

En 2022, la France consacre 49,5 milliards d'euros, soit 15,8 % de sa dépense courante de santé au sens international (DCSi) 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 5 % de la DCSi dans certains pays du sud et de l'est de l'Europe et, à l'inverse, avoisinent 20 % de la DCSi dans de nombreux pays du nord-ouest de l'Europe.

À la composante santé, il faut ajouter une composante sociale des SLD (accomplissement des tâches domestiques et administratives), non comptabilisée dans la DCSi, mais à laquelle elle est rapportée dans cette fiche à des fins de comparaison. Ainsi, la composante sociale représente l'équivalent de 5,0 % de la DCSi en France et près de 11,5 % 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. Dans tous les pays étudiés, les dépenses de SLD devraient augmenter fortement avec le vieillissement de la population dans les prochaines décennies.

Les dépenses consacrées aux soins de longue durée (SLD) concernent des personnes âgées en perte d'autonomie, mais aussi des personnes en situation de handicap. Ces dépenses ont une composante santé – incluse dans la DCSi – et une composante sociale – exclue de la DCSi (schéma 1). Les dépenses de SLD santé incluent les aides relatives à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ), 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. La composante sociale des SLD inclut, quant à elle, les aides relatives à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), c'est-à-dire les aides à l'accomplissement des tâches domestiques (courses, lessive, ménage, préparation des repas) ou d'autres activités quotidiennes (gestion du budget, loisirs, accompagnement à l'extérieur)¹.

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

En 2022, les dépenses consacrées aux soins de longue durée (SLD) dans leur composante médicale, atteignent 16,3 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) en moyenne dans l'Union européenne à 27 (UE-27). Les pays du nord-ouest de l'Europe y consacrent systématiquement une plus grande part de leur DCSi que les pays du Sud et de l'Est. Les Pays-Bas, la Suède, la Belgique, l'Irlande et le Danemark consacrent ainsi plus de 20 % de la DCSi aux SLD en 2022 (*graphique 1*). En effet, ces pays ont développé de longue date une

offre de services, à destination des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap, qui prend en charge les AVQ, notamment *via* des services de soins à domicile très développés. À l'autre extrémité, la Grèce, la Croatie et la Slovaquie consacrent moins de 3,0 % de la DCSi aux SLD dans leur composante médicale en 2022. Avec 15,8 % de sa DCSi consacrée aux SLD, la France se positionne légèrement en dessous de la moyenne des pays de l'UE-27, et parmi les derniers pays du nord-ouest de l'Europe.

La composante sociale des SLD, qui inclut des services et aides sociales accompagnant la dépendance et le handicap² dans plusieurs pays, est moins bien renseignée dans le Système des comptes de la santé harmonisé au niveau international (SHA) [*encadré 1*]. Les pays du nord-ouest de l'Europe sont ceux qui investissent le plus dans ces dispositifs sociaux. Elle atteint ainsi jusqu'à l'équivalent de 18,1 % de la DCSi en Finlande en 2022. En France, cette composante représente l'équivalent de 5,0 % de la DCSi.

Dans les pays étudiés, on ne constate pas de corrélation positive entre les dépenses de SLD et la part de personnes déclarant souffrir de handicap ou de perte d'autonomie (*graphique 1*), tel que défini par l'indicateur global de restriction d'activité (GALI) [*encadré 1*]. Le niveau de dépense de SLD s'explique davantage par les contraintes financières, les différences culturelles (prise en charge des SLD majoritairement informelle par les familles, ou formelle à

¹ Classification utilisée dans le système des comptes de la santé harmonisé au niveau international (SHA) ; les (AIVQ) sont classées dans les services sociaux et ne sont pas comptabilisées dans la DCSi.

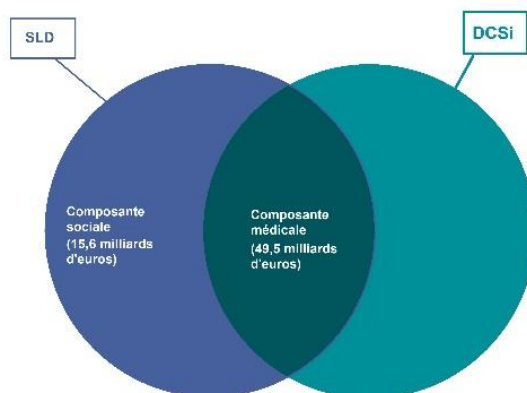
² Comme les travailleurs sociaux (assistantes de services sociaux, conseillers en économie sociale et familiale), les aides ménagères ou les aides à la vie domestique.

domicile ou en institution) ou historiques. Les systèmes dans lesquels l'État joue un rôle central (pays scandinaves, Autriche) investissent davantage dans les SLD que ceux qui s'appuient davantage sur la famille pour délivrer les SLD (Espagne, Italie, Grèce, pays d'Europe de l'Est) et ceux qui présentent un système hybride (France, Allemagne) (Fuino, *et al.*, 2020).

On observe par ailleurs une corrélation entre niveau de dépenses de SLD et satisfaction des besoins de soins de longue durée, selon les données de l'enquête SHARE (*encadré 1*). La Tchéquie, la Pologne, la Slovénie et les pays baltes ont la plus grande proportion de personnes en situation de handicap ou en

perte d'autonomie ne bénéficiant pas d'une prise en charge suffisante pour leurs SLD pour la période 2019-2020 : entre 60 % et 70 % des personnes âgées de 65 ans ou plus, vivant à domicile et déclarant au moins trois limitations des AVQ/AIVQ, déclarent des besoins de SLD non satisfaits. À l'inverse, la proportion de besoins non satisfaits est plus faible au Danemark, en Belgique et en Allemagne : entre 37 % et 41 % des personnes déclarant des limitations indiquent des besoins non satisfaits. La France est proche de ce groupe de pays (42 %) et la proportion de besoins non satisfaits y est inférieur à la moyenne de l'OCDE (50 %) [OCDE, 2021].

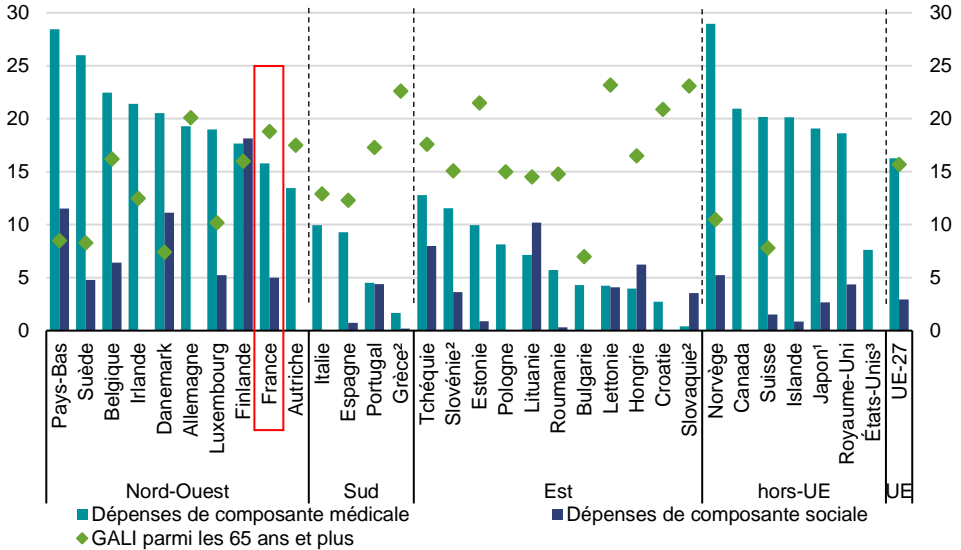
Schéma 1 Répartition des soins de longue durée (SLD) dans la dépense de consommation de soin au sens international (DCSi), en France en 2022



Source > DREES.

Graphique 1 Dépenses de soins de longue durée en 2022

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



1. Données 2021 (composante médicale).
2. Données 2021 (composante sociale).
3. 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 consacre 29,0 % de sa DCSi en soins de santé de longue durée et 5,2 % de sa DCSi en soins sociaux de longue durée. En Norvège, 10,5 % des personnes âgées de 65 ans ou plus se déclarent en situation de handicap ou de perte d'autonomie au sens du GALI en 2022.

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 : les outils de la comparaison internationale

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, les enquêtes auprès de personnes 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. Il existe deux principales difficultés dans la comparaison internationale des SLD : la difficile distinction entre les dépenses de santé et les dépenses sociales dans SHA, et les difficultés liées à l'estimation en France du nombre de travailleurs – sociaux ou médicaux – dans le secteur des SLD.

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. Les SLD sont présentés généralement pour la seule composante médicale, la composante sociale 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 également 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 actes¹. Ces difficultés de classement fragilisent ainsi les comparaisons internationales sur le sujet.

Une sous-estimation des dépenses de SLD pour la France, liée à une difficulté à comptabiliser les emplois du secteur

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 pour la France est principalement due au fait qu'elle repose sur les données de l'enquête Emploi de l'Insee, qui ne permet pas de comptabiliser toutes les catégories de travailleurs sociaux dans le secteur des SLD (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 ces estimations avec précaution.

Le GALI, un indicateur harmonisé pour 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 concernant toutes sortes d'activités (« dans les activités ») ; et une dimension sociale (« que les gens font habituellement »).

L'enquête SHARE

L'enquête Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) collecte tous les deux ans des données médicales, économiques et sociales auprès des populations de 50 ans ou plus 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.

¹ C'est par exemple le cas pour les services de soutien (formation de base, accompagnement) destinés aux aidants informels qui fournissent des aides relatives à l'accomplissement des AVQ.

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 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, 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. En France, les principales prestations en espèce sont l'allocation personnalisée d'autonomie [APA] et la prestation de compensation du handicap [PCH]¹, versées par les

¹ L'APA sert à payer (en totalité ou en partie) : soit les dépenses nécessaires pour rester à domicile (APA à domicile), soit le tarif dépendance d'un établissement médico-social. Elle est versée sous conditions d'âge (à partir de 60 ans) et de perte d'autonomie. La PCH couvre cinq formes d'aides : humaine, technique, d'aménagement

du logement ou du véhicule, de charges exceptionnelles ou spécifiques liées au handicap, et animale. Elle est versée sous conditions d'âge (moins de 60 ans) et de perte d'autonomie. Le taux de prise en charge varie en fonction des ressources et du type de résidence du demandeur (à domicile ou en établissement).

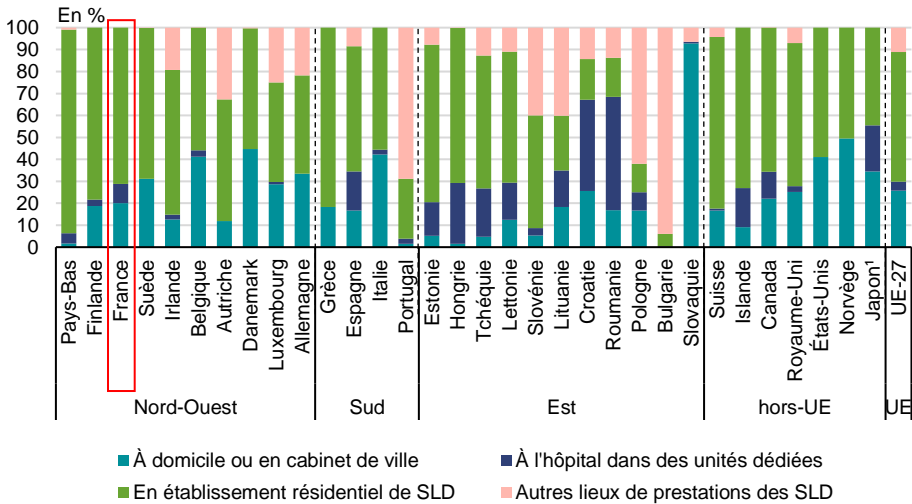
départements avec le concours financier de la Caisse nationale des solidarités pour l'autonomie (CNSA), 5^e branche de la Sécurité sociale depuis 2021 (Dherbécourt, *et al.*, 2023).

La part des dépenses pour le maintien à domicile minoritaire dans l'UE-27

En moyenne, dans l'UE-27, 63 % des dépenses de SLD correspondent à des soins dispensés dans des structures d'hébergement (59 %) ou à l'hôpital dans des unités dédiées (4 %), 26 % sont dispensés à domicile ou dans des cabinets de ville et 11 % dans d'autres lieux de prestation des SLD (établissements de soins infirmiers, prestataires de soins ambulatoires, etc.) [graphique 2]. Les coûts moyens (personnels et infrastructures) en institutions sont plus élevées qu'à domicile (Fuino, *et al.*, 2020). Les dépenses en institution sont généralement à destination d'établissements spécialisés dans les SLD. Si les services dédiés dans les hôpitaux restent nombreux en Europe de l'Est, ce type de prise en charge tend à se raréfier

en Europe (European Centre, 2015), à l'instar de la France où les unités de soins de longue durée (USLD) ne représentent plus que 9 % des dépenses de SLD. Le nombre de lits d'hospitalisation complète en USLD décroît depuis 2013 et cette baisse se poursuit en 2022 (1,7 %) [Boisguérin, *et al.*, 2023]. 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 en 2022



1. Données 2021.

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 > En 2022, la Hongrie consacre 1,5 % de ses dépenses totales de SLD aux soins fournis à domicile ou en cabinet de ville, 70,6 % en établissements résidentiels de SLD et 27,7 % à l'hôpital dans des unités dédiées.

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

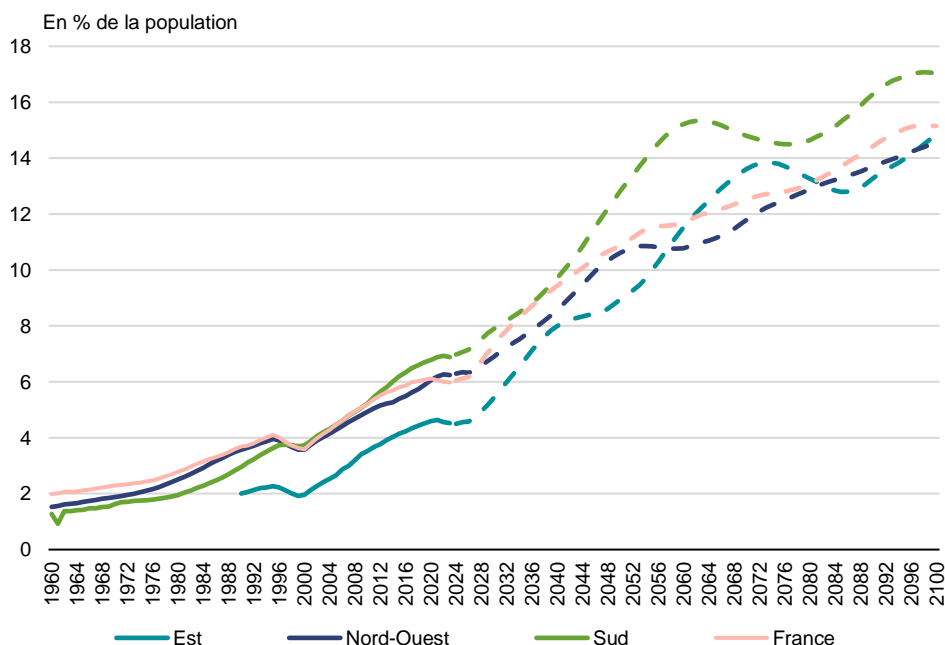
Un besoin croissant de soins de longue durée pour une population vieillissante

Les écarts de niveaux des dépenses consacrées aux SLD entre les pays étudiés peuvent aussi s'expliquer par des différences démographiques. La part des personnes âgées de 80 ans ou plus a été multipliée par 4 entre 1960 et 2022 dans les pays d'Europe du nord-ouest, de 1,5 % en 1960 à 6,3 % en 2022, en raison de la baisse des taux de fécondité et, surtout, de l'allongement de l'espérance de vie. En France, la part des 80 ans ou plus est 3 fois plus élevée en 2022 (6,0 %) qu'en 1960 (2,0 %). Les projections démographiques européennes (Eurostat, 2023) montrent que cette proportion devrait augmenter dans les prochaines décennies et atteindre 10,6 % de la population dans les pays d'Europe du nord-ouest et 10,9 % en France en 2050, puis respectivement 14,5 % et 15,2 % en 2100. Le vieillissement serait particulièrement marqué en Grèce, en Italie et au Portugal. À l'inverse, et en raison notamment d'une espérance de vie à la naissance plus faible, 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 (en 2022, les personnes âgées de 80 ans ou plus représentent en moyenne 4,5 % de la population des pays d'Europe de l'Est).

Le vieillissement de la population a des implications majeures pour les soins de longue durée et leur financement, en augmentant les besoins dans l'absolu et a fortiori relativement à la population active. 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 55,3 % en 2050 et à 65,6 % en 2100. Ce risque, associé à celui de la diminution de la prise en charge des personnes âgées au sein de la famille (en lien notamment avec une participation croissante des femmes au marché du travail), pourrait conduire les pays à doubler leurs dépenses de SLD d'ici à 2070 (Commission européenne, 2024). ■

Graphique 3 Évolution de la part de la population âgée de 80 ans ou plus



Source > Eurostat, projections démographiques 2024.

Pour en savoir plus

- > **Boisguérin, B., Gaimard, L. (2023).** En 2022, la baisse du nombre de lits en état d'accueillir des patients s'accroît. DREES, *Études et Résultats*, 1289.
- > **Commission européenne (2024).** *The 2024 Ageing Report: Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070)*.
- > **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.
- > **Dherbécourt, C., Didier, M., Lefebvre, G. (2023).** *La protection sociale en France et en Europe en 2022 - Résultats des comptes de la protection sociale – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **European Centre (2015).** From care in homes to care at home: European experiences with (de)institutionalisation in long-term care. *Policy Briefs*.
- > **Eurostat (2023).** [EU's population projected to drop by 6% by 2100](#). Eurostat.
- > **Fuino, M., Rudnytskyi, I., Wagner, J. (2020).** On the characteristics of reporting ADL limitations and formal LTC usage across Europe. *Eur. Actuar. J.* 10, 557–597. <https://doi.org/10.1007/s13385-020-00242-1>
- > **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.
- > **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.