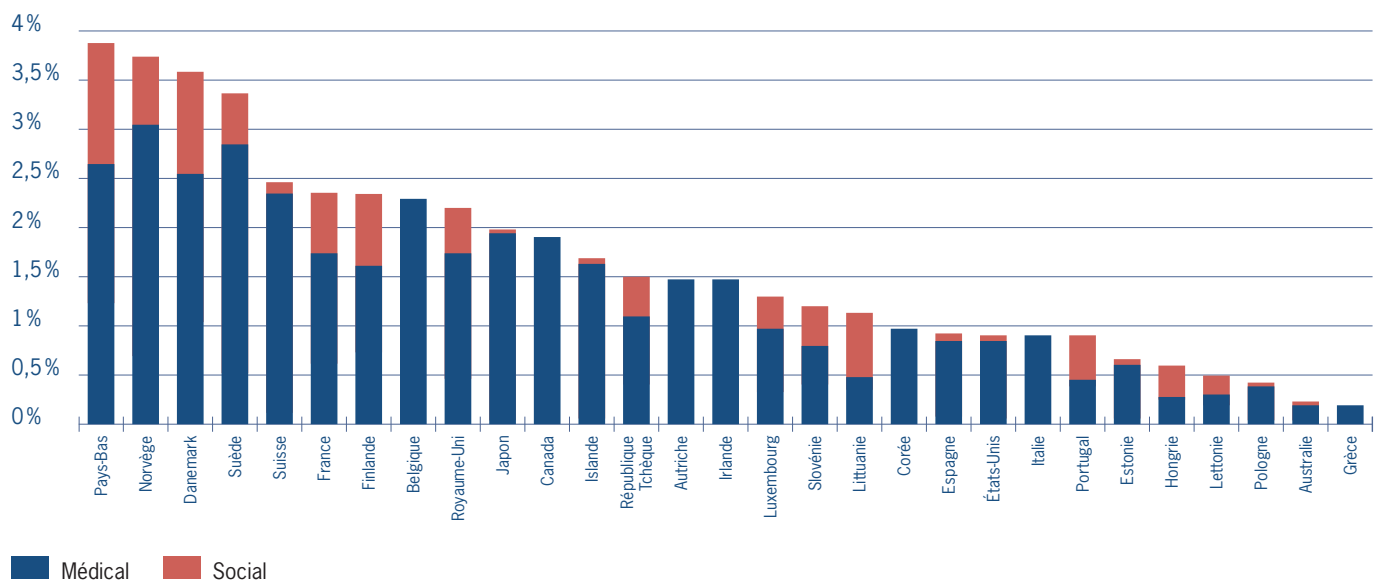
On remarque enfin que la population immigrée joue un rôle majeur dans l'offre de soins. Aux **États-Unis**, on observe par exemple que les travailleurs immigrés ont des taux de rétention dans le secteur très supérieurs aux natifs<sup>29</sup>. Le développement de l'offre de soins de longue durée est donc très corrélé aux politiques d'immigration. Les travaux de l'OCDE<sup>3</sup> montrent que plusieurs pays ont mis en place des mesures pour mieux protéger ces populations. Par exemple, la **Norvège** et les **Pays-Bas** se sont saisis de la question **du racisme dans le secteur du grand âge en menant une politique très ferme à l'égard des actes racistes et en sensibilisant les usagers aux différences culturelles**. Pour attirer plus de travailleurs immigrés et améliorer leurs conditions de vie, le **Canada** a mis en place un programme (*Home Support Worker Pilot*) permettant aux travailleurs du secteur à changer de travail sans pour autant perdre leur visa et à faire venir leur famille. L'OCDE alerte également sur **la part importante de travailleurs non déclarés**, souvent issus de l'immigration illégale, qu'il convient de protéger notamment en communiquant sur les risques auxquels s'exposent les employeurs. Par exemple, des estimations récentes montrent que l'immigration illégale correspond aux États-Unis à 4 % des emplois du secteur<sup>29</sup>.

## **Constat n° 5 : le système français est encore trop centré sur les soins médicaux et en établissement, et pas assez tourné vers le social et le domicile**

L'étude des dépenses de dépendance en France révèle deux déséquilibres majeurs : d'une part, entre les dépenses médicales et médico-sociales, et d'autre part, entre les dépenses de soins en établissement et au domicile.

Le premier déséquilibre concerne le ratio entre les dépenses médicales et médico-sociales. **Le système français finance plus largement les dépenses médicales (hôpital, ambulatoire et domicile) que les dépenses sociales**, qui représentent seulement un quart des dépenses totales de soins de longue durée (graphique n° 4). Ce constat n'est pas propre à la France, qui est même située parmi les pays qui privilégient le plus les dépenses sociales par rapport aux autres pays. En moyenne dans les pays de l'OCDE, seulement 17 % des dépenses de soins de longue durée sont des dépenses sociales.

Graphique n° 4 : répartition des dépenses de soins de longue durée en % du PIB en 2018 (ou plus récent)



Source : <https://stats.oecd.org>

Ce déséquilibre est préoccupant, parce que les besoins en soins médico-sociaux des personnes âgées fragiles sont très importants et qu'ils augmentent fortement à mesure que les personnes perdent leur autonomie. Par exemple, des travaux sur des données européennes<sup>26</sup> montrent qu'au sein d'une population de personnes âgées de plus de 75 ans, une diminution (même marginale) de la force de préhension (capacité à saisir les ustensiles) s'accompagne d'une hausse significative du recours aux auxiliaires de vie à domicile. Par ailleurs, les personnes âgées fragiles, mais non encore dépendantes, ont un recours accru aux portages des repas à domicile, aux aides à domicile, aux aides au transport et à l'aide apportée par des proches aidants.

Certains pays ont atteint un meilleur équilibre que la France. On trouve parmi eux les **Pays-Bas**, le **Danemark** et la **Finlande**, où près du tiers des dépenses totales de soins de longue durée est consacré aux dépenses sociales. L'exemple néerlandais est intéressant, car plusieurs solutions ont été déployées pour permettre de **cantonner les admissions hospitalières aux cas les plus sévères**. Les travaux de l'OCDE montrent qu'une priorité est donnée à la formation et au recrutement d'infirmières spécialisées dans la gestion des besoins des personnes âgées et de leurs parcours de soins. L'ambition est de déployer ces « *case managers* » (souvent des infirmiers qualifiés) dans l'ensemble des régions et de les placer au cœur d'un véritable réseau de soins de longue durée organisé autour des personnes âgées. L'autre exemple mis en avant par l'OCDE est celui de la **Norvège**, qui est l'un des pays qui promeut le plus la spécialisation des infirmiers dans le secteur, avec la création de formations de master en « *leadership services* » qui débouchent sur l'embauche de personnels spécialisés dans la gestion des plans de soins pour les personnes en situation de perte d'autonomie. Enfin, le **Danemark** insiste sur le développement de centres d'activités réservés aux seniors, avec l'organisation d'espaces multi-ludiques (activités sportives et artistiques, cours de langues, jeux d'échecs etc.). Ces initiatives sont très souvent publiques et composées à majorité de bénévoles, en charge de l'animation des ateliers. En d'autres termes, l'offre de soins pour le grand âge dans ces pays est tournée vers la ville et met l'accent sur des soins médico-sociaux utiles aux personnes âgées.

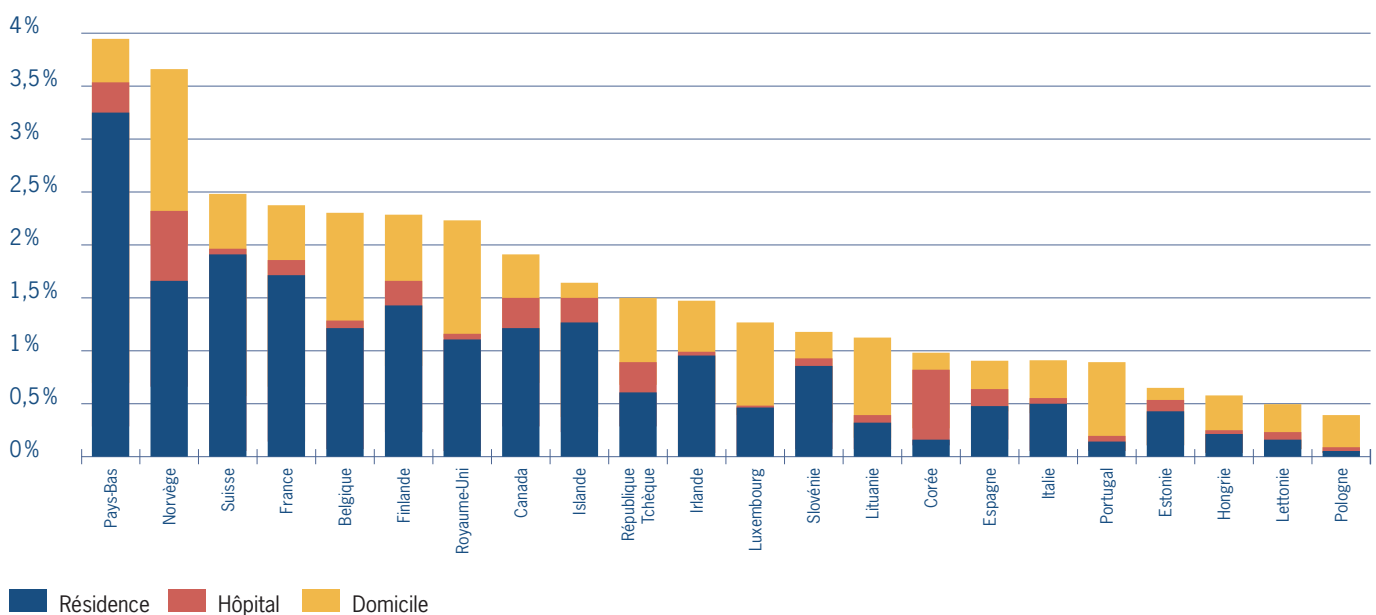
Les pays qui ont su mieux équilibrer les dépenses entre le « *cure* » et le « *care* » axent leur politique sur un objectif de pertinence des soins apportés aux aînés. Rien qu'en soins ambulatoires, les fragiles dépensent chaque année en France 1 500 euros de plus que les personnes âgées robustes<sup>30</sup>. Tous ces soins apportent-ils une réelle valeur aux patients en termes de gains de qualité de vie ? Sont-ils centrés sur leurs intérêts ? La collecte systématique des **données de qualité de vie** (via des PROMs – *patient-reported outcome measures*) lors du recours aux soins pourrait dans le futur permettre de **mesurer quelle est la pertinence des soins reçus, c'est-à-dire si ces soins améliorent les aspects de la qualité de vie les plus essentiels pour eux**. Plusieurs pays ont mis en place des solutions dans l'objectif de



réaliser des économies en évitant la réalisation trop systématique d'actes qui ne sont pas toujours pertinents, comme par exemple des opérations de la hanche. Les **Pays-Bas** sont très en avance sur la création de registres de données permettant de mieux apprécier le service médical rendu par les soins professionnels. Au **Danemark**, les municipalités cofinancent (avec les régions) l'offre de soins hospitalière ; c'est donc dans leur avantage de développer la prévention, pour réduire notamment les hospitalisations. Les villes financent alors des programmes de réhabilitation et développent une offre de soins adaptée aux besoins de leurs habitants.

Le second déséquilibre dans l'allocation des dépenses de soins de longue durée concerne le ratio entre les dépenses de soins en établissement et les dépenses de soins à domicile. Le graphique n° 5 montre qu'**en France près des trois quarts des dépenses totales sont allouées vers les établissements**, alors qu'en moyenne dans les pays de l'OCDE seulement la moitié des dépenses de soins de longue durée y est consacrée. Cela témoigne d'un choix historique fait en France de **privilégier les solutions en établissement par rapport aux soins à domicile**.

**Graphique n° 5 : répartition des dépenses de soins de longue durée en % du PIB en 2018 (ou plus récent)**



Source : <https://stats.oecd.org>

Plusieurs pays de l'OCDE (États-Unis, Canada, pays nordiques, etc.) ont entrepris depuis plus de dix ans **une politique d'équilibrage de leurs dépenses publiques**, en consacrant une part croissante des dépenses totales aux soins à domicile<sup>3</sup>. Parmi les pays qui ont fourni l'effort le plus important, l'exemple américain est intéressant. Aux **États-Unis**, le « *Balancing Incentive Program* » était l'un des axes importants de l'« *Affordability Care Act* » en 2011<sup>31</sup>. Ce programme a conduit à investir 2,4 milliards de dollars sous la forme d'un abondement fédéral aux dépenses *Medicaid* engagées par les États. Au total, 21 États ont participé à ce programme, en s'engageant à consacrer entre 25 et 50 % des dépenses *Medicaid* en direction des soins de long-terme dispensés à domicile. Des analyses récentes suggèrent que ces politiques de soutien aux soins à domicile ont permis de réduire sensiblement les risques de recours aux soins en établissement chez les plus de 65 ans. **Ces politiques dites de « désinstitutionnalisation », qui ont également la faveur de la Commission européenne, ont deux objectifs : répondre à un besoin croissant des personnes de vieillir chez elles et orienter l'offre vers des soins à domicile**, qui sont a priori moins onéreux et ont souvent la préférence des personnes âgées. Par exemple, il semble pertinent de réduire la division entre les soins à domicile et les soins en EHPAD, en transformant ces derniers en **plateformes d'hébergement**. Une étude française récente montre ainsi que le recours à des solutions d'hébergement temporaire permet de réduire de plus d'un quart le fardeau psychologique ressenti par les aidants familiaux de malades d'Alzheimer, sans impacter négativement la qualité de vie des malades<sup>32</sup>.



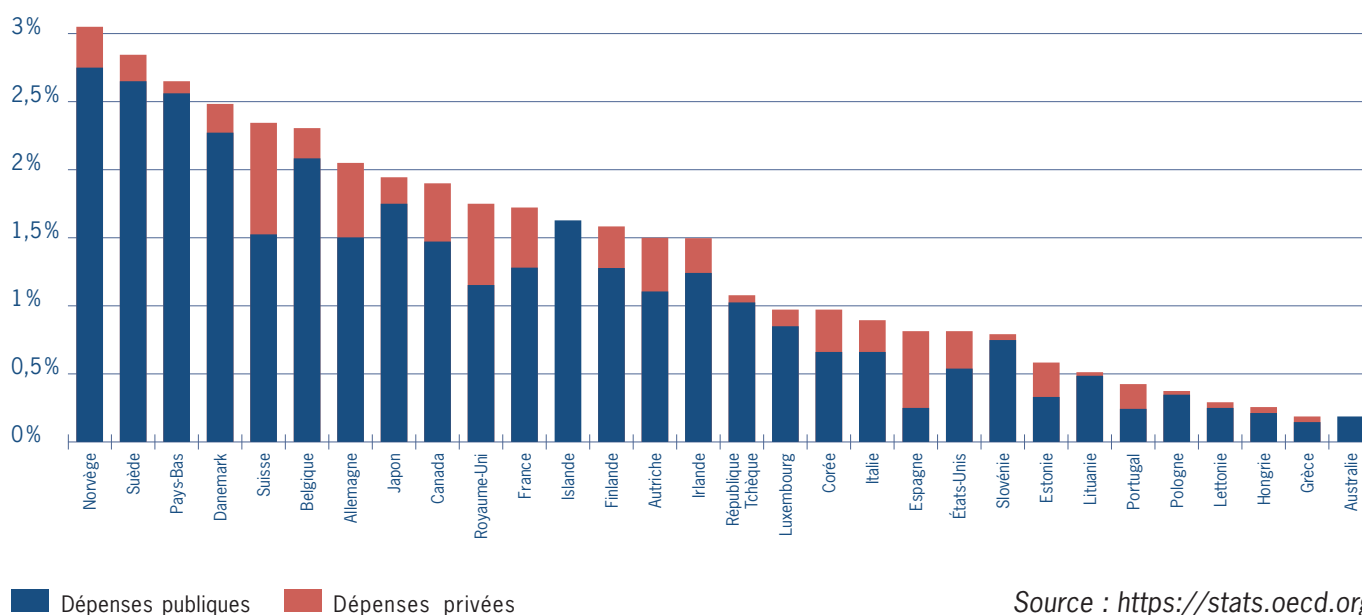
Pour mieux équilibrer les dépenses entre les soins au domicile et en établissement, il semble également central de poser la question de **l'intégration des parcours de soins entre le domicile, les établissements et l'hôpital**. L'intégration des parcours de soins pour les aînés est promue par l'OMS dans son approche « **SIPA** » (soins intégrés pour les personnes âgées). Elle est particulièrement importante pour les aînés fragiles, qui ont à la fois de forts besoins sanitaires et sociaux, mais pour lesquels l'offre de soins proposée par des acteurs souvent très différents est rarement coordonnée et peu intégrée. Il reste encore beaucoup à faire en France dans ce domaine. L'impact peu significatif du dispositif « **Paerpa** » (parcours de santé des aînés) mis en place par le Ministère de la santé en 2014 souligne les progrès qu'il nous reste à accomplir pour améliorer la coordination entre les soins de ville et l'hôpital<sup>33</sup>. **La crise du COVID-19 a tristement révélé les carences de notre système pour l'organisation de prise en charge de ces parcours.**

La France peut s'inspirer de plusieurs mesures mises en place à l'étranger. Le recours accru aux dispositifs de **télé-médecine** en établissement et au domicile (comme c'est le cas en Norvège) et le **déploiement d'équipes gériatriques mobiles** représentent des solutions intéressantes. Plusieurs pays de l'OCDE ont également mis en place des mesures pour étendre le rôle des infirmiers. Par exemple, les infirmières à domicile au **Portugal** et aux **Pays-Bas** reçoivent des formations hospitalières pour accompagner les décharges des patients de l'hôpital. Certains pays ont introduit des mécanismes de pénalités. Aux **États-Unis**, l'« *Affordability Care Act* » a introduit en 2011 un système de **pénalités financières** pour les hôpitaux dont les patients qui sortent sont ré-hospitalisés dans les 30 jours qui suivent leur sortie. En **Norvège**, les municipalités doivent prendre à leur charge une partie des frais d'hospitalisation des personnes âgées lorsqu'elles concernent des admissions pour raisons évitables.

## Constat n° 6 : il faut réorganiser le financement de la perte d'autonomie

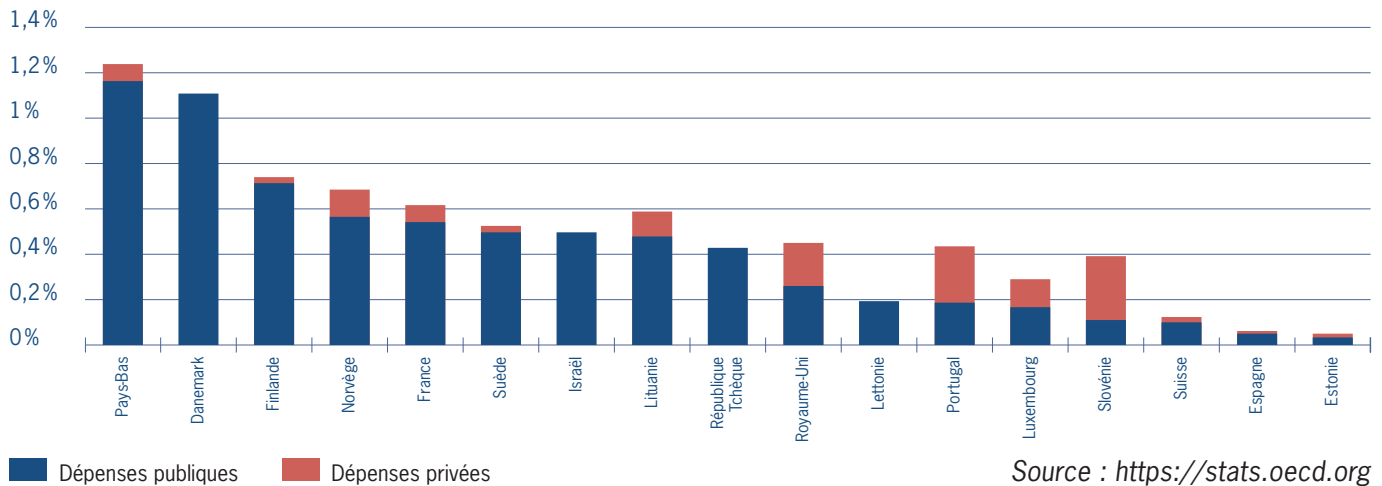
En France, comme dans tous les pays de l'OCDE, les dépenses de soins de longue durée sont principalement financées par des mécanismes d'assurance publique (graphiques n° 6 et 7).

Graphique n° 6 : dépenses de soins de longue durée (médicales) en % du PIB en 2018 (ou plus récent)



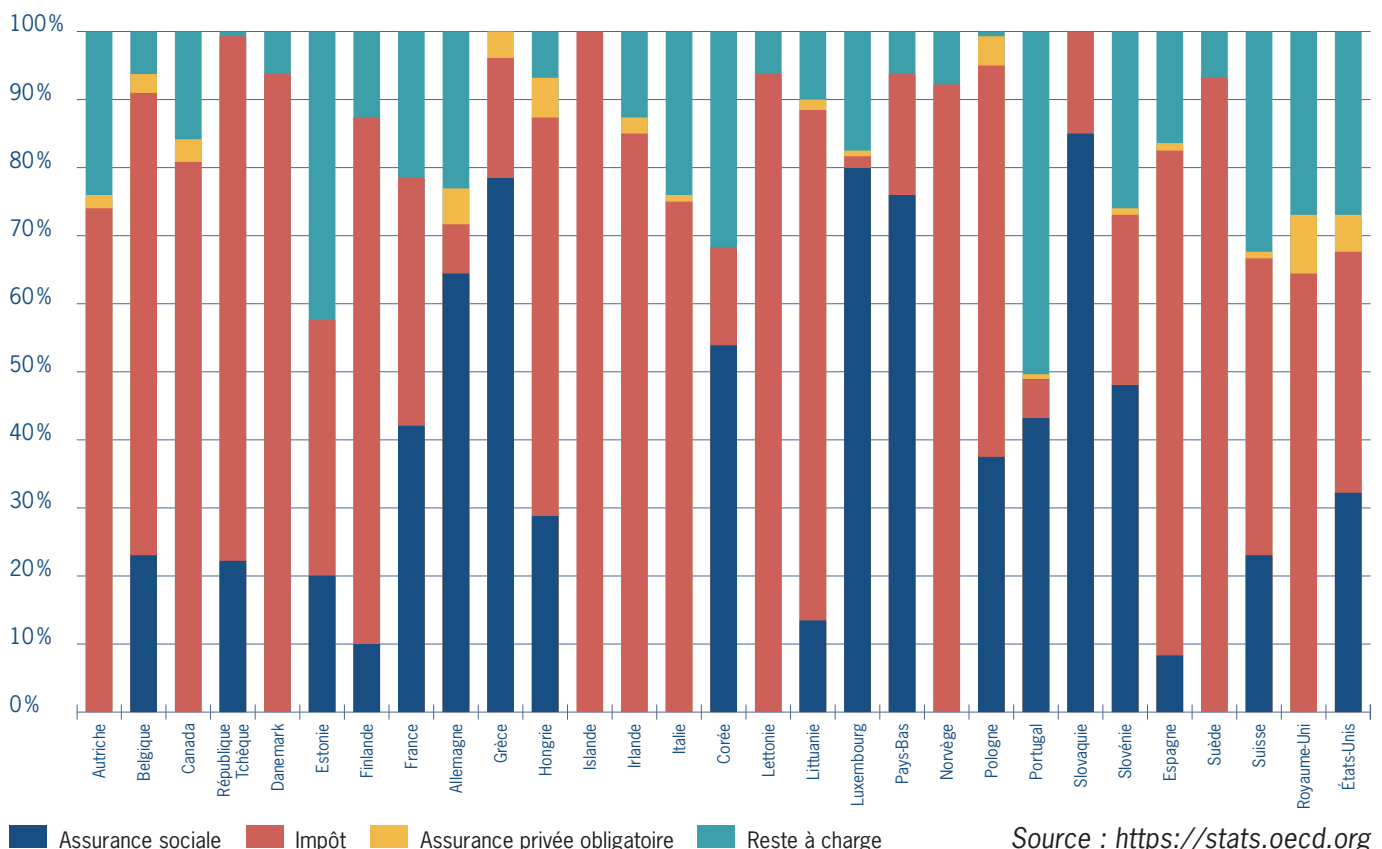
Source : <https://stats.oecd.org>

Graphique n° 7 : dépenses de soins de longue durée (sociales) en % du PIB en 2018 (ou plus récent)



Le graphique n° 8 permet d'identifier trois grands modèles de financement de la perte d'autonomie. En premier lieu, quelques pays (Pays-Bas, Allemagne, Japon, Corée du Sud et Luxembourg) ont introduit un **système d'assurance publique obligatoire spécifique pour la dépendance**. En second lieu, dans la majorité des pays de l'OCDE (Australie, Autriche, Canada, République Tchèque, Danemark, Finlande, Irlande, Nouvelle Zélande, Norvège, Slovaquie, Espagne, Suède, et Royaume Uni), la perte d'autonomie est majoritairement **financée par l'impôt**. En troisième lieu, des pays ont mis en place un **financement mixte** (France, Belgique, Estonie, Grèce, Hongrie, Mexique, Pologne, Slovénie, Suisse, États-Unis).

Graphique n° 8 : mécanismes de financement des soins du grand âge (2018)





L'organisation du financement des besoins liés à la perte d'autonomie varie souvent au sein même des pays. En France, comme dans la plupart des pays de l'OCDE, on observe de fortes disparités territoriales (principalement au niveau des départements) pour la générosité des aides. **Le système français, qui repose sur le principe d'une séparation du financement des soins médico-sociaux (CNSA et conseils départementaux) et médicaux (Agences régionales de santé) fonctionne mal et ce, malgré l'introduction de la « Conférence des financeurs » par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. En effet, ce système ne permet pas de garantir une uniformité de la générosité et de la qualité de l'aide apportée sur l'ensemble du territoire.**

De ce point de vue, l'organisation du financement du système de soins de longue durée mis en place dans les **pays nordiques** (Suède, Norvège, Danemark, Finlande) et aux **Pays-Bas** est intéressante<sup>3</sup>. En effet, ces pays ont mis l'accent sur une décentralisation de la gestion et de l'offre de soins de longue durée, qui s'appuie sur les municipalités. L'un des pays qui a le plus poussé la décentralisation est la Norvège, où les municipalités sont directement responsables de l'organisation, du financement et de la mise en œuvre des soins de longue durée. Les performances des municipalités sont directement évaluées par une entité gouvernementale, « Statistics Norway ». Ce système présente deux avantages principaux. D'une part, **la décentralisation de la gestion des budgets** permet de mieux cibler les besoins des résidents, car les municipalités sont plus à même d'observer et de gérer les besoins de leurs administrés. D'autre part, il rend possible **l'évaluation des performances de chaque niveau**, et éventuellement de sanctionner les mauvaises pratiques par des retraits d'accréditation ou des baisses de budget.

L'autre modèle souvent pris comme exemple par l'OCDE est celui des **Pays-Bas**, où trois niveaux d'administration de l'assurance dépendance publique ont été introduits<sup>4</sup>. En premier lieu, les soins en établissement reçoivent un financement public issu des cotisations obligatoires et sont administrés par des compagnies d'assurance privées au niveau régional. En second lieu, les soins médicaux au domicile sont financés directement par les cotisations obligatoires des hollandais et indirectement par des cotisations patronales redistribuées par la Banque nationale des Pays-Bas et administrés par une dizaine de compagnies d'assurance privées (région). En troisième lieu, les aides ménagères au domicile bénéficient d'un financement public et sont administrées directement par les municipalités (local). Les régions ont pour mission de surveiller la qualité de l'offre de soins dispensée par les municipalités. Chaque année, elles réalisent **un audit des besoins et de l'offre de soins et dispensent des accréditations aux entreprises** qui proposent les soins, selon l'adéquation de leur offre aux besoins des clients, aux besoins des personnels et sur les mesures mises en œuvre pour garantir la qualité des services. Les entreprises qui ne reçoivent pas leur accréditation peuvent proposer leurs services mais ne peuvent pas être financées par l'assurance publique. La qualité des soins et leur adéquation aux besoins des personnes est publié sur un site gouvernemental, ce qui permet **une standardisation de la qualité**.

Ces deux modèles (nordique et hollandais) reposent sur l'idée que **les municipalités organisent plus efficacement la prise en charge des soins au domicile que des organismes régionaux**. Par ailleurs, ils reposent sur l'idée qu'un financement centralisé permet de réduire les inégalités régionales par des mécanismes de compensation budgétaire entre les régions, à la fois pour les aspects sanitaires et sociaux. On observe néanmoins qu'ils conservent des limites, notamment à cause de la difficile intégration des soins sanitaires et sociaux.

L'examen des mécanismes de financement des aides pour la perte d'autonomie révèle que peu de pays ont mis en place un véritable système « universel » d'assurance dépendance, comme c'est le cas aux Pays-Bas ou en Allemagne. **Les modes de financement publics de la perte d'autonomie ne sont pas toujours centralisés** dans les pays. Par exemple, en Angleterre et au Danemark, les impôts sont levés à la fois par le gouvernement central et les juridictions locales. Les conditions d'accès aux financements varient aussi au sein même des pays. Dans les pays comme l'Italie, l'Espagne et les États-Unis, les critères d'éligibilité aux aides publiques peuvent varier au plan régional. On observe enfin qu'aucun pays n'a fait le choix de s'appuyer uniquement sur l'assurance sociale pour financer les soins de longue durée (graphique n° 8). En effet, assurer une couverture universelle à partir des cotisations salariales est très difficile dans un contexte de chômage élevé et de vieillissement de la population active.

Dans la plupart des pays, la générosité des aides publiques varie selon la richesse des ménages. Des pays comme **l'Angleterre** ont fait le choix d'exclure la valeur de la résidence principale quand le bénéficiaire des soins l'habite. Certains pays comme le **Japon** conditionnent la générosité de l'aide à la richesse seulement lorsqu'il s'agit de financer les soins



en établissement. La prise en considération des ressources des époux ou des aidants fait également l'objet d'importants débats, à cause de leur contribution forte en termes d'aide non-rémunérée, du coût intergénérationnel très élevé de ces mesures (en particulier dans les pays comme la France où le système de retraite fonctionne sur le mécanisme de la répartition) et de la substituabilité entre les aides professionnelles et familiales. Des pays comme le **Japon**, la **Belgique**, le **Luxembourg** et les **Pays-Bas** envisagent d'élargir l'assiette de l'impôt, pour faire reposer le financement sur une base plus étendue que les cotisations salariales seules. D'autres pays envisagent de **mieux répartir l'effort de financement entre les générations**, en demandant aux retraités de verser une cotisation d'assurance sociale pour la dépendance. C'est par exemple le cas de l'**Allemagne** et du **Japon**. Ces solutions sont néanmoins difficiles à mettre en œuvre, pour des raisons évidentes d'équité intergénérationnelle ou de cohésion sociétale. Finalement, l'examen des mécanismes de financement mis en œuvre dans les différents pays révèle qu'aucune expérience ne semble totalement convaincante. En particulier, la modulation des aides publiques à la richesse des ménages est limitée par le fait que seuls les ménages observent réellement leurs besoins, et que des comportements de « *spend-down* » peuvent être identifiés : un individu anticipant sa perte d'autonomie peut chercher à faire financer une part plus importante de ses besoins par l'assurance publique en se séparant de son patrimoine.

Pour ces raisons, **la plupart des pays cherchent aussi à développer de nouveaux mécanismes de financement « volontaire » de la perte d'autonomie**. Ces mécanismes ne semblent pas passer par le déploiement de l'assurance dépendance privée, qui reste très minoritaire et peu incitative (le graphique n° 8 montre qu'elle finance actuellement en moyenne dans les pays de l'OCDE moins de 2 % des dépenses). L'expérience nord-américaine donne un bon exemple des barrières qui existent à la souscription à l'assurance dépendance. Si aux États-Unis un peu plus de 10 % des personnes de plus de 65 ans ont souscrit à des contrats d'assurance dépendance<sup>34</sup>, les programmes d'incitation à la souscription à ces contrats ont peu de succès<sup>35</sup>. Plusieurs raisons expliquent la souscription à ces contrats : motif altruiste (volonté de laisser un héritage), faible aversion au risque, forte préférence pour l'aide familiale, faible niveau de familiarité avec les enjeux financiers et faible capacité des personnes à anticiper leur espérance de vie en bonne santé<sup>36</sup>.

Une voie prometteuse, notamment suggérée par l'OCDE, est de développer d'autres produits privés, comme par exemple le **prêt viager hypothécaire** (*Equity Release Mortgage* dans les pays anglo-saxons). Ce prêt s'adresse en particulier aux personnes de plus de 60 ans qui sont propriétaires de leur résidence principale. Plusieurs pays ont mis en place ou développent cette forme de prêt : les **États-Unis**, le **Royaume-Uni**, le **Canada**, **Taiwan** et la **Suède**. Les pays anglo-saxons sont ceux dans lesquels le marché du prêt viager hypothécaire est le plus développé. Selon les données de la Banque mondiale, le marché du prêt viager hypothécaire représente 6,5 milliards d'euros aux États-Unis et 4 milliards d'euros au Royaume-Uni. Le fonctionnement du prêt viager hypothécaire est le suivant ; **l'emprunteur sollicite une banque pour l'octroi d'un prêt dont la garantie de remboursement est une hypothèque sur le bien immobilier**. L'intérêt pour l'emprunteur est qu'il n'y a ni versement d'intérêts ni remboursement du capital jusqu'au débouclage du prêt (remboursement anticipé volontaire, décès ou départ des emprunteurs du bien immobilier). Les montants dus au prêteur ne peuvent dépasser la valeur du bien immobilier au moment du débouclage. Le remboursement peut se faire de deux façons (au choix des emprunteurs ou de leurs héritiers) : par remboursement en numéraire (cela libère de l'hypothèque le bien immobilier) ou par cession de l'immobilier hypothéqué. Le prêt viager hypothécaire n'est pas octroyé en fonction de la capacité à rembourser de l'emprunteur mais en fonction de la valeur espérée du bien immobilier à terme. Des simulations récentes montrent **qu'en France le prêt viager hypothécaire pourrait permettre à une majorité de français de financer leurs besoins de soins de longue durée**<sup>37</sup>.





## Références

1. OECD. Health and Glance 2019 [Internet]. 2019. Available from: [https://www.eib.org/attachments/general/the\\_eib\\_at\\_a\\_glance\\_en.pdf](https://www.eib.org/attachments/general/the_eib_at_a_glance_en.pdf)
2. Costa-Font J, Courbage C, Swartz K. Financing long-term care: Ex ante, ex post or both? *Heal Econ (United Kingdom)* 2015;
3. OECD. Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2020. Available from: [https://www.oecd.org/health/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers-92c0ef68-en.htm?fbclid=IwAR3mH8dIWm uGLudP0m4XAqlwsSae8\\_3U1iRH8j-q8lChMFr9gVkljuHa1w4%0Ahttps://www.oecd.org/publications/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-wo](https://www.oecd.org/health/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers-92c0ef68-en.htm?fbclid=IwAR3mH8dIWm uGLudP0m4XAqlwsSae8_3U1iRH8j-q8lChMFr9gVkljuHa1w4%0Ahttps://www.oecd.org/publications/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-wo)
4. Maarse JAMH, Jeurissen PPP. The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy (New York)* 2016;
5. Stolt R, Blomqvist P, Winblad U. Privatization of social services: Quality differences in Swedish elderly care. *Soc Sci Med* 2011;
6. Bergman MA, Johansson P, Lundberg S, Spagnolo G. Privatization and quality: Evidence from elderly care in Sweden. *J Health Econ* 2016;
7. McHugh JP, Rapp T, Mor V, Rahman M. Higher hospital referral concentration associated with lower-risk patients in skilled nursing facilities. *Health Serv Res* 2021;
8. Grabowski DC, Hirth RA. Competitive spillovers across non-profit and for-profit nursing homes. *J Health Econ* 2003;
9. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *Journals Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2001;
10. Arrighi Y, Rapp T, Sirven N. The impact of economic conditions on the disablement process: A Markov transition approach using SHARE data. *Health Policy (New York)* 2017;121(7).
11. Sicsic J, Rapp T. Frailty transitions and health care use in Europe. *Health Serv Res* 2019;
12. European Commission. The 2018 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU Member States (2016-2070). 2018.
13. Sims-Gould J, Tong CE, Wallis-Mayer L, Ashe MC. Reablement, Reactivation, Rehabilitation and Restorative Interventions With Older Adults in Receipt of Home Care: A Systematic Review. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2017;
14. Tessier A, Beaulieu M-D, McGinn CA, Latulippe R. Effectiveness of Reablement : A Systematic Review Efficacité de l' autonomisation : une revue systématique. *Healthc Policy* 2016;11(4):49–59.
15. Langeland E, Tuntland H, Folkestad B, Førland O, Jacobsen FF, Kjekken I. A multicenter investigation of reablement in Norway: A clinical controlled trial. *BMC Geriatr* 2019;19(1):1–12.
16. Sirven N, Dumontet M, Rapp T. The dynamics of frailty and change in socio-economic conditions: evidence for the 65+ in Europe. *Eur J Public Health* 2020;
17. Gustavsson A, Jonsson L, Rapp T, et al. Differences in resource use and costs of dementia care between European countries: Baseline data from the ICTUS study. *J Nutr Heal Aging* 2010;14(8).
18. Rapp T, Grand A, Cantet C, et al. Public financial support receipt and non-medical resource utilization in Alzheimer's disease results from the PLASA study. *Soc Sci Med* 2011;72(8).
19. Paraponaris A, Davin B. Economics of the Iceberg: Informal Care Provided to French Elderly with Dementia. *Value Heal* 2015;
20. Roquebert Q, Fontaine R, Gramain A. Aider un parent âgé dépendant. Configurations d'aide et interactions dans les fratries en France. *Population (Paris)* 2018;73(2):323.
21. Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term care. 2011.
22. Roquebert Q, Tenand M. Pay less, consume more? The price elasticity of home care for the disabled elderly in France. *Heal Econ (United Kingdom)* 2017;
23. Stabile M, Laporte A, Coyte PC. Household responses to public home care programs. *J Health Econ* 2006;
24. Carrino L, Orso CE, Pasini G. Demand of long-term care and benefit eligibility across European countries. *Heal Econ (United Kingdom)* 2018;
25. Bonsang E. Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? *J Health Econ* 2009;
26. Sicsic J, Ravesteijn B, Rapp T. Are frail elderly people in Europe high-need subjects? First evidence from the SPRINTT data. *Health Policy (New York)* 2020;
27. Oliveira Hashiguchi TC, Llana-Nozal A. The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs ? Paris: 2020.
28. Rapp T, Ronchetti J, Sicsic J. Are long-term care jobs harmful? Evidence from Germany. *Eur J Heal Econ [Internet]* 2021;0123456789. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10198-021-01288-y>



29. Rapp T, Sicsic J. The contribution of the immigrant population to the U.S. long-term care workforce. Soc Sci Med 2020;
30. Sirven N, Rapp T. Vieillesse, fragilité et dépenses de santé. Quest d'économie la santé 2016;
31. Rapp T. Obamacare : genèse, bilan et futur. 2017;1-14.
32. Rapp T, Apouey BH, Senik C. The impact of institution use on the wellbeing of Alzheimer's disease patients and their caregivers. Soc Sci Med 2018;207.
33. Or Z, Bricard D, Le Guen N, Penneau A. Evaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa). Premiers résultats. Quest. D'ECONOMIE LA SANTE. 2018;
34. Gleckman H. Another Big Long-Term Care Insurance Premium Hike. Forbes. 2016;
35. Bergquist S, Costa-Font J, Swartz K. Long-term care partnerships: Are they fit for purpose? J Econ Ageing 2018;
36. Rapp T, Sicsic J, Chopard B. Are elders' survival expectations correlated with their long-term care insurance take-up decisions? Paris: 2020.
37. Bonnet C, Juin S, Laferrère A. Private Financing of Long Term Care: Income, Savings and Reverse Mortgages. Econ Stat / Econ Stat 2019;(507d):5-24.