

En 2020, la France consacre 46,3 milliards d'euros, soit 2,0 % de son produit intérieur brut (PIB) aux soins de longue durée (SLD) dans leur composante médicale (soins pour se lever, se laver, s'habiller, se nourrir et aller aux toilettes). Ces dépenses sont inférieures à 1 % du PIB dans certains pays du sud et de l'est de l'Europe, et à l'inverse atteignent près de 3 % du PIB pour les pays nordiques. La composante sociale des SLD (accomplissement des tâches domestiques et administratives) représente quant à elle 0,7 % du PIB en France et près de 1,4 % aux Pays-Bas, pays qui y consacrent le plus de moyens. La majorité des dépenses de SLD est consacrée à des soins dispensés dans des structures d'hébergement. Enfin, les dépenses de SLD devraient augmenter fortement avec le vieillissement de la population.

Une meilleure prise en charge des soins de longue durée dans les pays du nord de l'Europe

En 2020, les dépenses consacrées aux soins de longue durée (SLD), dans leur composante médicale, atteignent 2,0 % du produit intérieur brut (PIB) en moyenne dans l'UE-15, soit 17,2 % 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 santé¹. Les Pays-Bas, la Norvège, la Suède et l'Allemagne consacrent entre 2,5 % et 3,4 % du PIB aux SLD en 2020 (*graphique 1*). En effet, les pays scandinaves et du nord de l'Europe ont 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. À l'autre extrémité, la Grèce, la Hongrie, la Slovaquie et la Lettonie consacrent moins de 0,4 % de leur PIB en 2020 aux SLD. De manière générale, l'investissement dans ce domaine est plus faible

dans les pays du sud et de l'est de l'Europe. Avec 2,0 % de son PIB consacré aux SLD, la France occupe une position intermédiaire en Europe, proche de celle du Royaume-Uni.

Au-delà des dépenses prises en compte dans la DCSI, des services et aides sociales accompagnent la dépendance et le handicap² dans plusieurs pays, mais ceux-ci sont moins bien renseignés dans le Système des comptes de la santé harmonisé au niveau international (SHA) [*encadré 1*]. Cette composante sociale des SLD peut atteindre 1,4 % du PIB aux Pays-Bas. Les pays du nord de l'Europe proposent le plus souvent ces dispositifs sociaux. En France, cette composante sociale représente 0,7 % du PIB, ce qui porte l'effort total des SLD à 2,7 %.

L'indicateur global de restriction d'activité (*Global Activity Limitation Indicator* [GALI]), et les indicateurs associés portant sur les limitations fonctionnelles et sensorielles des individus [*encadré 2*] permettent de comparer les différences de prise en charge des personnes âgées de 65 ans ou plus nécessitant des SLD. En première analyse, il n'existe pas de corrélation marquée entre la part de personnes déclarant souffrir de handicap ou de perte d'autonomie dans

¹ Dans le système des comptes de la santé harmonisée 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).

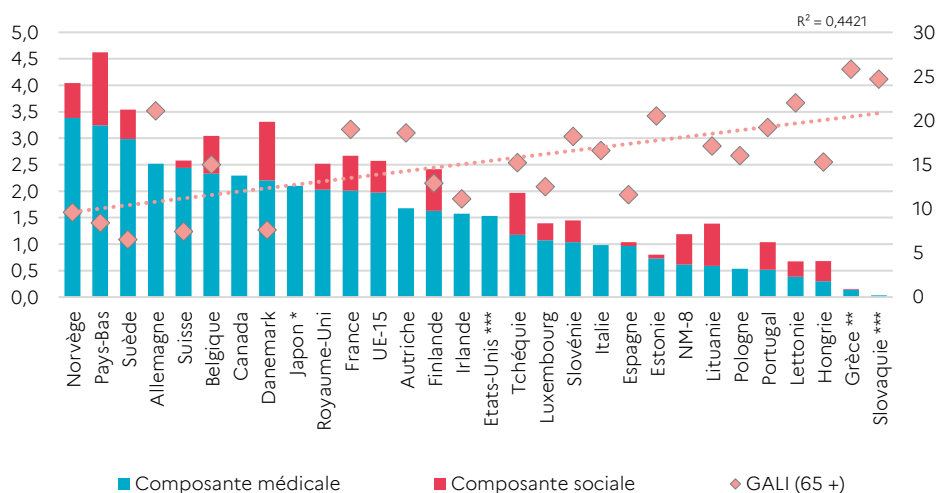
² Comme les travailleurs sociaux (assistantes de services sociaux, conseillers en économie sociale et familiale), les aides ménagères ou les aides à la vie domestique.

un pays et les dépenses dans les SLD. L'OCDE fait un constat similaire à partir de données administratives sur les bénéficiaires de SLD (notamment du fait d'incohérences dans les collectes de données sur les SLD [OCDE, 2020a]). Néanmoins, il semblerait que les pays présentant les plus larges proportions de personnes déclarant souffrir de handicap ou de perte d'autonomie sont également ceux qui dépendent le moins dans les SLD. L'enquête SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe) [encadré 3] confirme ce constat. La Pologne, la Slovaquie, l'Estonie, la Lettonie, la Lituanie et la Grèce comptent parmi les pays ayant

la plus grande proportion de personnes handicapées ou en perte d'autonomie ne bénéficiant pas d'une prise en charge suffisante pour leurs SLD pour la période 2019-2020. Ainsi, dans ces pays, entre 57 % et 70 % des personnes âgées de 65 ans ou plus vivant à domicile et déclarant au moins trois limitations des AVQ ou des AIVQ déclarent des besoins de SLD non satisfaits. À l'inverse, le Danemark, la Belgique, l'Allemagne et les Pays-Bas comptent parmi les pays présentant les taux les plus bas. La France, quant à elle, se situe dans le tiers supérieur, proche de l'Autriche et de la Suisse, et au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE (OCDE, 2021).

Graphique 1 Dépenses de soins de longue durée en 2020

Composantes médicales et sociales en % du PIB (à gauche) ; Proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus, handicapées ou de perte d'autonomie au sens du GALI, en % (à droite)



* Données 2019 ; ** données 2019 pour la composante sociale uniquement ; *** hors soins à domicile.

Note > La frontière entre composante médicale et composante sociale est fine et conventionnelle. La composante sociale étant souvent moins bien renseignée par les pays, elle est indiquée ici pour information, lorsqu'elle est disponible. Elle n'est pas incluse dans la DCSi.

Lecture > La Norvège dépense 3,4 % de son PIB en soins de santé de longue durée et 0,7 % de son PIB en soins sociaux de longue durée. En Norvège, 9,6 % des personnes âgées de 65 ans ou plus se déclarent en situation de handicap ou de perte d'autonomie au sens du GALI en 2020.

Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) : Eurostat, Enquête européenne sur les ressources et les conditions de vie (SRCV-UE). DREES, comptes de la santé (pour la France).

Encadré 1 Soins de longue durée : des comparaisons internationales fragiles

S'il existe des enquêtes statistiques (enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe [SHARE], enquête santé européenne [EHIS]) et des collectes de données effectuées par les organisations internationales (dispositif SHA), les statistiques sur les SLD en comparaison internationale sont encore limitées. En effet, ces données couvrent rarement l'ensemble du champ des personnes bénéficiaires de SLD (les individus en établissements résidentiels de SLD sont généralement exclus des enquêtes), et les collectes de données manquent encore d'harmonisation au niveau international. Les deux principales difficultés dans la comparaison internationale des SLD sont les suivantes :

La difficile distinction entre les dépenses de santé et les dépenses sociales dans SHA

La distinction entre les dépenses de SLD 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. Ces dernières sont présentées généralement pour la seule composante médicale, la composante sociale des SLD étant moins souvent renseignée par les pays. Par ailleurs, au sein de la DCSI, le partage entre soins courants, d'une part, et SLD, d'autre part, est aussi complexe. Le périmètre des SLD varie d'un pays à l'autre et la frontière entre ces deux notions peut faire l'objet de différentes interprétations pour certains actes médicaux. Ces difficultés de classement fragilisent ainsi les comparaisons internationales sur le sujet.

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

Plusieurs rapports de l'OCDE (OCDE, 2020b) et de la Commission européenne (LTC Report, 2021) ont entrepris d'évaluer le nombre de travailleurs sociaux en institutions et à domicile qui prennent en charge des personnes en perte d'autonomie. Ces publications présentent des résultats largement sous-estimés du taux d'encadrement des personnes de 65 ans ou plus pour la France (2,3 travailleurs sociaux pour 100 personnes âgées de 65 ans ou plus). Cette sous-estimation des données pour la France est principalement due au fait que ces publications fondent leurs estimations sur la *Labour Force Survey* d'Eurostat (l'équivalent de l'enquête Emploi de l'Insee). Or celles-ci sont largement incomplètes, toutes les catégories de travailleurs sociaux dans le secteur des SLD n'étant pas identifiées donc comptabilisées pour la France (c'est notamment le cas des aides à domicile). Libault (2019) propose une estimation de l'ensemble du champ des travailleurs sociaux en France de 830 000 équivalents temps plein (ETP) travaillant auprès des personnes âgées dépendantes en 2018, soit un taux d'encadrement de 6,3 %. Ce chiffre placerait la France parmi les pays les mieux dotés en personnels dans le secteur des SLD. Cependant, il est également possible que le taux d'encadrement soit sous-estimé dans d'autres pays. Il faut donc analyser celles-ci avec précaution.

Encadré 2 Identifier les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie en Europe

Plusieurs indicateurs permettent d'identifier des situations de handicap ou de perte d'autonomie. Dans le cadre de cette étude, leur portée a été restreinte aux seules personnes âgées de 65 ans ou plus, ces dernières étant les principaux bénéficiaires de SLD.

Parmi eux, le *Global Activity Limitation Indicator* (GALI) considère comme étant handicapées ou en perte d'autonomie les personnes répondant « Oui, fortement » à la question « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? ». Cet indicateur permet de poser une seule question, incluant quatre éléments constitutifs du handicap : sa dimension chronique (« depuis au moins six mois ») ; un état de santé fonctionnel dégradé (« un problème de santé ») ; une restriction de toutes sortes d'activités (« dans les activités ») ; et une dimension sociale (« que les gens font habituellement »). En France, le GALI est utilisé fréquemment pour les études sur les conditions de vie des personnes

en situation de handicap et de perte d'autonomie (Dauphin et Eideliman, 2021). Le GALI est l'une des trois questions composant le mini-module santé européen. La formulation du GALI pour l'ensemble des pays est arrêtée et stabilisée depuis 2008 dans les enquêtes européennes (l'enquête européenne sur la force de travail [LFS], l'enquête européenne sur les ressources et les conditions de vie [SILC ou SRCV-UE] ou l'enquête européenne de santé [EHIS]).

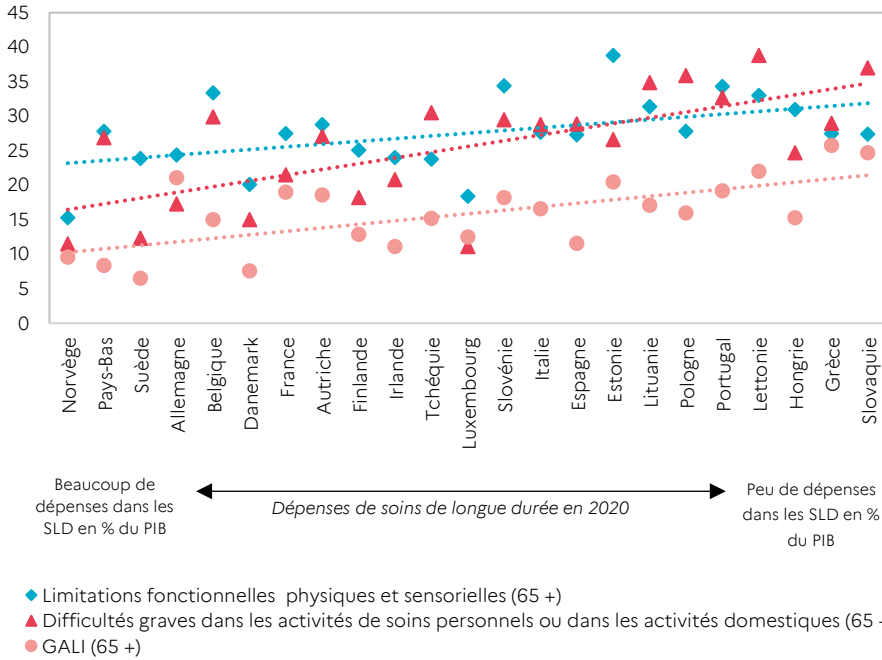
D'autres indicateurs permettent également d'approcher ces questions. L'Enquête européenne de santé (EHIS) de 2019 permet ainsi de calculer la proportion de personnes ayant des difficultés graves dans les activités de soins personnels ou dans les activités domestiques (c'est-à-dire les personnes déclarant au moins une difficulté parmi les cinq activités de soins personnels ou parmi les cinq activités domestiques mentionnés dans l'enquête¹), ainsi que la proportion de personnes souffrant de limitations fonctionnelles, physiques et sensorielles graves (vision, audition, marche). Quel que soit l'indicateur utilisé, on observe une corrélation négative entre la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus, déclarant souffrir de handicap ou de perte d'autonomie, et l'investissement des pays dans les SLD (*graphique – les pays ont été triés selon leur investissement dans les SLD [composante médicale], de gauche à droite*). En Norvège, pays qui dépense le plus en SLD (composante médicale), 9,6 % des personnes âgées de 65 ans ou plus déclarent souffrir de handicap au sens du GALI, 11,5 % indiquent rencontrer des difficultés graves dans les activités de soins personnels ou dans les activités domestiques et 15,3 % présentent des limitations graves fonctionnelles, physiques et sensorielles. En Slovaquie, pays qui dépense le moins dans les SLD (composante médicale), ces taux s'élèvent à 24,7 %, 37,0 % et 27,4 % respectivement.

¹ Exemple des difficultés domestiques et personnelles : préparer des repas, utiliser le téléphone, faire les courses, gérer la prise de médicament, effectuer des tâches domestiques,

gérer les finances et les tâches administratives, etc.

Graphique Proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus, souffrant de handicap ou de perte d'autonomie au sens de trois indicateurs sélectionnés

En %



Note > Les pays ont été classés selon leur investissement dans les SLD (composante médicale), la Norvège étant le pays qui investit le plus, et la Slovaquie celui qui investit le moins.

Lecture > En Norvège, 9,6 % des personnes âgées de 65 ou plus déclarent souffrir de handicap au sens du GALI, 11,5 % indiquent rencontrer des difficultés graves dans les activités de soins personnels ou dans les activités domestiques et 15,3 % présentent des limitations graves fonctionnelles, physiques et sensorielles.

Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) : Eurostat, Enquête européenne sur les ressources et les conditions de vie (SRCV-UE) ; Eurostat, enquête européenne de santé (EHIS).

Encadré 3 L'enquête SHARE

L'enquête SHARE (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*) collecte tous les deux ans des données médicales, économiques et sociales auprès des populations de plus de 50 ans dans 27 pays européens. Elle permet d'estimer la part de personnes âgées ne bénéficiant pas d'une prise en charge formelle ou informelle suffisante de leurs besoins de SLD, en restreignant son analyse aux seules personnes faisant état de limitations des activités quotidiennes (AVQ et AIVQ). Longitudinale, cette enquête interroge les mêmes participants à intervalles réguliers afin d'observer au mieux les changements dans le temps de la société et de la population en général.

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

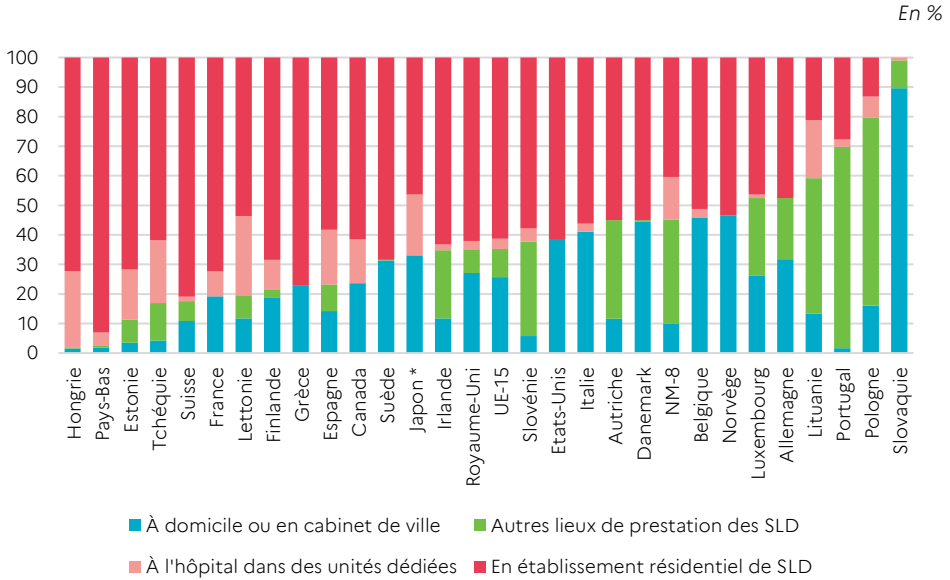
À partir des années 1980, les États ont développé des dispositifs de prise en charge de la dépendance, tant pour son volet médical que social. Dans les pays nordiques, les besoins d'aide à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ) sont pris en charge au sein d'un système d'assistance 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 d'assistance, 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^{er} janvier 2021, la Caisse nationale des solidarités pour l'autonomie (CNSA) est désormais la caisse de sécurité sociale gérant la 5^e 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, 64 % des dépenses de SLD correspondent à des soins dispensés

dans des structures d'hébergement (61 %) ou à l'hôpital dans des unités dédiées (3 %), 26 % sont dispensés à domicile ou dans des cabinets de ville et 10 % dans d'autres lieux de prestation des SLD (*graphique 2*). Les coûts moyens (personnels et infrastructures) en institutions sont plus élevés qu'à domicile. Les dépenses en institution 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 8 % 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 a également été mise en place en France – l'allocation journalière de proche aidant (AJPA) – afin d'indemniser les aidants qui travaillent ou réduisent leur activité pour s'occuper d'un proche en situation de handicap ou en perte d'autonomie.

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



* Données 2019.

Note > La catégorie « Autres lieux de prestations des SLD » inclut les SLD fournis par les lieux de prestations des SLD non classés ailleurs. Elle inclut majoritairement les SLD fournis par « le reste de l'économie » et, dans une moindre mesure, les prestataires de soins préventifs, les prestataires de services administratifs et de financement du système de soins de santé et les prestataires de services auxiliaires.

Lecture > La Hongrie consacre 2 % de ses dépenses totales de SLD à ceux fournis à domicile ou en cabinet de ville, 72 % en établissements résidentiels de SLD et 26 % à l'hôpital dans des unités dédiées.

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

Un besoin croissant de soins de longue durée pour une population vieillissante

Les écarts de niveaux des dépenses consacrées aux SLD entre les pays étudiés peuvent aussi s'expliquer par des différences de structures démographiques. En moyenne, la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus a presque doublé entre 1960 et 2020 dans les pays de l'UE-15, passant de 10,6 % en 1960 à plus de 20 % en 2020. La part des personnes âgées de 80 ans ou plus a quant à elle été multipliée par 4, de 1,6 % en 1960 à 6,2 % en 2020, en raison notamment de la baisse des taux de fécondité et de l'allongement de l'espérance de vie. Les projections démographiques¹ montrent que ces proportions devraient augmenter dans les prochaines

décennies et atteindre respectivement 28,4 % et 11,3 % de la population dans les pays de l'UE-15 en 2050. Le vieillissement serait particulièrement marqué en Grèce, en Italie, au Japon et au Portugal. À l'inverse, et en raison notamment d'un taux de fécondité plus élevé, la part des personnes âgées dans les pays de l'est de l'Europe est plus faible que dans le reste de l'Union européenne (les personnes âgées de 65 ans ou plus et de 80 ans ou plus représentent respectivement 19 % et 4,5 % en 2020 dans les NM-8). Cette tendance devrait néanmoins s'inverser concernant la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus, les projections pour 2050 atteignant 29,7 % (graphique 3).

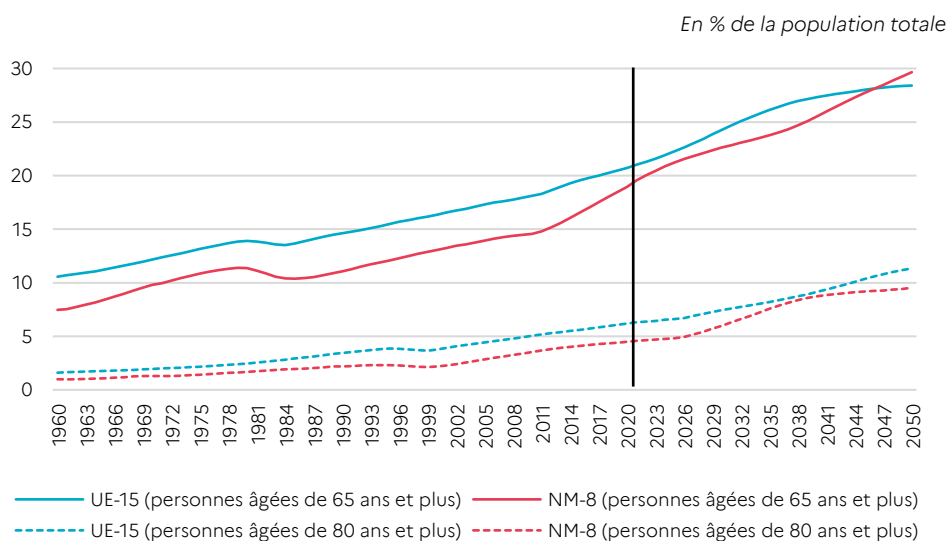
Le vieillissement de la population a des implications majeures pour les soins de longue durée,

¹ Projection de la population de l'OCDE et d'Eurostat.

en augmentant les besoins dans l'absolu et *a priori* relativement à la population active. D'après la Commission européenne (Commission européenne, 2021), 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 risque, associé à celui de la diminution de la prise en charge des personnes âgées au sein de la famille (faible fécondité et participation croissante des femmes au marché du travail), pourrait conduire les pays à doubler leurs dépenses de SLD d'ici à 2060 (Commission européenne, 2021).

Graphique 3 Évolution de la part de la population âgée de 65 ans ou plus (ligne pleine), et de 80 ans ou plus (ligne en pointillés)



Note > Les moyennes des pays de l'UE-15 et des NM-8 sont respectivement représentées en bleu et en rouge sur le graphique.

Champ > Pays de l'UE-15 : Autriche, Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Luxembourg, Irlande, Italie, Pays-Bas, Portugal, Suède et Royaume-Uni. Les nouveaux membres sont l'Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la Slovaquie, la Slovénie et la Tchéquie.

Sources > OCDE, Eurostat, projections de la population..

Pour en savoir plus

- > 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*.
- > Dauphin, L., Eideliman, J.S. (2021). Élargir les sources d'étude quantitative de la population handicapée : Que vaut l'indicateur « GALI » ? Utilisation de la question GALI pour repérer les personnes handicapées et établir des statistiques sur leurs conditions de vie. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 74.
- > Libault, D. (2019). *Grand âge et autonomie [Old age and autonomy]*. Ministère des Solidarités et de la Santé.
- > OCDE (2020a). *Assessing the Comparability of Long-term care Spending Estimates under the Joint Health Accounts Questionnaire*, sur <https://www.oecd.org/health/health-systems/LTCSpending-Estimates-under-the-Joint-Health-Accounts-Questionnaire.pdf>.

- > OECD (2020b). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, OECD Health Policy Studies. Paris, France : OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.
- > OCDE (2021). *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : édition OCDE.
- > Tubeuf, S., Jusot, F., Devaux, M., Sermet, C., (2008). Social Heterogeneity in Self-Reported Health Status and Measurement of Inequalities in Health. Irdes, *Document de travail*, 12.