

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

En 2018, les dépenses consacrées aux soins de longue durée (SLD), dans leur composante médicale, atteignent 1,7 % du produit intérieur brut (PIB) en moyenne dans l'UE-15, soit 17 % 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 % de leur richesse aux SLD en 2018, la Norvège, la Suède, les Pays-Bas et le Danemark déploient 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 se situe dans 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 international des comptes de la santé (SHA) [encadré]. Cette composante sociale des SLD peut atteindre jusqu'à 1,3 % 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 et porte l'effort en matière de SLD, quelle que soit la composante, 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 dépendance, tant par 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. La France s'apprête actuellement à procéder à la création d'une cinquième branche de l'Assurance maladie française pour couvrir la perte d'autonomie.

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

En moyenne, dans l'UE-15, 66 % des dépenses de SLD sont dispensées à l'hôpital dans des unités dédiées ou dans des structures d'hébergement, et 34 % sont dispensées à domicile ou dans des cabinets de ville (*graphique 2*). Cette part prépondérante des dépenses du milieu hospitalier 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 en situation de handicap ou en perte d'autonomie 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 et la France s'apprête à mettre en place une prestation similaire.

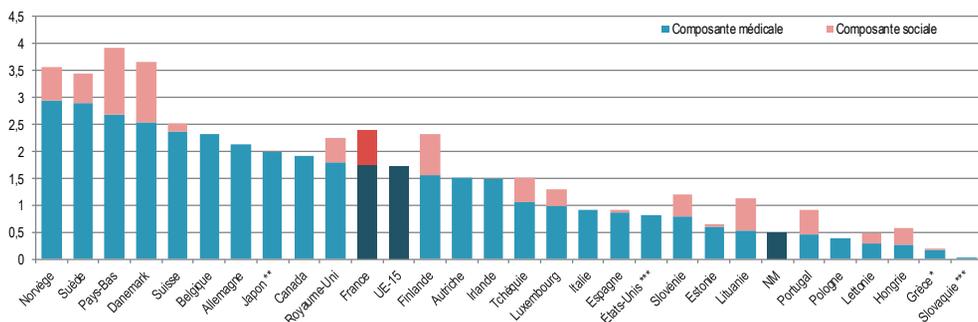
Au Danemark ou encore en Suède, les pouvoirs publics organisent le maintien à domicile. Le Danemark en particulier illustre le cas d'une prise en charge à domicile très intégrée : organisée et financée par les municipalités, elle repose sur une offre très structurée de services. 60 % des dépenses de 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 15-64 ans) devrait passer de 30 % en 2016 à 52 % 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, 2018).

## Graphique 1 Dépenses de soins de longue durée en 2018

En % du PIB



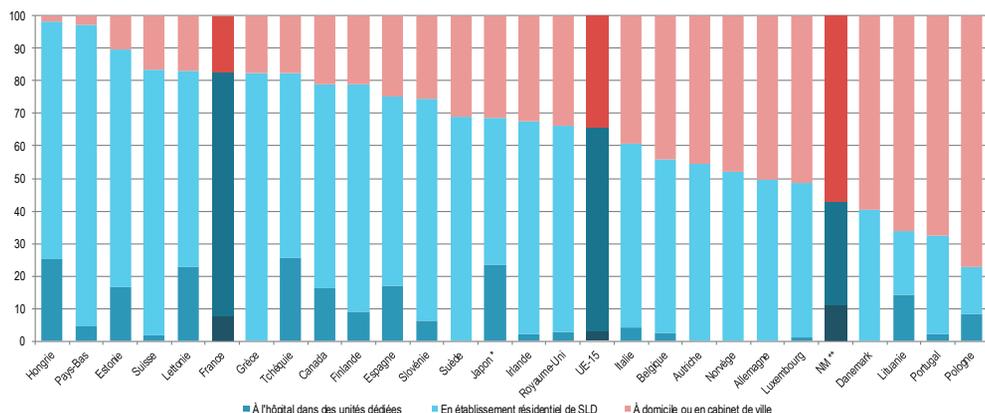
\* Données 2017 pour la composante sociale. \*\* Données 2017 pour la composante médicale. \*\*\* Hors soins à domicile.

Note > La composante sociale est indiquée ici pour information lorsqu'elle est renseignée ; elle n'est pas incluse dans la DCSI.

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

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

En %



\* Données 2017. \*\* Moyenne calculée hors Slovaquie.

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

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

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. 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.

1. Dans le 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).

#### Pour en savoir plus

> Commission européenne, 2018, *The 2018 Ageing Report : Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States*.