Besoin d'aide ?

LA PRESTATION DE SERVICES ET LE FINANCEMENT DE LA DÉPENDANCE



OCDE

Besoin d'aide ?

LA PRESTATION DE SERVICES ET LE FINANCEMENT DE LA DÉPENDANCE

Francesca Colombo,
Ana Llena-Nozal,
Jérôme Mercier,
Frits Tjadens



Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les interprétations exprimées ne reflètent pas nécessairement les vues de l'OCDE ou des gouvernements de ses pays membres.

Merci de citer cet ouvrage comme suit :
Colombo, F., *et al.* (2011), *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE.
http://dx.doi.org/10.1787/9789264097766-fr

ISBN 978-92-64-09777-3 (imprimé)
ISBN 978-92-64-09776-6 (PDF)

Série : Études de l'OCDE sur les politiques de santé
ISSN 2074-3203 (imprimé)
ISSN 2074-3211 (en ligne)

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem-Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Crédits photos : Couverture © Alexandre Lukin/Shutterstock.com.

Les corrigenda des publications de l'OCDE sont disponibles sur : *www.oecd.org/editions/corrigenda*.

© OCDE 2011

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à *rights@oecd.org*. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) *info@copyright.com* ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) *contact@cfcopies.com*.

Avant-propos

Bien souvent, un jour arrive où les capacités fonctionnelles et physiques déclinent. Pour continuer à mener une vie active et enrichissante, une assistance s'avère alors nécessaire, qu'elle provienne du cercle familial ou amical ou soit fournie par des personnes employées à cette fin.

Le présent rapport traite de la manière dont les pays peuvent apporter une telle aide, qu'assurent aujourd'hui majoritairement, par amour ou par devoir, la famille et les amis. Fournir une certaine dose d'assistance complémentaire à ces aidants peut avoir un fort impact, pour un coût relativement modeste. Il est possible de trouver du personnel capable d'assumer cette prise en charge, à condition toutefois que les pouvoirs publics et les employeurs s'appliquent à améliorer l'image négative – travail difficile, peu qualifié et peu rémunérateur – qu'ont ces fonctions. La puissance publique peut aussi, sans ponction excessive des deniers de l'État, fournir une protection financière adaptée à ceux qui ont besoin d'être pris en charge. Mais prendre les bonnes mesures suppose d'agir sans délai, car le défi que représente l'instauration de politiques durables, réactives et équitables de prise en charge de la dépendance ne fera que croître avec le vieillissement de la population. Tirer des enseignements de l'expérience tant positive que négative des autres pays peut faire économiser beaucoup d'argent et épargner bien des difficultés.

Cet ouvrage est l'aboutissement d'un projet de deux années mené en 2009 et 2010 par la Division de la santé et la Division des politiques sociales de l'OCDE. L'étude met en exergue les principales politiques et stratégies susceptibles de contribuer à assumer la demande future de prise en charge de la dépendance et les implications à en attendre pour la main-d'œuvre et le financement des soins de longue durée. Elle détaille des exemples d'expériences nationales éclairantes, tout en signalant le déficit, dans différents domaines, de données sur les politiques d'un bon rapport coût-efficacité, manque qui incite fortement à plaider pour de nouvelles recherches factuelles sur la prise en charge de la dépendance.

Nous avons panaché dans cette étude les méthodes quantitatives et qualitatives. Les renseignements qualitatifs ont été recueillis au moyen d'un questionnaire d'investigation et d'inventaire des politiques menées couvrant 29 pays de l'OCDE, complété par quelques missions d'étude sur place. Les données quantitatives proviennent de bases de données de l'OCDE et d'enquêtes longitudinales sur la santé, les retraites et le vieillissement conduites en Europe, en Australie, aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Corée. Les projections de dépenses concernant la dépendance résultent de l'actualisation et de l'extension de projections effectuées antérieurement par l'OCDE et la Commission européenne.

Remerciements

Le présent ouvrage est l'aboutissement de travaux menés à l'OCDE dans un esprit de réelle coopération entre son Secrétariat, les délégués nationaux et des experts issus de nombreux pays de la zone OCDE. Au sein du Secrétariat, deux Divisions de la Direction de l'emploi, du travail et des affaires sociales – la Division de la santé et la Division des politiques sociales – ont collaboré au projet.

Le rapport a été élaboré par Francesca Colombo, chef de projet, et par Ana Llena Nozal, Jérôme Mercier et Frits Tjadens. Lihan Wei les a aidés tout au long du projet à mener leurs recherches et collecter des statistiques. De nombreux stagiaires – tout particulièrement Margarita Xydia-Charmanta, mais aussi Katerina Gousia, Elizabeth Sugarman, Y-Ling Chi, Anna-Mari Viita et Lilian Chi Yan Li – ont prêté leur concours analytique ou rédactionnel à un stade ou un autre du projet. Le rapport a pu bénéficier des observations et suggestions très précieuses de, notamment, Mark Pearson, Monika Queisser et John Martin, ainsi que de Rie Fujisawa et Jonathan Chaloff. Nos remerciements vont aussi à Marlène Mohier pour son travail d'édition en vue de la publication et à Judy Zinneman pour son travail d'assistanat.

Ce projet n'aurait pu être mené sans l'aide des experts et délégués nationaux, dont les représentants des ministères de la Santé et des Affaires sociales des pays de l'OCDE, qui ont fourni éléments techniques, renseignements de fond et réactions à nos travaux. Une réunion d'experts s'est tenue les 15 et 16 novembre 2010 à Paris pour examiner le projet de rapport. Des commentaires sur ce dernier ont également été transmis par la Commission européenne, l'Organisation mondiale de la santé et le Comité consultatif économique et industriel auprès de l'OCDE (BIAC).

Le projet a bénéficié d'une subvention de la Direction générale de la santé et des consommateurs de la Commission européenne, et de contributions volontaires de la Belgique, de la France, du Japon et des Pays-Bas.

Table des matières

Glossaire 13

Synthèse 17

Résumé et conclusions 23

Chapitre 1. **La prise en charge de la dépendance : un secteur en expansion et des systèmes diversifiés** 47

1.1. But du rapport : de quelles façons les sociétés font-elles face au besoin croissant liés à la dépendance ? 48
1.2. Qu'est-ce que la prise en charge des soins de longue durée ? 49
1.3. Qui sont les utilisateurs de services formels liés à la dépendance ? 50
1.4. Qui sont les prestataires de soins de longue durée ? 54
1.5. Qui finance les soins de longue durée, dans quel cadre et à quel coût ? 57
1.6. Quelles prestations peuvent être fournies ? 60
1.7. Quel a été le cheminement passé et quelles sont les orientations futures des pays ? 69
1.8. Conclusion 75

Notes 76
Bibliographie 76

Chapitre 2. **Prendre la mesure des défis à venir : futures tendances démographiques et coût de la prise en charge de la dépendance** 79

2.1. Les futures tendances démographiques vont entraîner une augmentation de la demande de soins de longue durée 80
2.2. La réserve d'aidants familiaux va probablement diminuer 82
2.3. Coût de la prise en charge de la dépendance 90
2.4. Conclusion : quelles politiques face aux défis qui attendent les systèmes de prise en charge de la dépendance ? 100

Notes 102
Bibliographie 103

Chapitre 3. **Impact de la prise en charge de personnes dépendantes sur les aidants familiaux** 107

3.1. Prendre en charge des personnes dépendantes : impact sur les aidants informels 108
3.2. La plupart des aidants sont des femmes, s'occupent de proches et assurent un horaire de soins restreint 108
3.3. Une prise en charge intensive peut se solder par une réduction des taux d'emploi et du temps de travail 114

3.4. Pour les aidants d'âge actif, la prise en charge d'une personne dépendante est associée à un risque de pauvreté plus élevé . . . 121
3.5. Une prise en charge intensive a un impact négatif sur la santé mentale . . . 121
3.6. Conclusion . . . 126
Notes . . . 128
Bibliographie . . . 129
Annexe 3.A1. Sources de données . . . 131
Annexe 3.A2. Chiffres complémentaires . . . 135
Annexe 3.A3. Estimer l'impact de la prise en charge d'une personne dépendante sur les caractéristiques professionnelles des aidants informels . . . 144
Annexe 3.A4. Mesurer l'impact de la prise en charge d'une personne dépendante sur les salaires . . . 146

Chapitre 4. **Les mesures de soutien des aidants familiaux** . . . 147
4.1. Renforcer le rôle des aidants et améliorer leur bien-être . . . 148
4.2. Aider à concilier la prise en charge de personnes dépendantes et un travail rémunéré . . . 148
4.3. Améliorer le bien-être physique et mental des aidants . . . 155
4.4. Indemniser et valoriser les aidants . . . 160
4.5. Conclusion . . . 166
Notes . . . 166
Bibliographie . . . 167
Annexe 4.A1. Tableau récapitulatif : services en faveur des aidants . . . 169
Annexe 4.A2. Congés et autres formes d'aménagement du temps et des horaires de travail en faveur des aidants . . . 171
Annexe 4.A3. Aides financières en faveur des aidants . . . 181

Chapitre 5. **Les effectifs du secteur de la dépendance : recherchés mais souvent insuffisamment reconnus** . . . 191
5.1. Effectifs . . . 192
5.2. Qui sont les travailleurs du secteur de la dépendance ? . . . 192
5.3. Conditions de travail du secteur de la dépendance . . . 203
5.4. Le rôle croissant des travailleurs nés à l'étranger dans certains pays . . . 210
5.5. L'évolution des politiques de prise en charge de la dépendance a une incidence sur les marchés du travail de ce secteur . . . 216
5.6. Conclusion . . . 220
Notes . . . 221
Bibliographie . . . 222

Chapitre 6. **Comment attirer la main-d'œuvre dont le secteur de la dépendance aura besoin à l'avenir ?** . . . 227
6.1. Introduction . . . 228
6.2. Attirer et fidéliser : tour d'horizon des expériences nationales . . . 228
6.3. Garantir un flux adéquat de ressources humaines vers le secteur de la dépendance . . . 232
6.4. Mieux fidéliser la main-d'œuvre : valoriser le travail, offrir des perspectives de carrière . . . 239

6.5. Peut-on améliorer la productivité des effectifs du secteur de la dépendance ? . . . 250
6.6. Conclusion . . . 251
Notes . . . 253
Bibliographie . . . 253

Chapitre 7. **Dispositifs de financement public de la dépendance dans les pays de l'OCDE** . . . 259
7.1. La couverture collective des coûts de la couverture de la dépendance est souhaitable pour des raisons d'efficience et d'accès . . . 260
7.2. La couverture publique des soins de longue durée à la personne peut être répartie en trois grands groupes . . . 261
7.3. Même dans les systèmes universels, l'exhaustivité de la couverture peut beaucoup varier . . . 279
7.4. Des approches différentes mais des orientations analogues – universalisme et modèles privilégiant le choix . . . 290
7.5. Conclusion . . . 294
Notes . . . 294
Bibliographie . . . 295

Chapitre 8. **L'assurance dépendance privée : créneau de marché ou solution pour tous ?** . . . 299
8.1. Les plus gros marchés se concentrent dans un petit nombre de pays de l'OCDE . . . 300
8.2. Les défaillances du marché et la « myopie » des consommateurs expliquent le faible développement de l'assurance dépendance privée . . . 303
8.3. Mesures prises par les pouvoirs publics et le secteur privé pour accroître le recours à l'assurance dépendance . . . 306
8.4. Conclusion : l'assurance dépendance privée offre des perspectives intéressantes, mais restera probablement un créneau de marché étroit . . . 312
Notes . . . 313
Bibliographie . . . 314

Chapitre 9. **Quelles orientations prendre ? Contenu et viabilité financière d'une protection équitable contre les coûts de la dépendance** . . . 317
9.1. Pourquoi apporter une protection financière face au coût de la dépendance ? . . . 318
9.2. L'amélioration de la protection face aux coûts catastrophiques des soins suppose la mise en place d'un droit universel à des prestations dépendance . . . 318
9.3. La prise en charge universelle n'exclut pas le ciblage : quelles prestations pour quel public ? . . . 320
9.4. Les frais de séjour en établissement représentent l'essentiel des coûts que doivent supporter les bénéficiaires de soins de longue durée . . . 327
9.5. Politiques de demain pour ajuster les financements au besoin de soins . . . 334
9.6. Conclusion . . . 346
Notes . . . 348
Bibliographie . . . 349

Chapitre 10. **Peut-on optimiser les dépenses de prise en charge de la dépendance ?** 353
10.1. Introduction 354
10.2. Vers des prestations plus efficientes ? 354
10.3. Peut-on optimiser les soins de santé et la prise en charge de la dépendance ? 368
10.4. La gouvernance des dispositifs de prise en charge de la dépendance 379
10.5. Conclusion 381
Notes 382
Bibliographie 382

Tableaux

1.1. Dispositifs de prestations dépendance en espèces 63
1.2. Aperçu de quelques réformes de la prise en charge de soins de longue durée introduites ces dix dernières années dans les pays de l'OCDE 70
2.1. Les dépenses publiques de prise en charge de la dépendance devraient connaître une forte hausse à l'horizon 2050 94
2.2. Incidence potentielle d'une modification de l'équilibre entre financement public et financement privé des services de prise en charge de la dépendance 101
3.1. L'aide non rémunérée concerne essentiellement les parents ou le conjoint 113
3.2. Les aidants ont une plus forte probabilité d'être au foyer et une plus faible probabilité d'être salariés 115
4.A1.1. Tableau récapitulatif : services en faveur des aidants 169
4.A2.1. Congés et autres formes d'aménagement du temps et des horaires de travail en faveur des aidants 172
4.A3.1. Aides financières en faveur des aidants 182
5.1. Données sur le vieillissement des effectifs du secteur de la dépendance 196
5.2. Programmes de formation initiale des effectifs peu qualifiés du secteur de la dépendance dans les pays de l'OCDE 199
5.3. Les salaires dans le secteur de la dépendance 205
5.4. Travailleurs nés à l'étranger travaillant dans le secteur de la dépendance 211
6.1. Politiques visant à accroître l'offre de services dans le secteur de la dépendance 229
7.1. Systèmes de couverture publique de la dépendance : synthèse 263
7.2. Dispositifs d'assurance dépendance universelle dans les pays de l'OCDE. 269
7.3. Processus d'évaluation des besoins de prise en charge de la dépendance dans quelques pays de l'OCDE 281
7.4. Différentes méthodes de couverture des frais d'accueil en centre médicalisé de long séjour dans les pays de l'OCDE 284
9.1. Composition de la situation nette des ménages 331
10.1. Vue d'ensemble des mesures visant à optimiser les dépenses de prise en charge de la dépendance dans les pays de l'OCDE 355

10.2. Mesures adoptées pour promouvoir l'assistance à domicile dans les pays de l'OCDE 357
10.3. Mesures adoptées pour éviter le recours inapproprié aux services de soins intensifs et coordonner les programmes de prise en charge de la dépendance dans les pays de l'OCDE 369
10.4. Durée moyenne de séjour des personnes atteintes de démence sénile ou de la maladie d'Alzheimer dans un cadre de soins intensifs 372

Graphiques

1.1. En matière de système de prise en charge des soins de longue durée, la viabilité financière est la toute première priorité de la zone OCDE, 2009-10 49
1.2. La prise en charge de la dépendance concerne plus d'individus à domicile qu'en établissement 50
1.3. La plupart des personnes dépendantes prises en charge sont des femmes de plus de 80 ans 51
1.4. La moitié environ des personnes dépendantes prises en charge ont plus de 80 ans 52
1.5. Le volume des soins à domicile est plus élevé pour les bénéficiaires jeunes qu'âgés 52
1.6. Les travailleurs du secteur de la dépendance représentent une faible part de la population d'âge actif, 2008 56
1.7. Le nombre de travailleurs employés dans le secteur de la dépendance ne sont pas en rapport avec le nombre de personnes ayant besoin de soins 56
1.8. Dans la zone OCDE, la part des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance est plus élevée que celle des dépenses privées 57
1.9. Dans la zone OCDE, les dépenses liées à la dépendance, en établissement, sont supérieures aux dépenses de la prise en charge à domicile 59
1.10. Les dépenses de prise en charge de la dépendance varient beaucoup d'un pays de l'OCDE à l'autre 60
1.11. En matière de prise en charge de la dépendance, dépenses élevées et forte densité de personnel vont de pair 61
2.1. La proportion de la population âgée de 80 ans et plus va augmenter rapidement 80
2.2. La proportion des plus de 65 ans et des plus de 80 ans sera nettement plus élevée en 2050 81
2.3. La part de la population d'âge actif devrait décroître d'ici 2050. 83
2.4. L'offre potentielle de soins au sein de la « population d'âge actif élargie » (15-79 ans) décroît rapidement 84
2.5. Le nombre d'hommes âgés en vie par femme va augmenter à l'horizon 2050 . . . 87
2.6. Augmentation à l'horizon 2050 de la proportion de personnes âgées vivant en couple 87
2.7. La proportion de personnes âgées fragilisées vivant seules ou avec un conjoint lui aussi fragilisé va diminuer, mais celle des couples dont les deux membres sont dépendants connaîtra une hausse à l'horizon 2050 88
2.8. L'augmentation projetée du nombre de personnes âgées fragilisées est très supérieure à celle du nombre d'aidants potentiels 89

2.9. Le taux de croissance annuel moyen des dépenses de prise en charge de la dépendance est nettement supérieur à la croissance réelle prévue du PIB 95
2.10. La demande de main-d'œuvre dans le secteur de la dépendance devrait au moins doubler à l'horizon 2050 98
2.11. Évolution de la demande de main-d'œuvre dans le secteur de la dépendance et de la population d'âge actif à l'horizon 2050 98
3.1. La prise en charge de personnes dépendantes varie selon le pays et le type d'assistance 109
3.2. La plupart des aidants informels sont des femmes 112
3.3. Les aidants assurent souvent un horaire d'assistance restreint 113
3.4. Les personnes restreintes dans leurs AVQ ont davantage besoin d'assistance . . . 114
3.5. Les aidants ont des horaires de travail moindres 116
3.6. L'activité d'aidant informel s'accompagne d'une plus faible probabilité d'activité professionnelle 117
3.7. Les aidants informels qui travaillent tendent à réduire leur temps de travail . . . 119
3.8. Les aidants sont plus susceptibles de cesser de travailler que de travailler à temps partiel 120
3.9. La prise en charge familiale et amicale de personnes dépendantes est associée à un revenu plus faible, mais ne va pas nécessairement de pair avec un salaire moindre 122
3.10. Davantage de problèmes de santé mentale chez les aidants 124
3.11. Les problèmes de santé mentale dépendent de l'intensité de la prise en charge 125
3.12. La prise en charge de personnes dépendantes accroît la probabilité de souffrir de problèmes de santé mentale 127
3.A2.1. Une prise en charge plus intensive et la cohabitation de l'aidant avec la personne prise en charge ont une incidence négative plus forte sur l'emploi 136
3.A2.2. Une prise en charge plus intensive et la cohabitation de l'aidant avec la personne prise en charge ont une incidence négative plus forte sur le temps de travail 138
3.A2.3. Une prise en charge plus intensive et la cohabitation de l'aidant avec la personne prise en charge ont une incidence négative plus forte sur la santé mentale 140
3.A2.4. Les aidants qui assurent une prise en charge intensive ont une probabilité plus forte d'être plus âgés et plus défavorisés socialement . . . 142
4.1. Le congé pour soins de longue durée est moins répandu que le congé parental 150
4.2. Plus de femmes avec enfants que d'aidants familiaux parmi les salariés à temps partiel 151
4.3. Le congé pour soins de longue durée et le travail à temps partiel sont plus répandus dans certains secteurs d'activité 153
4.4. Les allocations versées aux aidants créent des contre-incitations à réduire le temps de travail 162
5.1. Le nombre de personnes prises en charge par équivalent plein temps (EPT) est plus élevé à domicile qu'en établissement 193

5.2. Dans la plupart des pays de l'OCDE, moins de la moitié des effectifs du secteur de la dépendance interviennent à domicile 193
5.3. La plupart des effectifs du secteur de la dépendance sont des femmes 194
5.4. Le travail à temps partiel est plus fréquent dans le secteur des soins à domicile 195
5.5. Dans la plupart des pays de l'OCDE, le personnel infirmier représente moins de la moitié des effectifs du secteur de la dépendance et travaille en majorité en établissement 198
5.6. Emploi des personnes nées à l'étranger dans le secteur de la santé et des autres services sociaux et dans celui des services aux ménages 214
7.1. Les usagers de services de prise en charge de la dépendance varient considérablement d'un pays de l'OCDE à l'autre 271
7.2. Les fluctuations des dépenses liées à la dépendance ne sont pas toujours fortement corrélées avec la proportion de la population ayant plus de 80 ans ... 279
7.3. Dépenses de prise en charge de la dépendance par source de financement, 2007.... 280
7.4. Exhaustivité de la couverture publique de la dépendance dans la zone OCDE, 2008 289
8.1. Le marché de l'assurance dépendance privée est modeste 300
9.1. Le coût associé à un faible besoin de soins est significatif pour les personnes âgées à faible revenu..... 319
9.2. Le coût associé à un besoin élevé de soins est significatif pour la plupart des personnes âgées..... 320
9.3. Le revenu disponible diminue avec l'âge..... 322
9.4. Les transferts publics constituent la majeure partie du revenu des personnes âgées..... 328
9.5. Situation nette moyenne en fonction de l'âge du chef de famille..... 330
9.6. Le segment âgé de la population détient une part croissante du revenu 340
9.7. Le revenu disponible des personnes âgées se compose principalement de la pension et de revenus du capital..... 341
10.1. Cette dernière décennie, la densité de lits de soins de longue durée dans les centres médicalisés de long séjour a reculé 359
10.2. La part des personnes dépendantes prises en charge à domicile a augmenté dans l'ensemble de la zone OCDE..... 360
10.3. Évolution du taux de placement en établissement dans la zone OCDE 360

Glossaire

Activités de la vie quotidienne (AVQ) : actes tels que se laver, manger, se coucher et se lever, s'asseoir et se relever, se déplacer et aller aux toilettes. Elles sont souvent désignées par l'expression « soins à la personne ».

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) : travaux ménagers, préparation des repas, courses et transport. Les aides à l'accomplissement de ces activités sont également dénommées services d'aide ménagère ou d'aide à domicile.

Aidants informels : terme fréquemment utilisé pour parler des aidants familiaux, mais qui désigne aussi, au sens strict, les aidants ou soignants *rémunérés* qui ne sont pas déclarés à la sécurité sociale et travaillent donc en dehors de la réglementation officielle du travail.

Aidants familiaux : personnes, telles que conjoint/concubin ou membres de la famille, mais aussi voisins ou amis, qui fournissent régulièrement des services de prise en charge des soins de longue durée, souvent sans rémunération ou en dehors de tout cadre contractuel officiel.

Bénéficiaires : personnes recevant une aide et des soins de longue durée en établissement ou à domicile, y compris les bénéficiaires de prestations en espèces.

Cadre des soins / prise en charge : lieu où résident les usagers de services de soins ; il peut s'agir d'établissements médicalisés de long séjour, de structures d'hébergement avec services ou de logements-foyers, ou encore de logements privés.

Délai de carence : délai fixe, en début de période d'invalidité, pendant lequel l'assuré bénéficie de services mais ne touche aucune prestation au titre de sa police d'assurance (aussi appelé « période de franchise » ou « délai d'attente »).

Dispositif d'assurance dépendance privée : se distingue d'un programme de couverture publique avant tout par un financement assis sur des primes facultatives déconnectées du revenu, par opposition aux impôts ou aux cotisations obligatoires de sécurité sociale. Généralement, les assureurs privés ont recours au marché pour promouvoir et vendre leurs produits.

Établissement (de soins de longue durée) : établissement médicalisé de long séjour (non hospitalier) ou autre établissement de soins avec hébergement offrant à la fois un hébergement et des soins de longue durée (SLD) aux personnes qui ont besoin en permanence d'une surveillance médicale et de soins infirmiers en raison de déficiences chroniques et d'une perte d'autonomie pour accomplir les AVQ. Ces établissements associent un hébergement et, en fonction des besoins des résidents, des soins infirmiers, une surveillance médicale ou d'autres types de soins. Ils englobent les établissements spécifiquement destinés aux personnes âgées qui offrent essentiellement des SLD et accueillent des personnes présentant des handicaps fonctionnels modérés ou graves.

Fait générateur du versement d'une prestation : critère utilisé par les assureurs pour déterminer à quel moment un individu remplit les conditions nécessaires au versement de prestations.

Main-d'œuvre (ou effectifs) du secteur des soins de longue durée : individus assurant une prise en charge des soins de longue durée. Les effectifs professionnels relèvent des professions et catégories suivantes : 1) cadres infirmiers, au sens de la Classification internationale type des professions (CITP-08) : code 2221 pour les cadres infirmiers et code 3221 pour le personnel infirmier de niveau intermédiaire, dispensant des SLD à domicile ou dans des établissements de SLD (autres que des hôpitaux) ; 2) personnel soignant (aides-soignants), y compris soignants formels dispensant une aide et des soins de longue durée à domicile ou dans des établissements (autres que des hôpitaux) sans avoir la qualité d'infirmier. Selon le projet de définition de la CITP-08, les membres du personnel soignant à domicile ou en établissement sont des personnes qui dispensent des soins à la personne simples, par exemple qui aident des personnes âgées, convalescentes ou handicapées résidant à leur domicile ou dans un établissement (autre qu'un hôpital) à se laver, s'habiller et accomplir d'autres activités liées à la toilette.

Non-déchéance : prestation permettant à un souscripteur qui cesse de payer ses primes de continuer à bénéficier d'une partie des prestations.

Police d'assurance forfaitaire (*indemnity insurance*) : verse une indemnité fixe (prestation en espèces) aux bénéficiaires remplissant les conditions requises à partir du moment où ils deviennent dépendants, qu'ils bénéficient ou non de services de prise en charge de longue durée.

Police d'assurance indemnitaire (*reimbursement insurance*) : assure le remboursement de tout ou partie des dépenses de prise en charge de longue durée encourues et répondant aux critères.

Prestations en espèces : transferts monétaires versés au bénéficiaire des soins, au ménage ou au soignant informel pour lui permettre de financer, d'acheter ou de se procurer des services de soins. Elles peuvent aussi comprendre des versements destinés aux aidants.

Prestations en nature : prestations fournies aux bénéficiaires d'une prise en charge de longue durée sous forme non pas monétaire, mais de biens, produits ou services. Il peut aussi s'agir de services fournis par du personnel infirmier, des psychologues, des travailleurs sociaux, des kinésithérapeutes, d'une aide ou d'une assistance aux travaux ménagers ou encore d'aides techniques ou d'équipements spéciaux. Elles peuvent aussi englober le soutien aux aidants familiaux, comme par exemple les soins-relais.

Prêt viager hypothécaire : type spécial de prêt immobilier qui permet de recevoir des liquidités en échange de la valeur actuelle nette d'un logement déduction faite de la dette hypothécaire restant due. L'emprunteur n'est pas tenu de rembourser tant qu'il continue d'occuper son logement. Le prêt devient généralement exigible lorsque l'emprunteur décède, vend le logement ou quitte celui-ci définitivement.

Soins de longue durée (SLD) ou dépendance : ensemble des services nécessaires aux personnes qui, en raison d'une réduction de leurs capacités fonctionnelles physiques ou cognitives, sont, pendant une période prolongée, dépendantes

d'une aide extérieure pour l'accomplissement des AVQ. Ces soins à la personne vont souvent de pair avec des services médicaux élémentaires de type soins infirmiers (pansement de plaies, gestion de la douleur, prise de médicaments, surveillance médicale), mais aussi avec la prévention, la réadaptation ou les soins palliatifs. Ces services de prise en charge peuvent aussi être associés à une aide ménagère ou à une aide à l'accomplissement des AIVQ.

Prise en charge des soins de longue durée à domicile : services fournis à des personnes qui souffrent de handicaps fonctionnels et résident le plus souvent à leur domicile. Ils recouvrent également le recours temporaire, pour favoriser le maintien à domicile, à une institution : services de proximité, centre d'accueil de jour, structure d'accueil temporaire (soins-relais). Englobe également les aménagements spéciaux, assistés ou adaptés qui s'adressent aux personnes ayant besoin d'une aide régulière tout en leur garantissant une grande autonomie et une grande indépendance.

Rente : série de versements réguliers sur une période précise et définie.

Soins formels : tous les services de soins fournis dans le cadre de la réglementation du travail officielle, par exemple dans le cadre de contrats de service par du personnel rémunéré sous contrat et déclaré à la sécurité sociale.

Synthèse

Quels seront les effets du besoin croissant des soins liés à la dépendance ?

Les chapitres 1 et 2 passent en revue la demande croissante d'aide et de soins de longue durée face au vieillissement des sociétés, ainsi que les projections démographiques et leurs conséquences sur les marchés du travail et les dépenses liées à la dépendance

En 1950, moins de 1 % de la population mondiale était âgé de plus de 80 ans. Dans les pays de l'OCDE, la part des personnes âgées de 80 ans et plus devrait passer de 4 % en 2010 à près de 10 % en 2050. Ce vieillissement de la population s'accompagne d'un desserrement des liens familiaux. Le besoin de prise en charge de proximité des seniors fragiles et handicapés s'accroît, et va même s'accélérer dans la zone OCDE.

Cette évolution soumettra à rude épreuve les services et systèmes d'aide et de soins de longue durée (SLD). La réserve d'aidants familiaux potentiels devrait se contracter du fait du taux d'activité en hausse des femmes, et les politiques sociales n'encouragent plus la retraite anticipée. Actuellement, le secteur de la dépendance emploie entre 1 et 2 % de la population active. De nombreux pays verront cette proportion plus que doubler d'ici 2050. Quant aux dépenses publiques et privées consacrées à la dépendance, qui représentent déjà aujourd'hui, en moyenne, 1.5 % du PIB de la zone OCDE, elles doubleront – voire tripleront – à la même échéance.

Nombreux sont les pays qui ont jusqu'ici élaboré leur politique de prise en charge de la dépendance au coup par coup, réagissant aux difficultés politiques ou financières de l'instant au lieu de façonner les mesures de manière durable et lisible. Cette prise en charge s'accompagnera d'une hausse de la demande, des dépenses et des effectifs, mais surtout d'attentes plus fortes en faveur d'une fin de vie le plus possible porteuse de sens et de bien-être personnel. Relever ces défis exige une vision globale ; tâtonner ne suffit plus. Cette étude se penche ainsi sur les politiques à mener non seulement en faveur des aidants informels (c'est-à-dire du cercle familial et amical), mais aussi pour faire prendre en charge la dépendance par des soignants formels et prévoir les financements nécessaires.

Pourquoi faut-il épauler les aidants familiaux, et comment ?

Les chapitres 3 et 4 abordent le rôle des aidants familiaux, l'impact du travail de prise en charge sur leur santé mentale, leur niveau de pauvreté et leur taux d'activité, et s'intéressent aux politiques visant à les soutenir

Les aidants familiaux forment le socle de tout système de prise en charge de la dépendance. Au sein de la zone OCDE, plus d'un adulte de plus de 50 ans sur dix aide une ou des personnes fonctionnellement handicapées à accomplir des actes de la vie quotidienne (habituellement sans rémunération). Près des deux tiers de ces aidants sont des femmes. Le soutien qui leur est apporté est souvent purement symbolique, se contentant de marquer l'utilité sociale et la difficulté de leur action. Il constitue pourtant une solution triplement avantageuse : pour les aidants, dont le travail de prise en charge intensive se solde, faute de soutien, par une réduction de l'offre de main-d'œuvre dans le secteur rémunéré, par un risque plus élevé de pauvreté et par une prévalence des problèmes de santé mentale supérieure de 20 % chez les aidants familiaux à ce qu'elle est chez les non-aidants ; pour les bénéficiaires des soins, qui préfèrent que des proches et des amis s'occupent d'eux ; et pour les finances publiques, car elle représente une ponction des deniers de l'État très inférieure, pour un volume donné de soins, à la valeur économique estimée de l'aide familiale. La puissance publique peut ainsi épauler les aidants familiaux par :

- *Des prestations en espèces*, quoiqu'un tel dispositif, en cas de défaut de conception, puisse s'avérer contre-productif. Les allocations d'aidant et les prestations en espèces versées aux bénéficiaires des soins accroissent l'offre de prise en charge familiale, mais l'État subventionnera ainsi des situations dans lesquelles l'aide aurait été prodiguée y compris en l'absence de toute incitation financière. En outre, les aidants risquent de se trouver piégés dans des fonctions peu rémunératrices et dans un secteur de l'économie largement parallèle, avec peu d'incitations à s'insérer sur le marché formel du travail.
- *Un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée grâce à un élargissement et un assouplissement des possibilités d'aménagement du temps de travail*. Une augmentation de 1 % du temps qui leur est consacré entraîne une diminution d'environ 10 % du taux d'emploi des aidants. Les possibilités élargies d'aménagement du temps de travail prévues au Royaume-Uni, en Australie et aux États-Unis atténuent le risque de voir prise en charge rimer avec réduction du temps de travail.
- *Des services de soutien : soins-relais, formation, accompagnement psychologique*. Ces services garantissent la qualité de la prise en charge tout en améliorant le bien-être des aidants. Il est possible de les mettre en place pour un coût relativement bas, surtout si l'on profite de la contribution importante et fort utile que le secteur associatif apporte dans ce domaine, comme certains pays le font déjà.

Le fait que les aidants et les personnes dont ils prennent soin forment des groupes hétérogènes ayant des exigences différentes rend nécessaires une certaine souplesse dans la conception des mesures de soutien. Il est en outre souhaitable d'assurer une coordination des systèmes formel et informel de prise en charge de la dépendance. La nécessité est grande de nouvelles données d'observation sur le rapport coût-efficacité des politiques de soutien des aidants.

Comment peut-on améliorer et fidéliser l'offre de main-d'œuvre dans le secteur de la dépendance ?

Les chapitres 5 et 6 passent en revue les conditions d'emploi et de travail en vigueur sur les marchés du travail formels de la dépendance, et étudient les stratégies susceptibles d'attirer et de fidéliser des ressources humaines dans ce secteur

Il n'est pas souhaitable de trop solliciter les aidants familiaux. De nombreux pays doivent ainsi renforcer leur secteur formel de prise en charge de la dépendance.

Les services liés à la dépendance se caractérisent par une forte intensité de main-d'œuvre, mais les conditions de travail sont médiocres de sorte que le taux de roulement dans le secteur est élevé, les travailleurs occupant rarement leur emploi de façon prolongée. Les effectifs du secteur de la dépendance varient d'un peu plus de 0.5 travailleur pour 100 personnes âgées de plus de 80 ans en République slovaque à plus de 3.5 en Norvège, en Suède et aux États-Unis. Cette main-d'œuvre est composée à 90 % de femmes, et est relativement âgée. Les qualifications requises sont souvent faibles – et ce plus encore à domicile qu'en établissement. La part du personnel infirmier dans l'ensemble des aidants formels oscille entre 16 % (Japon) et 85 % (Hongrie), mais est inférieure dans la plupart des pays à la moitié de l'effectif de ces travailleurs. Des conditions de travail difficiles et une faible rémunération suscitent souvent un fort roulement de la main-d'œuvre, qui contribue à donner une image négative du secteur et peut compromettre aussi bien l'accès aux services que leur qualité.

Au moment où la demande de main-d'œuvre croît pour le secteur de la dépendance dans l'ensemble de la zone OCDE et où de nombreux pays s'emploient déjà à relever le défi, assurer une offre suffisante d'aidants formels n'est pas un objectif inatteignable. Les gouvernements peuvent appliquer les stratégies suivantes :

- *Intensifier les efforts de recrutement* (par exemple, étoffer la réserve de recrutement et recruter des aidants nés à l'étranger). Les mesures visant à étoffer les réserves existantes de recrutement et à en créer de nouvelles (parmi les jeunes, les chômeurs de longue durée, etc.) se sont toutefois soldées par des résultats mitigés. L'afflux d'aidants nés à l'étranger croît dans certains pays, mais le fait que les programmes de migration de main-d'œuvre ne fassent pas expressément état des besoins de personnel du secteur de la dépendance ne peut manquer de passer inaperçu.
- *Renforcer le maintien dans l'emploi des aidants formels que l'on parvient à recruter*. Le roulement élevé des effectifs est un phénomène coûteux. Aux États-Unis, on a estimé que le coût de ce roulement était d'au moins 2 500 USD par poste vacant. Valoriser les aidants formels en améliorant les conditions de rémunération et de travail aura certaines retombées immédiatement positives si les taux de fidélisation augmentent. Il semble bien que les mesures prises par exemple en Allemagne, aux Pays-Bas, en Suède et en Norvège pour revaloriser l'aide et les soins de longue durée aient produit des résultats favorables.
- *Rechercher des moyens d'accroître la productivité des aidants formels*. Les principales mesures prises sont allées de la réorganisation des tâches à la délégation au personnel infirmier auxiliaire de fonctions qui étaient auparavant du ressort des infirmiers et infirmières, en passant par l'utilisation des TIC pour alléger la charge de travail indirecte. Toutefois,

les données concernant l'amélioration de la productivité sur les marchés du travail du secteur de la dépendance demeurent rares.

Il importera, sur le long terme, d'améliorer qualitativement les emplois qu'occupent aussi bien les travailleurs actuels que futurs et les travailleurs nés dans le pays qu'immigrés. Il ne semble pas viable, stratégiquement, de persister dans la voie d'un roulement élevé de la main-d'œuvre, de la qualité médiocre et la faible rémunération, car il pourra y avoir pénurie de candidats aux fonctions d'aide et de soins. Revers de la médaille, il est possible que la professionnalisation d'un secteur où il est encore relativement facile d'entrer le rende plus difficile d'accès dans l'avenir en y introduisant davantage de rigidité, alors que les travailleurs considèrent qu'il offre une grande souplesse. Les mesures requises à cette fin exigent elles aussi un investissement en ressources qui ne se justifie que si la productivité s'améliore.

Quelles sont les politiques de financement susceptibles de favoriser simultanément accès aux soins et maîtrise des dépenses ?

Les chapitres 7 et 8 analysent respectivement les dispositifs public et privé de prise en charge financière de la dépendance dans les pays de l'OCDE, et le chapitre 9 aborde les politiques de financement visant à améliorer l'accès aux services tout en maîtrisant leur coût

La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place des dispositifs financés par la collectivité de prise en charge des dépenses afférentes à l'aide à la personne et aux soins infirmiers. Un tiers propose une couverture universelle dans le cadre soit d'un système de services d'assistance aux personnes financés par l'impôt, comme dans les pays nordiques, soit de dispositifs d'assurance sociale spéciaux, comme en Allemagne, au Japon, en Corée, aux Pays-Bas et au Luxembourg, ou encore en intégrant l'essentiel de la couverture de la dépendance dans le système de santé, comme en Belgique. S'ils ne possèdent pas de dispositif spécial pour la dépendance, plusieurs pays ont instauré des prestations universelles pour les soins à la personne, qui sont servies soit en espèces (Autriche, France, Italie), soit en nature (Australie, Nouvelle-Zélande). Enfin, deux pays, à savoir le Royaume-Uni (hors Écosse, qui possède un dispositif universel) et les États-Unis, possèdent un système d'aide sous condition de ressources faisant office de filet de sécurité pour les dépenses afférentes à la dépendance. L'assurance dépendance privée pourrait jouer un rôle dans certains pays mais, si elle n'est pas rendue obligatoire, elle continuera probablement de ne représenter qu'un marché restreint.

La couverture universelle des prestations dépendance est un objectif louable du point de vue de l'accès aux soins de longue durée. Étant donné que l'on ignore si, quand et pour combien de temps une personne donnée en aura besoin, il y a lieu de penser qu'il est plus rationnel de mutualiser les risques financiers liés à cette prise en charge que de compter uniquement sur les versements directs privés. Car le coût des services liés à la dépendance peut rapidement devenir insupportable, y compris pour les personnes relativement aisées. Le montant moyen des dépenses afférentes à ces services peut représenter jusqu'à 60 % du revenu disponible des personnes se situant dans les quatre quintiles inférieurs de l'échelle des revenus.

Il sera toutefois important, pour maîtriser les coûts, de :

- *Diriger les prestations dépendance vers ceux qui ont les besoins les plus grands*, au moyen par exemple de politiques de mutualisation des coûts et d'une définition plus fine des niveaux de besoins déclenchant l'octroi des droits et des services prévus. Même les dispositifs universels de couverture de la dépendance peuvent comporter des critères d'évaluation rigoureux, comme on le constate en Corée et en Allemagne, à la différence par exemple du Japon. Tous les pays de l'OCDE ont institué une participation financière dont l'importance diffère toutefois sensiblement de l'un à l'autre. Il est souhaitable, tant pour des raisons d'efficacité que pour préserver la qualité, de conserver une certaine marge d'ajustement des prestations servies en fonction de l'évolution des besoins.
- *Réfléchir à des politiques de financement soucieuses de l'avenir* : mieux répartir l'effort de financement entre les générations, élargir la palette des sources de financement, prévoir des éléments de préfinancement. Le Japon, les Pays-Bas, la Belgique et le Luxembourg complètent le produit des cotisations sur les salaires par d'autres recettes. En Allemagne, les retraités doivent verser à une caisse d'assurance sociale pour la dépendance une cotisation qui est fonction de la pension qu'ils touchent. Des dispositifs innovants de financement volontaire comportant une adhésion automatique avec clause de retrait sont en cours de mise en œuvre aux États-Unis.
- *Faciliter l'apparition d'instruments financiers* pour assumer les frais d'hébergement en établissement médicalisé de long séjour. Ces frais peuvent représenter le double ou le triple du coût global des services de soins à la personne et de soins infirmiers. Posséder son logement peut aider les personnes dépendantes à trouver des ressources pour financer ces frais, au moyen par exemple de systèmes d'achat d'obligations ou d'actions de la structure d'hébergement, de mesures publiques visant à différer le paiement du séjour, et de produits du secteur privé tels que le prêt viager hypothécaire et les dispositifs associant assurance vie et assurance dépendance.

Est-il possible d'optimiser davantage les ressources consacrées à la prise en charge de la dépendance ?

Le chapitre 10 approfondit les possibilités d'optimisation du rapport coût-efficacité des services liés à la dépendance et de la gestion de l'interface soins de santé/soins afférents à la dépendance

Face à la hausse des coûts, chercher à optimiser le rapport coût-efficacité des soins liés à la dépendance est une priorité. Jusqu'ici, les débats portant sur leur efficience ont fait l'objet d'une attention relativement limitée ; des faits plus concrets sur les pistes et conditions utiles sont nécessaires. Voici en attendant une liste de domaines potentiels d'action :

- *Encourager la prise en charge à domicile et de proximité*. Cette orientation est souhaitable pour l'usager, mais des questions demeurent quant à l'adéquation ou la rentabilité des soins à domicile pour les personnes lourdement dépendantes qui ont besoin de soins et d'une surveillance 24 heures sur 24, et pour celles qui habitent dans des lieux reculés peu équipés en soutien à domicile. En 2008, la prise en charge en établissement représentait 62 % du total des dépenses liées à la dépendance dans l'ensemble de ces pays, alors qu'en moyenne, un tiers seulement des usagers des services d'aide et de soins de longue durée recevaient cette forme de prise en charge.

- *Améliorer la productivité des services liés à la dépendance*. Les initiatives consistant à lier la rémunération aux performances sont peu nombreuses dans le domaine de la prise en charge de la dépendance, et seul le programme Medicaid des États-Unis en offre quelques exemples. La Suède, le Danemark et la Finlande ont adopté un système de chèques qui permet aux usagers de choisir librement entre des prestataires agréés concurrents. Les marchés soumis à la concurrence portent en germe la possibilité d'améliorer l'efficience de la prestation des services, même si l'on recense peu de tentatives d'évaluation de l'impact sur la productivité. Certains travaux de recherche ont fait apparaître une corrélation positive entre l'introduction de la technologie (les TIC, par exemple), la satisfaction au travail et la productivité, par exemple en Australie et en Finlande.
- *Encourager un vieillissement en bonne santé et la prévention*. La façon la plus évidente de diminuer le coût de l'aide et des soins de longue durée consiste à réduire la dépendance potentielle au soir de la vie en promouvant la recherche permanente d'une bonne santé. En 2006, les autorités japonaises ont instauré une prestation dépendance fondée sur le soutien de proximité et axée sur la prévention à l'intention des personnes âgées peu dépendantes. En 2008, l'Allemagne a instauré un système d'incitations financières fondé sur le principe « de la carotte et du bâton », qui tient compte des résultats obtenus par les caisses-maladie dans la réadaptation des personnes dépendantes et la gestion de leur passage d'un établissement médicalisé à une structure assurant un niveau de prise en charge moins élevé.
- *Favoriser une utilisation adéquate des diverses structures de soins de santé et des soins de longue durée, ainsi que la coordination des soins,* par exemple en organisant une offre adaptée de services en dehors des hôpitaux, en modifiant les systèmes de paiement et les filières de soins de façon à orienter le bénéficiaire de services liés à la dépendance vers des cadres appropriés, et en répartissant les responsabilités de coordination afin de mieux guider les usagers tout au long du processus de prise en charge.
- *S'occuper de l'efficience institutionnelle*, par exemple en créant des plateformes d'information efficaces à l'intention des usagers et des prestataires de services afférents à la dépendance, en élaborant des lignes directrices pour guider la prise de décision à l'échelon local, en recourant à des processus de planification de la prise en charge et en échangeant des données entre les différentes administrations.

Résumé et conclusions

Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance

1. Le besoin grandissant liés aux soins de longue durée a des conséquences non négligeables en termes de financement et de marché du travail

Le besoin de prise en charge des soins de longue durée augmente avec le vieillissement de la population…

Étant donné que la population vieillit, que rien ne permet d'affirmer que l'invalidité est en recul chez les personnes âgées, que les liens familiaux se distendent et que l'activité des femmes progresse, il n'est pas surprenant que le besoin de prise en charge des soins aux personnes âgées fragiles ou handicapées se fasse de plus en plus sentir*. La croissance des cohortes âgées constitue le principal facteur d'augmentation de la demande d'aide et de soins de longue durée dans l'ensemble des pays de l'OCDE. D'ailleurs, le débat de fond sur les réformes à effectuer dans ce domaine s'inscrit souvent dans le contexte des pressions qu'exerce le vieillissement des sociétés. Les statistiques sont à cet égard éloquentes. En 1950, moins de 1 % de la population mondiale était âgé de plus de 80 ans. Dans les pays de l'OCDE, la part des personnes âgées de 80 ans et plus devrait passer de 4 % en 2010 à près de 10 % en 2050.

… ce qui aura des effets tout à fait considérables sur les ressources financières et humaines requises dans ce secteur

Ce vieillissement rapide de la population et les transformations sociétales auront une forte incidence à la fois sur la fourniture de services de prise en charge de la dépendance et sur leur financement. D'une part, ils vont influer sur l'offre potentielle de personnes

* L'accent est d'abord mis dans cette publication sur les répercussions du vieillissement de la population sur les marchés du travail et sur le financement des services d'aide et de soins de longue durée. Il ne faut pas oublier toutefois que les handicapés plus jeunes ont eux aussi besoin de soins de longue durée et que, dans certains pays, les dispositifs de prise en charge de la dépendance englobent les deux catégories de population ciblées. Le présent rapport n'aborde pas les questions d'équité entre ces deux catégories (sous l'angle par exemple des ressources disponibles et des aides au financement de la prise en charge), d'intégration professionnelle et sociale des handicapés plus jeunes, ni d'adéquation des services aux besoins de ces derniers.

disponibles pour dispenser des soins de longue durée à titre tant formel qu'informel. La réserve d'aidants familiaux potentiels va probablement diminuer du fait de la nécessité de travailler plus longtemps et de la progression de l'activité des femmes. À l'heure actuelle, l'effectif du personnel infirmier et des auxiliaires de vie représente en équivalent plein temps 1 % à 2 % de la population active totale. Dans de nombreux pays, cette part pourrait plus que doubler d'ici 2050.

D'autre part, les dépenses afférentes à la dépendance (compte non tenu de la valeur de l'aide et des soins dispensés par la famille et les amis), qui représentent actuellement en moyenne 1.5 % du PIB dans l'ensemble de la zone de l'OCDE, pourraient au moins doubler d'ici 2050. Cette prévision pourrait toutefois se révéler insuffisante si l'on tient dûment compte des risques et des incertitudes. L'offre d'aidants familiaux va très probablement diminuer. Cette évolution pourrait accentuer l'augmentation attendue des dépenses de prise en charge, qui devraient croître d'environ 5 % à 20 % à l'horizon 2050. Sous l'effet de la hausse du revenu réel, les usagers exigent des services plus réactifs et de meilleure qualité. Compte tenu de la contraction de l'offre de main-d'œuvre, l'augmentation de la demande d'aidants formels risque d'entraîner une progression des salaires réels dans le secteur et, par conséquent, un accroissement des dépenses supérieur aux prévisions du scénario de référence. Si l'on prend en considération toutes les incertitudes, les dépenses liées à la dépendance pourraient même tripler d'ici à 2050.

Il faut, pour faire face à ce défi, une vision globale de la prise en charge de la dépendance

Relever ces défis à venir sera certes difficile, mais pas impossible. Pour y parvenir, il faudra adopter une démarche globale qui embrasse à la fois les politiques concernant les aidants *informels* (famille et amis) et les politiques relatives à l'offre de services *formels* de soins de longue durée et à leur financement. Dans bien des cas, l'attention des responsables de l'action gouvernementale se porte de manière excessive sur les systèmes de prise en charge formelle. L'interaction avec les structures informelles et privées suscite moins d'intérêt.

2. Mieux prendre en compte les besoins des aidants familiaux est un choix avantageux pour tous

Les aidants familiaux, surtout les femmes, constituent la clé de voûte de tout système de prise en charge de la dépendance

Quel que soit le système de prise en charge de la dépendance que possède un pays, la majeure partie de l'aide est dispensée par les membres de la famille (et les amis) dans le cadre de relations sociales instituées. Dans l'ensemble des pays de l'OCDE, plus d'un adulte de plus de 50 ans sur dix aide de façon informelle (et en général gratuitement) des personnes ayant des déficiences fonctionnelles à accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Cette prise en charge informelle est souvent de faible intensité : un peu plus de la moitié des aidants lui consacrent moins de dix heures par semaine. Ce constat vaut surtout dans les pays d'Europe du Nord et en Suisse. En revanche, en Europe du Sud, en Pologne et en République tchèque, plus de 30 % des aidants fournissent un effort de prise en charge important qui représente plus de 20 heures par semaine, proportion qui dépasse

50 % en Espagne et 60 % en Corée. Ces disparités marquées traduisent non seulement des politiques publiques variables face aux obligations familiales d'assistance, mais aussi des comportements culturels et sociétaux différents.

Près de deux tiers des aidants familiaux sont des femmes, qui s'occupent généralement de proches comme leurs parents ou leur conjoint, mais davantage d'hommes se mettent à jouer ce rôle lorsqu'ils parviennent à un âge plus avancé. Parmi les adultes de 50 ans et plus qui ont des difficultés à accomplir un acte de la vie quotidienne, un sur cinq reçoit une aide informelle. Cette proportion double en cas de difficultés à accomplir deux de ces actes ou plus. Ces données montrent que les aidants familiaux (et les amis) constituent le pilier central de la prise en charge de la dépendance.

Prendre davantage en compte les besoins des aidants familiaux est un effort qui peut être fructueux à tous égards

Lorsqu'un soutien est offert aux aidants familiaux, c'est dans bien des cas pour reconnaître qu'ils remplissent une fonction socialement utile et difficile. Mais il faut plus qu'un simple geste. Sans pour autant imposer des obligations de soins à la famille et aux proches, leur apporter un concours revient à conclure avec eux un accord qui sera profitable à toutes les parties. Les avantages d'un tel soutien se manifestent à au moins trois niveaux :

- Celui des bénéficiaires des soins, qui préfèrent généralement être pris en charge par des membres de leur famille et des amis ;
- Celui des aidants qui, malgré les conséquences économiques, sanitaires ou sociales subies, agissent par amour ou par devoir ;
- Celui des finances publiques, car soutenir l'offre de prise en charge par la famille peut contribuer à maintenir le coût de la partie formelle publique du système à un niveau raisonnable. La valeur économique estimée de l'aide informelle est bien supérieure à celle de la prise en charge formelle. Selon certaines estimations, la contribution économique des aidants familiaux pourrait en effet représenter, aux États-Unis, 375 milliards USD (soit quelque 2.7 % du PIB) (chiffres 2007). Une forte diminution de l'accompagnement assuré par la famille plongerait les systèmes publics de prise en charge de la dépendance dans de grandes difficultés financières.

Certaines données tendent à montrer qu'il y aurait peut-être intérêt à accroître l'intensité de la prise en charge informelle. Mais lorsque celle-ci est importante, elle va de pair avec une diminution de la main-d'œuvre disponible pour exercer une activité rémunérée, une augmentation du risque de tomber dans la pauvreté et une prévalence plus grande des problèmes de santé mentale chez les aidants familiaux. Par exemple, une forte intensité de la prise en charge est associée à une prévalence des problèmes de santé mentale supérieure de 20 % à celle que l'on observe chez les non-aidants, l'écart atteignant même 70 % ou 80 % en Australie, aux États-Unis et en Corée. Toutes ces considérations conduisent à penser que les pouvoirs publics ont un rôle à jouer dans le soutien des aidants familiaux. Ce qui soulève toutefois aussitôt la question de savoir quelles mesures il convient de prendre.

Les prestations en espèces sont un moyen de soutenir les aidants, mais les arbitrages sont difficiles à opérer

Apporter un soutien financier aux aidants – au moyen par exemple d'allocations qui leur sont versées directement ou de prestations en espèces octroyées aux bénéficiaires des soins – permet de reconnaître et de rétribuer leurs efforts, mais cibler ce soutien sur les personnes exposées aux risques les plus grands sur le plan de la santé et de l'activité professionnelle, et déterminer le niveau d'indemnisation qui convient, restent un défi.

Les *allocations d'aidant* sont des prestations en espèces qui assurent aux aidants une garantie de revenu destinée à compenser la perte de salaire ou à couvrir les dépenses engendrées par l'activité d'assistance. Dans les pays nordiques, les aidants touchent des sommes qui s'apparentent à une rémunération et permettent ainsi de les indemniser pour les services qu'ils rendent tout en représentant un salaire relativement faible. Dans certains pays anglophones (Australie, Canada – Nouvelle-Écosse –, Irlande, Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni), les allocations servies visent les aidants ayant un revenu inférieur à un seuil déterminé, ou ceux qui assurent une prise en charge minimale (en nombre d'heures).

Si elles permettent de reconnaître l'importance que la prise en charge des proches revêt pour la collectivité, les allocations d'aidant posent d'épineux problèmes de conception, comme la détermination d'un niveau d'indemnisation propre à assurer aux aidants une rétribution raisonnable sans dissuader ceux d'entre eux qui ont un emploi de travailler. Par exemple, l'application d'un critère de ressources et les conditions prévues pour l'octroi de ces prestations peuvent avoir un effet de contre-incitation au travail. Ces conditions doivent être clairement énoncées, mais lorsque l'on tente de déterminer qui est l'aidant principal et de mesurer les efforts qu'il fournit, le risque d'erreur est grand. Des règles d'attribution rigoureuses aident à éviter les abus, mais elles peuvent être coûteuses à gérer et considérées comme arbitraires. Il y a un équilibre à trouver entre le nombre d'aidants à indemniser et le montant de l'indemnité que les pouvoirs publics peuvent se permettre de leur accorder.

Payer la personne dépendante présente certains avantages

L'octroi de prestations en espèces au bénéficiaire des soins permet de diriger le soutien vers ceux qui en ont le plus besoin, mais ces prestations ne servent pas uniquement ou nécessairement à rémunérer des aidants. Elles existent dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE dotés d'un dispositif public de prestations dépendance, et une poignée seulement de pays ne possède qu'un système de prestations *en nature* (Australie, Hongrie, Japon et Mexique). Au Canada, les provinces et territoires sont nombreux à disposer d'un régime autogéré de soins qui accorde des prestations dépendance en espèces aux usagers remplissant les critères d'octroi, y compris en rémunérant les aidants du cercle familial et amical.

Le versement de prestations en espèces aux personnes dépendantes présente certains avantages liés au fait qu'il évite d'avoir à définir qui est l'aidant principal. De plus, le montant versé peut être plus étroitement associé aux besoins. Mais cette formule oblige aussi les aidants à dépendre du bénéficiaire pour être dédommagés de leurs efforts et risque de transformer le lien familial en une relation dont l'argent sera le moteur. L'imposition d'un

cadre contractuel normal pour l'emploi des aidants familiaux (que pratiquent l'Allemagne, ainsi que la France pour les membres de la famille autres que le conjoint) a le mérite de renseigner précisément sur l'identité de l'aidant principal.

Les *deux* formes de soutien financier peuvent contribuer à préserver la prise en charge informelle en accroissant l'offre d'aide de la part de la famille, mais elles vont aussi de pair avec une perte d'efficience, c'est-à-dire qu'elles sont accordées par l'État dans des cas où il y aurait eu prise en charge même en l'absence de toute incitation financière. Toutefois, le degré d'utilisation des prestations en espèces pour rétribuer les aidants familiaux dépend, entre autres, de la marge de manœuvre que laissent les règles régissant l'emploi de ces prestations. À cet égard, il peut y avoir un arbitrage à opérer entre le souci de préserver l'incitation à la prise en charge par la famille et la nécessité de prévenir un usage inapproprié des prestations en espèces ou l'apparition de marchés parallèles du travail sur lesquels la réglementation n'est pas respectée (Italie, Autriche).

Un deuxième arbitrage s'impose pour parer au risque de voir les aidants familiaux se laisser enfermer dans une fonction peu rémunératrice, avec peu d'incitations à occuper un emploi. À ce propos, il peut être particulièrement délicat de définir des mesures d'incitation financière à l'intention des aidants lorsque le besoin d'aide et de soins augmente ou que le versement d'une allocation d'un montant relativement élevé s'impose pour assurer un soutien financier suffisant. Étant donné que la plupart des aidants ont plus de 45 ans, il importera de ne pas les encourager à se retirer prématurément de la vie active, en évitant de proposer des taux de compensation ou un montant de pension garantie et des indemnités de chômage trop élevés. Les mesures prises par les pouvoirs publics doivent aussi s'abstenir d'inciter les femmes à se retirer du marché du travail parce qu'elles assument une prise en charge. Enfin, faire usage d'un dispositif de prestations en espèces lorsque l'offre d'aidants formels est faible peut entraver la formation de marchés structurés de prestataires si l'utilisation de ces fonds n'est pas soumise à des conditions propres à dissuader le recours aux marchés parallèles non protégés par la réglementation.

Pour toutes les raisons évoquées ci-dessus, les aides financières ne devraient pas être considérées comme le seul moyen possible de soutenir les aidants familiaux. Des services doivent aussi être prévus. Par exemple, le versement de prestations en espèces devrait s'inscrire dans le cadre d'un plan de prise en charge personnalisé, qui pourrait comporter une formation de base pour le membre de la famille concerné, des mesures permettant de concilier vie professionnelle et activité d'aide et de soins, et d'autres formes de soutien des aidants telles que les soins-relais.

Soutenir les aidants, c'est aussi prendre en compte le problème de l'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle en leur offrant davantage de possibilités de choix et de marge de manœuvre…

Si l'aide et les soins aux proches n'entraînent pas une réduction du temps de travail lorsque la part des responsabilités exercées en la matière est peu importante, leur impact s'accentue à mesure que celle-ci croît. Une augmentation de 1 % du temps qui leur est consacré entraîne une diminution d'environ 10 % du taux d'emploi des aidants, et se traduit en moyenne par une baisse d'un peu plus de 1 % du temps de travail. Le congé de soutien familial et les formules d'aménagement du temps de travail donnent

aux aidants la possibilité de concilier plus facilement leurs obligations professionnelles et leurs responsabilités à l'égard de leurs proches dépendants, et peuvent ainsi stimuler l'offre dans les deux domaines.

Dans les deux tiers des pays de l'OCDE pour lesquels on dispose d'informations, la loi accorde un droit à congé pour s'occuper d'une personne touchée par une affection chronique ou ayant besoin d'une prise en charge liée à la dépendance. La rémunération d'un tel congé est prévue dans moins de la moitié des pays, ne peut le plus souvent dépasser une durée d'un mois ou est limitée aux cas de maladies en phase terminale, et l'allocation versée est souvent si faible que ce type de congé est peu utilisé. De même que pour le congé parental, il peut être difficile de déterminer la durée adéquate du congé de soutien familial. Si ce dernier est long, il peut compromettre la situation des aidants sur le marché du travail, mais s'il est court, il risque de ne pas être suffisant et d'inciter les aidants qui travaillent à interrompre leur activité professionnelle.

Les conditions auxquelles est subordonné l'octroi d'un congé de soutien familial sont généralement plus strictes que dans le cas du congé parental, très répandu et rémunéré dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE. La réglementation permet aussi aux employeurs de refuser plus facilement le congé de soutien familial que le congé parental. Cette différence n'est pas sans raison. Du fait de sa plus grande prévisibilité, s'agissant tant du moment où il est pris que de sa durée, il est plus aisé pour les employeurs de gérer le congé parental qui survient à un stade de la vie professionnelle où la productivité et les possibilités d'avancement sont en progression. Cependant, comme les besoins de prise en charge de la dépendance vont probablement augmenter dans l'avenir, et que beaucoup de personnes risquent de devoir assumer un double rôle d'aide et de soins (aux enfants et aux parents âgés), il pourrait y avoir intérêt à ce que la fonction d'aidant soit mieux reconnue.

La mise en place de conditions de travail souples peut refléter l'évolution de l'offre de services formels d'aide et de soins de longue durée et des besoins en la matière. Le Royaume-Uni, l'Australie et les États-Unis ont instauré des modalités de travail souples qui semblent répondre efficacement au souci d'atténuer le risque de réduction du temps de travail qu'engendre l'aide aux proches dépendants. Si, dans huit pays de l'OCDE sur dix, les parents peuvent demander à travailler à temps partiel pour s'occuper de leurs enfants, les aidants de personnes âgées fragilisées ont le droit d'en faire autant dans moins de deux tiers des 25 pays de l'OCDE pour lesquels on dispose d'informations.

… et leur proposer des services d'appui souples allant au-delà des soins-relais

Certains services de soutien – soins-relais, formation, accompagnement psychologique – peuvent contribuer à la fois à assurer la qualité de la prise en charge et à améliorer le bien-être des aidants. Les politiques visant à promouvoir ces services revêtent aussi une importance primordiale du fait que bon nombre d'aidants – en particulier les enfants des personnes dépendantes et leur conjoint – prennent eux-mêmes de l'âge et peuvent devenir plus fragiles. Il existe certes peu de données concrètes sur le rapport coût-efficacité de ces services, mais il est possible de les mettre en place pour un coût relativement bas, surtout si l'on profite de la contribution importante et fort utile que le secteur associatif apporte dans ce domaine, comme certains pays le font déjà.

Les soins-relais permettent d'offrir aux aidants un répit dans l'exécution de leurs obligations à l'égard de leurs proches dépendants, et la possibilité de se former pour mieux

s'en acquitter. Il s'agit dans bien des cas de la seule forme ou de la forme la plus fréquente de soutien dont ils peuvent bénéficier, encore que les services afférents puissent manquer, comme en témoignent les listes d'attente existant dans certains pays. Dans la plupart des cas, ce sont principalement les familles qui financent ce répit de courte durée, mais celui-ci peut donner lieu au versement de prestations sous condition de ressources ou être intégralement couvert, comme au Danemark. Quelques pays ont instauré un droit légal aux soins-relais pour des durées variables (quelques jours par mois en Finlande, quatre semaines par an en Allemagne et en Autriche). Ces dispositifs de répit ont une importance capitale car ils réduisent le risque de voir les aidants s'épuiser. Leur efficacité est la plus grande lorsqu'ils ciblent les aidants fournissant une prise en charge intensive ou perçue comme maximale, les aidants qui ont un emploi rémunéré et la garde de nuit. L'offre de services souples ou d'une palette de services est davantage de nature à répondre aux divers besoins des aidants. Bon nombre d'entre eux hésitent à solliciter une relève temporaire, mais un soutien financier ou la proximité géographique des services leur permettent d'en bénéficier plus facilement.

L'accompagnement psychologique peut contribuer à atténuer la tension nerveuse que peuvent éprouver les aidants, qui déplorent souvent l'absence de soutien de cette nature. La Suède possède un système d'accompagnement psychologique complet et intégré. En Irlande, une formation est offerte aux aidants familiaux, tandis qu'aux Pays-Bas sont fournis des services préventifs de conseil et de soutien. La loi allemande prévoit un droit à une assistance psychologique individuelle. Aux États-Unis, il existe un programme national dans le cadre duquel sont organisés des groupes de soutien et dispensés des conseils individuels. Toutefois, ces services sont en général difficilement accessibles et de périmètre restreint, et les ressources financières dont ils sont dotés sont souvent insuffisantes.

Les guichets uniques destinés aux aidants et à leur famille, ou les dispositifs de coordination des informations sur les organismes publics, privés et bénévoles, peuvent permettre aux aidants de se renseigner sur les services disponibles et faciliter l'organisation de la prise en charge médico-sociale. Les gestionnaires de la prise en charge peuvent aussi jouer un rôle précieux en conseillant les aidants et en leur prêtant un concours pour la coordination des services. L'évaluation des besoins des aidants, qui se pratique en Australie, en Suède et au Royaume-Uni, constitue une première étape importante pour déterminer qui exactement remplit cette fonction et les conseiller sur les services les plus indiqués dans leur situation. Les chercheurs de plusieurs pays ont créé différents outils d'évaluation à cette fin. Le personnel infirmier et les médecins généralistes peuvent dans l'ensemble jouer aussi un rôle essentiel en repérant sans tarder les aidants en difficulté et en leur proposant des solutions adaptées.

Il est nécessaire d'avoir davantage de données sur le rapport coût-efficacité respectif de différents modes de soutien des aidants

Si des politiques ciblées s'imposent pour répondre aux besoins des aidants, il importe de ne pas perdre de vue les exigences des personnes dont ils s'occupent lors de la définition de ce soutien. Cette démarche pragmatique – il est plus facile de détecter la personne qui reçoit l'aide que celle qui la dispense – permettra aussi aux administrations compétentes de moduler ce soutien en fonction des besoins des personnes dépendantes. Le fait que les aidants et les personnes dont ils prennent soin forment des groupes hétérogènes ayant

des exigences différentes rend nécessaires une certaine souplesse dans la conception des mesures de soutien, et l'adaptation de celles-ci à la situation particulière tant des secondes que des premiers, ainsi qu'au fil du temps. Il est en outre souhaitable d'assurer une coordination des systèmes formels et informels de prise en charge de la dépendance. Mais en définitive, il sera indispensable d'étoffer le corpus de données sur le rapport coût-efficacité des mesures de soutien des aidants. Étant donné que le coût de ces mesures va probablement augmenter dans l'avenir, il sera très utile d'évaluer leur contribution à l'atténuation des effets négatifs que peut exercer la prise en charge de proches dépendants sur la santé et l'activité professionnelle.

3. Tous les pays de l'OCDE ont besoin d'un système de services formels de prise en charge de la dépendance

Si les aidants familiaux jouent un rôle fondamental, tous les pays de l'OCDE ont besoin d'un système efficace de services formels dispensant des soins de longue durée

S'il est vrai que les aidants familiaux assurent l'essentiel des services de prise en charge, leur action connaît des limites, notamment en cas de dépendance lourde. Trop compter sur eux a des conséquences néfastes sur leur vie sociale, leur santé et leur activité professionnelle. Tous les pays de l'OCDE ont besoin dans ce domaine de services formels, qu'il s'agisse de services fournis en établissement, à domicile ou de proximité, ainsi que de partenariats réussis entre la sphère de soins familiale et les dispositifs formels. Les exigences futures en matière d'aide et de soins accentueront la pression qui s'exerce sur les pouvoirs publics et le secteur privé pour qu'ils mettent en place des services de soins de longue durée. La part respective des secteurs public et privé dans leur financement et l'organisation d'une offre formelle de main-d'œuvre sont des questions essentielles sur lesquelles tous les gouvernements doivent se pencher. Les modèles et les approches sont très différents.

4. Il semble possible de faire face au problème de la pénurie de travailleurs dans le secteur de la dépendance

La prise en charge de la dépendance est un secteur à forte intensité de main-d'œuvre où les conditions de travail sont souvent médiocres

Certains travailleurs du secteur de la dépendance tirent beaucoup de satisfaction de l'activité qu'ils y exercent. Mais le niveau relativement bas des salaires et des conditions de travail difficiles en découragent bien d'autres. Le roulement des effectifs est forte et le taux de rétention faible. Par conséquent, certains pays de l'OCDE ont de la peine à répondre à la demande croissante d'aidants formels avec l'offre disponible. La pénurie de travailleurs dans ce secteur risque de compromettre l'accès aux services et leur qualité.

La prise en charge de la dépendance est une activité qui demande beaucoup de main-d'œuvre, mais la densité d'aidants formels (indicateur de l'offre d'aide et de soins de longue durée qui représente le nombre d'aidants formels pour 100 personnes âgées de plus de 80 ans) est très variable d'un pays de l'OCDE à l'autre. C'est en République slovaque qu'elle est la plus faible (un peu plus de 0.5) et en Norvège, en Suède et aux États-Unis qu'elle est la plus forte (plus de 3.5 pour 100 personnes). La proportion d'aidants formels qui exercent

à domicile va de 27 % (Suisse) à 82 % (Corée). On constate sans surprise que la densité est plus forte en établissement que dans les services de soins à domicile. S'agissant de la prise en charge en établissement, la densité va de 0.1 équivalent plein temps (EPT) par personne dépendante en République slovaque à 0.8 en Nouvelle-Zélande.

La proportion d'infirmières et infirmiers diplômés qui travaillent dans le secteur diffère sensiblement d'un pays à l'autre. Les aidants formels sont principalement des femmes (à 90 %) et beaucoup sont relativement âgés. En règle générale, le niveau de qualification requis est assez faible, et il l'est davantage dans le domaine des soins à domicile que dans celui de la prise en charge en établissement. Dans certains pays tels que l'Allemagne, le personnel qualifié représente toutefois la majorité des ressources humaines du secteur. L'éventail des qualifications n'est pas très clair. La part du personnel infirmier dans l'ensemble des aidants formels oscille entre 16 % (Japon) et 85 % (Hongrie), mais dans la plupart des pays, elle est inférieure à la moitié de l'effectif de ces travailleurs. L'âge moyen des aidants formels tend à être relativement élevé dans la majorité des pays de l'OCDE. Plus de la moitié des aidants formels australiens arrivent dans le secteur après l'âge de 40 ans, et un sur dix y entre après 50 ans.

Pour obtenir un emploi d'aidant, il n'est pas nécessaire d'avoir un niveau de qualification très élevé, surtout dans le cadre des soins à domicile, mais des conditions de travail difficiles et une faible rémunération suscitent souvent un fort roulement des effectifs. Cette dernière contribue à donner une image négative du secteur, ce qui peut compromettre aussi bien l'accès aux services que leur qualité.

La pénurie de personnel infirmier et son roulement sont également importantes dans le secteur, ce qui peut avoir des effets néfastes sur la santé et la qualité de la vie des usagers dépendants. Les conditions de travail de cette catégorie de personnel et les avantages dont elle bénéficie sont généralement moins satisfaisants dans les structures de prise en charge à long terme que dans les établissements de soins de courte durée.

Assurer une offre suffisante d'aidants formels est un défi qui peut être relevé

Bien que l'offre d'aidants familiaux demeure importante et que la récession économique ait atténué la rigidité du marché du travail dans certains pays, la demande d'aidants formels progresse dans l'ensemble des pays de l'OCDE, dont bon nombre déploient déjà tous leurs efforts pour répondre à cette évolution. La diminution prévue de la population d'âge actif par suite du vieillissement de la population viendra aggraver ce problème. Toutefois, assurer une offre suffisante d'aidants formels n'est pas un objectif inatteignable. Pour y parvenir, il faudra agir sur plusieurs fronts, et mieux évaluer les expériences réussies et autres exemples encourageants. Les pays devront recourir aux stratégies suivantes :

- Intensifier les efforts de recrutement, notamment en s'appuyant sur les migrations d'aidants formels, dans certains pays de l'OCDE, et en accroissant la réserve de recrutement ;
- Renforcer le maintien dans l'emploi des aidants formels que l'on parvient à recruter en améliorant les conditions de rémunération et de travail dans le secteur ;
- Rechercher des moyens d'accroître la productivité des aidants formels.

Les aidants formels nés à l'étranger arrivent dans les pays de destination par des voies diverses ; il paraît souhaitable d'améliorer la qualité des emplois qui leur sont offerts

Les effectifs de travailleurs nés à l'étranger qui sont présents dans le secteur de la dépendance diffèrent d'un pays de l'OCDE à l'autre. Ainsi, les aidants formels nés à l'étranger sont très peu nombreux au Japon, alors qu'on en compte un sur quatre aux États-Unis parmi les aidants formels directs. En Italie et en Israël, les travailleurs nés à l'étranger sont surreprésentés dans le secteur de la dépendance par comparaison avec les autres secteurs de l'économie qui emploient une main-d'œuvre peu qualifiée. La demande d'aidants formels nés à l'étranger continue de progresser. Plus de la moitié des 6 % d'augmentation de l'emploi enregistrés entre 2008 et 2009 dans le domaine des soins de longue durée en établissement dans l'Union européenne est imputable aux travailleurs nés à l'étranger. Aux États-Unis, le secteur de l'aide sociale s'est classé au quatrième rang pour la croissance des effectifs de travailleurs nés à l'étranger observée au cours de la période 2007-09.

Bien que la plupart des pays de l'OCDE aient mis en place des dispositifs restreints de gestion de l'immigration pour les travailleurs peu qualifiés, on constate dans la zone OCDE la présence d'un grand nombre d'aidants formels nés à l'étranger ayant un faible niveau de qualification. Les aidants formels nés à l'étranger arrivent dans les pays de destination par des voies diverses. En Suède, en Espagne, au Portugal et en Italie, certains d'entre eux peuvent immigrer dans le cadre du régime général d'entrée sur le territoire (admission souvent assortie de l'application d'un critère du marché du travail). Le Canada, Israël, l'Allemagne, l'Italie, le Royaume-Uni et la France se sont dotés de dispositifs spéciaux – visas, mesures de régularisation, exemptions, accords bilatéraux – visant expressément les aidants formels nés à l'étranger. Outre les possibilités offertes par la liberté des circulation des travailleurs entre les États membres de l'Union européenne, certains immigrés en situation irrégulière dans des pays de l'Union européenne tels que l'Italie ou l'Autriche ont accédé au secteur de la dépendance par le biais de filières d'immigration non gérée, comme le dépassement de la durée de séjour autorisée ou le franchissement illégal des frontières. Enfin, certains aidants immigrent dans le cadre des dispositifs de regroupement familial.

Les voies qu'empruntent les aidants formels nés à l'étranger pour entrer dans les pays de destination étant très diverses, tout comme les conditions qui sont les leurs sur le marché du travail, il est difficile de tirer des conclusions générales sur ce phénomène. Certaines difficultés spécifiques se dégagent néanmoins. Premièrement, compte tenu de l'afflux croissant d'aidants nés à l'étranger dans certains pays, le fait que les programmes de migration de main-d'œuvre ne fassent pas expressément état des besoins de personnel du secteur de la dépendance ne peut manquer de passer inaperçu. Dans la mesure où les effectifs d'aidants nés à l'étranger en situation irrégulière sont importants et croissants, il y a lieu de se demander si les filières officielles d'immigration sont à même d'assurer l'alignement de l'offre d'aidants professionnels sur la demande. Le recours à des organismes spécialisés pour accomplir cette tâche peut engendrer de nouveaux problèmes, comme le fait que ces organismes bénéficient d'une rente de situation élevée ou la nécessité de surveiller leurs pratiques.

Si le problème des conditions de travail se pose pour de nombreux aidants formels, il peut soulever des questions spécifiques dans le cas des travailleurs nés à l'étranger. Lorsque ces

derniers ont un emploi de moins bonne qualité que les personnes nées dans le pays exerçant une activité analogue, il paraît prioritaire de prendre des mesures pour améliorer leur situation sur le marché du travail. Des stratégies de formation, notamment l'apprentissage de la langue, peuvent les aider à mieux s'intégrer et à obtenir de meilleurs résultats sur le plan professionnel. Enfin, à moyen terme, le fait de dépendre des aidants formels nés à l'étranger pour remédier aux « pénuries » intérieures peut témoigner de l'insuffisance des politiques nationales en matière de recrutement et de maintien dans l'emploi, et susciter des inquiétudes quant aux effets exercés sur les pays d'origine du point de vue de l'équité.

Accroître les réserves de recrutement peut être une stratégie efficace, mais les effectifs constitués sont généralement peu importants et il y a lieu de penser que les résultats sont médiocres

L'action visant à promouvoir les réserves de recrutement d'aidants formels, qu'il s'agisse de renforcer celles qui existent déjà ou d'en créer de nouvelles, a donné des résultats contrastés. L'Allemagne et les États-Unis ont pris des dispositions en vue d'encourager les jeunes à se former aux métiers de la dépendance ou à travailler dans ce secteur. Plusieurs pays ont pris des mesures d'incitation économique spéciales, comme l'Allemagne qui soutient financièrement la reconversion de travailleurs dans le secteur de la dépendance, ou l'Australie qui offre des primes aux infirmiers et infirmières s'orientant vers ce secteur. L'Allemagne, les Pays-Bas et l'Australie s'efforcent d'amener les travailleurs qui ont quitté le secteur à le réintégrer. D'autres pays (comme le Japon, la Nouvelle-Zélande, la Finlande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni) ont pris des mesures de réactivation en direction des chômeurs de longue durée et des personnes inactives.

Il existe généralement peu de données sur le coût et les effets à long terme des politiques visant à accroître l'entrée et le maintien dans l'emploi de nouveaux groupes cibles dans un secteur particulier. Mais celles dont on dispose tendent à montrer que ces efforts de recrutement ont donné des résultats inégaux ou, s'ils ont été fructueux, qu'ils n'ont touché qu'un nombre relativement faible de personnes. De plus, dans bien des cas, les mesures de réactivation ont ciblé le travail en général, et non le travail dans le secteur de la dépendance, et n'ont pas fait progresser durablement le maintien dans l'emploi dans ce secteur.

La valorisation des aidants formels aura des retombées positives sur leur recrutement et leur maintien dans l'emploi; elle exige que soit privilégiée l'amélioration des conditions de travail

Toute stratégie visant à créer des réserves de recrutement ou à améliorer l'utilisation de celles qui existent sera vaine si le maintien dans l'emploi n'est pas assuré et si la qualité des emplois demeure médiocre. Les sorties massives d'aidants formels du secteur font baisser le rendement de l'investissement dans le recrutement et la formation, et amoindrissent la qualité de la prise en charge des personnes dépendantes. Les conditions de travail peu attrayantes en incitent d'autres à partir, ce qui alourdit encore la charge de travail de ceux qui restent et accentue davantage la tension qu'ils subissent, enclenchant un cercle vicieux. Aux États-Unis, on a estimé que le coût du roulement des effectifs était d'au moins

2 500 USD par poste vacant. Il est donc absolument indispensable de prendre des mesures qui permettent de maintenir les travailleurs du secteur dans leur emploi.

Investir dans de meilleures rémunérations et des avantages plus intéressants, améliorer les conditions de travail et les possibilités de formation, et faire en sorte que les aidants formels aient davantage de responsabilités dans l'exercice de leur activité, puissent rendre compte plus facilement de leur expérience et bénéficient d'une supervision, sont apparus comme autant de composantes importantes de la stratégie à mettre en œuvre pour parvenir à renforcer l'attrait du travail dans le secteur de la dépendance et à assurer le maintien dans l'emploi de ceux qui s'y trouvent. La santé et la sécurité constituent un autre sujet de préoccupation essentiel, auquel il est peut-être plus difficile de répondre dans le cas de la prise en charge à domicile, ce qui vaut aussi pour le souci de réduire la pression au travail et d'améliorer l'organisation de ce dernier.

La formation peut être un moyen de valoriser le travail dans le secteur de la dépendance en le professionnalisant. Dans la plupart des pays de l'OCDE, les aidants formels ne sont pas tenus de suivre une formation ou d'avoir un diplôme, mais dans bon nombre d'entre eux, des dispositifs de formation ont été mis en place à l'échelon local ou définis au niveau national à l'intention de ces travailleurs. Il n'y a guère lieu de penser que, dans le cadre de sa formation, le personnel infirmier reçoive une préparation à l'exercice éventuel de son métier dans le secteur de la dépendance (connaissances gériatriques, compétences en matière de gestion et stages). Il convient par ailleurs de former les responsables des soins de longue durée à l'encadrement d'équipes.

Certains faits montrent que les mesures visant à valoriser le travail dans le secteur des soins de longue durée donnent de bons résultats. Les taux de fidélisation des aidants formels sont plus élevés aux Pays-Bas et en Allemagne, par exemple, qu'aux États-Unis et au Royaume-Uni, ces travailleurs étant apparemment plus satisfaits de leurs conditions de travail et de leurs responsabilités dans les deux premiers pays. Il semble que la Suède, le Danemark et la Norvège ont également réussi dans ce domaine. En Allemagne, la création de la fonction d'infirmier/ère spécialisé(e) dans les soins aux personnes âgées a entraîné une redéfinition des tâches et des responsabilités du personnel infirmier, ce qui a eu pour effet de renforcer l'attrait du secteur de la dépendance aux yeux de celui-ci. Cet exemple montre combien il est important de prendre des mesures spécifiques pour améliorer les possibilités professionnelles des infirmiers et infirmières qui travaillent dans ce secteur et perfectionner leurs compétences.

Revers de la médaille, il est possible que la professionnalisation d'un secteur où il est encore relativement facile d'entrer le rende plus difficile d'accès dans l'avenir en y introduisant davantage de rigidité, alors que les travailleurs considèrent qu'il offre une grande souplesse. Les mesures requises à cette fin exigent elles aussi un investissement en ressources. Dans les pays qui ont mis en place un ensemble d'avantages assez intéressants à l'intention des aidants formels, comme le Danemark et la Belgique, les dépenses publiques consacrées au secteur de la dépendance sont relativement élevées. Mais valoriser l'emploi dans le domaine de la prise en charge des soins de longue durée en le professionnalisant a des effets positifs tangibles. Les Pays-Bas et le Japon, qui se sont attachés à créer une « profession d'aidant », ont réussi à susciter la formation d'une main-d'œuvre importante dans le secteur de la dépendance. Des actions de sensibilisation du grand public ayant pour but d'améliorer l'image qu'il a du travail dans ce secteur pourraient contribuer à assurer une plus grande reconnaissance à ceux qui y ont un emploi et, en définitive, à les retenir.

Mais l'on manque toujours de données sur les mesures efficaces d'accroissement de la productivité

Contrairement à ce qu'il en est pour les autres branches de services, les données concernant l'amélioration de la productivité sur les marchés du travail du secteur de la dépendance demeurent rares. Tout d'abord, il est difficile de définir la productivité dans ce secteur et, en particulier, les indicateurs de la production ou des résultats qu'il convient de comparer aux indicateurs relatifs à l'apport de travail. Les craintes suscitées par le risque de voir s'opérer des arbitrages entre productivité et qualité ont eu pour effet de retarder ou d'entraver les initiatives consistant à substituer le capital au travail ou à optimiser l'intensité de l'offre de main-d'œuvre dans le secteur. Les principales mesures prises pour améliorer la productivité des aidants formels sont allées de la réorganisation des tâches à la délégation au personnel infirmier auxiliaire de fonctions qui étaient auparavant du ressort des infirmiers et infirmières, en passant par l'utilisation des TIC pour alléger les tâches administratives et la charge de travail indirecte.

5. Il est souhaitable de s'orienter, quel que soit le modèle de financement, vers l'instauration de prestations dépendance universelles

C'est le souci de l'équité et de l'efficience qui justifie la mise en place de prestations dépendance universelles

Pour des raisons qui touchent à l'équité et à l'efficience, une majorité de pays de l'OCDE ont mis en place des dispositifs financés par la collectivité pour la prise en charge des dépenses afférentes à l'aide à la personne et aux soins infirmiers. Nombreux sont aussi ceux qui s'orientent vers l'instauration de droits universels pour les dépenses de soins de longue durée.

Seuls quelques pays de l'OCDE à faible revenu s'appuient entièrement sur la famille ou sur des dispositifs informels pour prendre en charge les dépenses afférentes à la dépendance. Dans les autres, le financement public s'effectue selon trois modèles, qui se distinguent en grande partie par les critères d'attribution appliqués. Un tiers des pays assure une *couverture universelle au titre d'un programme unique* , dans le cadre soit d'un système de services d'assistance aux personnes financés par l'impôt, comme dans les pays nordiques (la part des dépenses liées à la dépendance dans le PIB se situe entre 2 % et 3.6 %), soit de dispositifs d'assurance sociale spéciaux, comme en Allemagne, au Japon, en Corée, aux Pays-Bas et au Luxembourg (les dépenses afférentes à la dépendance vont de 0.3 % du PIB en Corée à 3.5 % aux Pays-Bas), ou encore en intégrant l'essentiel de la couverture de la dépendance dans le système de santé (Belgique). S'ils ne possèdent pas de dispositif spécial pour la dépendance, de nombreux pays ont instauré des *prestations universelles pour les soins à la personne* , qui sont servies soit en espèces (Autriche, France, Italie), soit en nature (Australie, Nouvelle-Zélande). Dans la seconde catégorie de pays, le financement des soins à la personne est réparti entre différents dispositifs et mécanismes. Dans certains de ces cas, seul un élément du coût de l'aide donne lieu à une prestation universelle, ou bien le soutien n'est accordé que si l'aide est dispensée dans certaines structures. Dans la plupart de ces pays, le niveau des prestations est étroitement lié à la faculté contributive. Enfin, deux pays, à savoir le Royaume-Uni (Écosse non comprise) et les États-Unis, possèdent un

système d'aide sous condition de ressources faisant office de filet de sécurité pour les dépenses afférentes à la dépendance.

Étant donné que l'on ignore si, quand et pour combien de temps une personne donnée aura besoin d'aide et de soins, il y a lieu de penser qu'il est plus rationnel de mutualiser les risques financiers liés à cette prise en charge que de compter uniquement sur les versements directs privés. Car le coût des services d'aide et de soins de longue durée peut rapidement devenir insupportable, et pas seulement pour les personnes âgées à faible revenu. Le montant moyen des dépenses liées à la dépendance peut représenter jusqu'à 60 % du revenu disponible, sauf pour les personnes qui se situent dans le quintile supérieur de l'échelle des revenus. Les personnes les plus âgées et celles qui ont les besoins de soins de longue durée les plus grands sont particulièrement exposées à ce risque. Par conséquent, les prestations dépendance universelles sont davantage à même d'assurer un accès large et équitable à l'aide et aux soins qu'un soutien soumis à condition de ressources ou que des dispositifs analogues à l'aide sociale, même si elles ont un coût. On a même observé au fil des ans, dans de nombreux pays de l'OCDE, une évolution vers l'instauration d'un « socle minimal universel » (l'étendue de ce « socle » et les éléments qu'il englobe dépendant toutefois de la situation financière et des priorités de chaque pays).

Même dans un système universel, il est souhaitable de diriger les prestations dépendance vers ceux qui ont les besoins les plus grands

Les dépenses afférentes à la dépendance peuvent appauvrir les usagers modérément ou gravement handicapés, même s'ils n'étaient pas pauvres avant l'apparition de leur infirmité. Cependant, pour beaucoup de personnes peu dépendantes, ces services sont relativement abordables et certains usagers possèdent un revenu ou un patrimoine important. Par conséquent, instaurer un droit universel à la couverture des dépenses liées à la dépendance n'exclut pas un ciblage des prestations accordées pour les soins à la personne en direction de ceux qui ont les besoins les plus grands. Compte tenu de la croissance attendue des dépenses liées à l'âge, cette démarche d' *universalisme ciblé* est effectivement de nature à assurer une protection équitable selon des modalités budgétairement viables. Elle associe un soutien de la collectivité aux personnes ayant des besoins importants à une aide aux personnes peu dépendantes qui tient compte de leur faculté contributive.

Un certain nombre de pays semblent s'orienter vers cet « universalisme ciblé », quoique à des rythmes très différents et avec des situations de départ diverses. Ceux qui souhaitent l'adopter doivent s'attacher à articuler judicieusement trois éléments des dispositifs de couverture de la dépendance :

- Le niveau de besoin qui déclenche l'octroi d'un droit à une couverture ;
- L'importance de la couverture, c'est-à-dire le montant de la participation financière du bénéficiaire des prestations ;
- L'étendue de la couverture, c'est-à-dire les types de services pris en charge.

Même les dispositifs universels de couverture de la dépendance peuvent comporter des critères d'évaluation rigoureux, comme on le constate en Corée et en Allemagne, comparativement au Japon. Certains pays ne ciblent avec la couverture dépendance que la fraction la plus âgée de la population. Des efforts ont été faits au fil des ans en Suède

et aux Pays-Bas pour diriger les prestations vers les personnes ayant les besoins les plus importants en matière de soins, tandis qu'en 2006, le Japon a orienté les personnes peu dépendantes vers un système de prévention.

Universalité des droits ne signifie *pas* gratuité de tous les services de soins de longue durée. En fait, tous les pays de l'OCDE ont institué une participation financière dont l'importance diffère toutefois sensiblement de l'un à l'autre. En France par exemple, une prestation dépendance d'un montant pouvant atteindre 1 235 EUR par mois est versée aux personnes ayant des besoins importants et peu de ressources, contre 27 EUR lorsque le revenu est plus élevé, tandis qu'en Suède, cette participation est plafonnée à 180 EUR par mois pour les services d'aide à domicile. Bien qu'il impose une charge administrative plus lourde, le versement de prestations plus importantes aux personnes dépendantes à faible revenu, comme le font la France, l'Autriche et l'Australie, est un moyen d'assurer l'accès à l'aide et aux soins aux personnes qui en ont besoin sans entraîner des dépenses publiques excessives. (Comme on le verra plus loin, il existe aussi de bonnes raisons de laisser les frais d'hébergement et de restauration à la charge des personnes dépendantes qui séjournent dans des établissements d'accueil médicalisés.)

Le ciblage du panier de prestations ou la définition d'un panier minimal de services correspondant à ce dont toutes les personnes dépendantes ont besoin peuvent être des opérations plus délicates. Dans un souci de maîtrise des dépenses, on pourrait faire valoir que l'aide à domicile (c'est-à-dire l'aide pour les activités dites instrumentales de la vie quotidienne ou AIVQ, comme les courses, le ménage ou les formalités administratives) ne devraient pas être comprises dans un ensemble minimal. D'ailleurs, la Belgique, la Corée et la Nouvelle-Zélande font une place privilégiée, parmi les prestations en nature, à l'aide aux activités de la vie quotidienne (AVQ), tandis que les Pays-Bas (pour les dépendants peu limités fonctionnellement) ont retiré en 2009 les services d'aide aux AIVQ du dispositif d'assurance dépendance pour l'intégrer dans un système distinct inscrit au budget. Mais, dans la pratique, il peut être difficile de faire la distinction entre soins à la personne et aide à domicile, surtout lorsque ces services sont fournis de façon simultanée aux personnes très dépendantes. De plus, limiter la couverture aux services d'aide aux AVQ peut amener les bénéficiaires à prétendre que leurs besoins sont plus importants qu'ils ne le sont en réalité, afin d'accéder aux niveaux supérieurs du soutien. La couverture de l'aide à certaines AIVQ, par exemple en Suède, au Danemark, en Allemagne et au Luxembourg, aurait contribué à éviter à des personnes dépendantes ayant des besoins relativement importants d'aller vivre dans des structures où la prise en charge est encore plus coûteuse.

Il est souhaitable, tant pour des raisons d'efficacité que pour préserver la qualité, de conserver une certaine marge d'ajustement des prestations servies en fonction de l'évolution des besoins. Par exemple, l'Allemagne et d'autres pays de l'OCDE ont ajouté à leur panier de services une prestation pour les personnes atteintes de maladies cognitives. Les prestations en espèces assurent à leurs bénéficiaires une certaine souplesse et permettent de prendre en compte la spécificité de chaque cas. Un nombre croissant de pays de l'OCDE (Pays-Bas, Autriche, Allemagne, France, Italie et Royaume-Uni), ainsi que beaucoup de pays d'Europe centrale et orientale, offrent des prestations en espèces pour l'achat de services d'aide et de soins.

Il est peu réaliste que les pouvoirs publics assument tous les frais de séjour ou d'hébergement liés à la prise en charge de la dépendance en établissement, mais ils peuvent aider à mobiliser des ressources pour les financer

Les frais d'hébergement et de restauration peuvent être très élevés et représenter ainsi le double ou le triple du coût global des services de soins à la personne et de soins infirmiers. Dans certains pays nordiques, la couverture de ces frais est fonction du revenu ou du patrimoine, tandis qu'aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Belgique, en France et en Allemagne, le soutien apporté en la matière cible les personnes à faible revenu dans le cadre des dispositifs d'aide sociale ou d'aide au logement. Au Japon, ces frais donnent lieu au paiement d'une somme forfaitaire, qui est toutefois réduite pour les personnes ayant peu de ressources.

Les raisons qui justifient qu'une participation de l'usager aux frais d'hébergement et de restauration soit demandée vont au-delà de la volonté de rendre leur financement supportable pour les pouvoirs publics. Toute personne devrait être tenue d'assumer au moins une fraction minimale de ces frais, quel que soit son lieu d'habitation, et il y a lieu de penser qu'elle en financera une partie en puisant dans son épargne et son patrimoine personnel, où qu'elle vive. D'ailleurs, une couverture intégrale des frais d'hébergement et de restauration pourrait inciter les personnes dépendantes à préférer une prise en charge en établissement plutôt qu'à domicile.

L'intégration du patrimoine dans le critère de ressources appliqué pour déterminer la participation financière des personnes (ou leurs droits à une aide publique) aux frais d'hébergement et de restauration permet de mieux prendre en compte la répartition du bien-être matériel entre les individus. Mais cette démarche peut être plus lourde à gérer et risque de décourager l'épargne individuelle. Quel que soit le montant de la contribution aux frais d'hébergement et de restauration, il est nécessaire que son mode de calcul soit transparent pour garantir l'équité et faciliter son acceptation par les intéressés.

Posséder son logement peut aider les personnes dépendantes à trouver des ressources pour financer les frais d'hébergement et de restauration liés à la résidence dans un établissement d'accueil médicalisé. Les mécanismes auxquels il est possible de recourir, lesquels sont déjà utilisés dans certains pays de l'OCDE, sont les suivants :

- Achat d'obligations ou d'actions de la structure d'hébergement et autres dispositifs de prêt sans intérêt (comme en Australie, par exemple). Ils peuvent donner aux personnes dépendantes le sentiment de s'approprier l'établissement d'accueil où elles résident.
- Mesures publiques visant à différer le paiement du séjour en établissement d'accueil médicalisé (Irlande, certains conseils locaux au Royaume-Uni), ou à exclure la valeur de la résidence principale du patrimoine pris en compte (États-Unis).
- Produits offerts par le secteur privé, comme le prêt viager hypothécaire et les dispositifs associant assurance vie et assurance dépendance. Ils facilitent la prise de décision concernant la vente du logement.

Des approches diverses peuvent être suivies pour financer la dépendance, mais pour faire face à la pression future des dépenses, il est souhaitable de définir un ensemble de politiques préparant l'avenir et d'innover dans les modèles de financement

Les pays de l'OCDE suivent des approches différentes pour trouver les ressources nécessaires au financement de la dépendance. Ces modalités sont souvent le reflet de la façon dont chacun assure le financement des soins de santé, s'appuyant sur l'impôt ou, au contraire, sur un système d'assurance sociale, car les démarches de financement des dépenses afférentes à la dépendance sont analogues.

Quel que soit le modèle choisi, les dispositifs de financement de la dépendance s'inscrivent souvent dans un horizon temporel trop proche. On ajuste les prestations ou la participation financière des usagers de façon à tenir compte des contraintes du moment en matière de ressources, au lieu de prendre une décision stratégique sur l'équilibre à instaurer entre responsabilités collectives et privées.

Afin de se préparer à l'augmentation future de la demande d'aide pour financer les dépenses liées à la dépendance, les pays doivent notamment étudier les questions suivantes :

- *Élargir l'assiette de l'impôt,* c'est-à-dire faire reposer le financement sur une base plus étendue que les recettes provenant de l'activité de la population en âge de travailler. Le Japon, les Pays-Bas, la Belgique et le Luxembourg complètent le produit des cotisations sur les salaires par d'autres recettes.
- *Mieux répartir l'effort de financement entre les générations,* c'est-à-dire éviter de faire peser sur les cohortes jeunes (de moins en moins nombreuses) une part trop importante du coût des soins de longue durée d'une cohorte croissante de personnes âgées. Par exemple, au Japon, une cotisation dépendance est prélevée chez les personnes de 40 ans et plus. En Allemagne, ce ne sont pas seulement les personnes d'âge actif mais aussi les retraités qui doivent verser une cotisation d'assurance sociale pour la dépendance, laquelle est fonction du montant de la pension qu'ils touchent.
- *Introduire des éléments de préfinancement,* c'est-à-dire assurer la constitution d'une réserve financière pour répondre aux obligations futures. Tous les dispositifs d'assurance sociale dépendance sont régis par le principe de la répartition. Certes, la mise en place d'un système fondé sur la capitalisation n'est sans doute pas justifiée compte tenu des incertitudes entourant les besoins futurs en matière de prise en charge de la dépendance, mais les prévisions démographiques montrent que le préfinancement a peut-être un rôle à jouer. En Allemagne, le dispositif d'assurance dépendance privée obligatoire comporte des éléments de préfinancement. Le programme singapourien d'aide aux personnes âgées Eldershield repose en principe sur la capitalisation. Dans le cas des dispositifs de couverture de la dépendance financés par l'impôt, cette formule permettrait de créer une situation budgétaire favorable en réduisant le rapport dette/PIB.
- *Adopter des approches novatrices.* Des dispositifs innovants faisant appel au partenariat public-privé ou des mécanismes de financement volontaire comportant une adhésion automatique avec une clause de retrait sont en cours de mise en œuvre aux États-Unis (dans le cadre du CLASS Act) et ont été instaurés à Singapour. Ces initiatives réunissent

des éléments assurantiels publics et privés, mais le caractère volontaire de la souscription demeure un défi auquel il faut faire face.

L'assurance dépendance privée pourrait jouer un rôle dans certains pays mais, si elle n'est pas rendue obligatoire, elle continuera probablement de ne représenter qu'un marché restreint

Dans la plupart des pays de l'OCDE, le marché de l'assurance dépendance privée est peu développé. Même aux États-Unis et en France où la couverture est la plus étendue, moins de 15 % de la population âgée de 40 ans et plus ont souscrit un contrat d'assurance dépendance privée. Dans la plupart des pays de l'OCDE, exception faite des États-Unis et de l'Allemagne, moins de 2 % du total des dépenses liées à la dépendance sont financés par l'assurance dépendance privée. Le marché de l'assurance de groupe est important en France, où il représente près de la moitié de l'ensemble du marché ; sa part atteint 30 % aux États-Unis.

Même dans les pays où la part du financement privé de la dépendance est relativement importante, les défaillances du marché de l'assurance et l'imprévoyance des consommateurs ont pour effet de restreindre le rôle que joue l'assurance privée dans le secteur de la dépendance, que ce rôle y soit prépondérant ou complémentaire. Les initiatives publiques visant à élargir l'accès à l'assurance dépendance privée volontaire, comme le traitement fiscal préférentiel, la réglementation ciblée ou les partenariats public-privé, ont donné des résultats limités, comme le montre l'expérience des États-Unis.

Quant aux prestataires privés, dans ce même but, ils ont simplifié les produits d'assurance (mettant par exemple en place des contrats prévoyant le versement de prestations en espèces d'un montant fixe) et introduit des produits financiers hybrides alliant, par exemple, assurance vie et assurance dépendance. Ainsi, en France, quelque 150 000 personnes (soit environ 5 % du marché) ont un contrat d'assurance vie incluant une garantie dépendance.

6. Devant la pression croissante des dépenses, assurer une meilleure utilisation des ressources dans le domaine de la prise en charge de la dépendance est une priorité

Une demande croissante de services d'aide et de soins plus nombreux et de meilleure qualité contraindra les pouvoirs publics à rechercher des moyens d'améliorer l'utilisation des ressources affectées à la dépendance

Les dépenses afférentes à la dépendance ne représentent encore qu'une part relativement faible du PIB comparativement à d'autres dépenses liées au vieillissement, comme celles qui se rapportent aux pensions et à la santé, mais les prévisions annoncent une augmentation relative plus rapide des premières au cours des prochaines décennies.

La question de l'efficience de la prise en charge de la dépendance a moins retenu l'attention que, par exemple, les soins de santé. Or, étant donné que les autres grands postes de dépenses liés au vieillissement (pensions et santé) vont aussi probablement augmenter, il sera difficile d'assurer le développement des services de soins de longue durée sans disposer d'éléments prouvant l'utilisation optimale des ressources. Les données concernant les

mesures les plus efficaces demeurent très limitées. Le besoin est donc grand de concentrer l'attention de la puissance publique sur les déficits d'efficience de ce secteur. La priorité la plus grande doit être accordée aux efforts de recherche et de collaboration internationales visant à optimiser l'usage des ressources et à élaborer des mesures ou indicateurs de l'efficience de la prise en charge de la dépendance.

Il est souhaitable pour l'usager d'encourager la prise en charge à domicile, mais les soins en établissement offrent dans certains cas un meilleur rapport coût-efficacité

La question de savoir comment équilibrer prise en charge à domicile et en établissement est au cœur des initiatives concernant la dépendance que prennent les pouvoirs publics dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE. En 2008, la prise en charge en établissement représentait 62 % du total des dépenses liées à la dépendance dans l'ensemble de ces pays, alors qu'en moyenne, seulement 33 % des usagers des services d'aide et de soins de longue durée bénéficiaient de cette forme de prise en charge. Tant l'utilisation de cette dernière que son coût vont augmenter avec la progression du nombre de personnes dépendantes et de la gravité moyenne de l'invalidité chez les personnes résidant en établissement. Cependant, dans bien des cas, les usagers préfèrent les solutions qui leur permettent de ne pas quitter leur domicile.

L'adoption d'autres modes de prise en charge que l'hébergement en établissement peut compenser en partie la croissance des dépenses et répondre au souhait des personnes dépendantes de continuer à vivre chez elles. À cet égard ont été suivies plusieurs approches, qui vont de l'augmentation directe de l'offre de services d'aide à domicile (Canada, Irlande, Japon, Nouvelle-Zélande, Suède et Pologne) à la mise en place d'un nouveau cadre législatif encourageant la prise en charge à domicile (Australie, Suède), en passant par l'adoption d'une réglementation visant à limiter les admissions en établissement (Finlande et République tchèque) et l'instauration de paiements supplémentaires, de prestations en espèces ou d'incitations financières pour promouvoir la prise en charge à domicile (Autriche, Allemagne, Japon, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni et États-Unis).

La part des usagers de plus de 65 ans bénéficiaires de cette catégorie de services a augmenté dans beaucoup de pays au cours de ces dernières années, mais il reste plusieurs difficultés à résoudre. Il peut y avoir absence de marché de prestataires de services de soins à domicile, ou insuffisance d'une telle offre. L'organisation et la coordination de la prise en charge peuvent être compromises lorsque différents prestataires fournissent des services à domicile à un même usager. Les systèmes de soutien par l'information, destinés à faciliter le choix des prestataires de services d'aide à domicile, sont très développés, par exemple, dans les pays nordiques, mais ils le sont moins ailleurs.

Des questions demeurent aussi à propos du bien-fondé ou du rapport coût-efficacité de la prise en charge à domicile des personnes très dépendantes qui ont besoin de soins et d'une surveillance 24 heures sur 24, ainsi que des usagers vivant dans des lieux reculés où les services de soins à domicile sont restreints. Les pouvoirs publics ont intérêt à procéder à un suivi et à une évaluation des autres formes de services, notamment à étudier les moyens d'encourager le recours à d'autres cadres de prise en charge. Il est possible d'aider les personnes dépendantes à faire les bons choix par une évaluation des besoins individuels tenant compte de l'offre existante de services.

Peu de pays se sont penchés sur les moyens d'améliorer la productivité dans le secteur de la dépendance

S'il y a lieu de penser qu'il est possible d'améliorer la productivité de la prise en charge de la dépendance, c'est-à-dire de produire davantage et mieux pour un coût donné, on manque encore d'informations sur les mesures fructueuses et les conditions de leur efficacité. Selon les prévisions de l'OCDE, des gains de productivité pourraient entraîner une diminution d'environ 10 % des dépenses publiques prévues dans le domaine de la dépendance, relativement au scénario démographique pur. Mais en fait, il n'y a eu quasiment aucune tentative d'évaluation de la productivité dans ce secteur, en partie parce qu'il est difficile de mesurer les résultats. Les efforts visant à mesurer et améliorer la productivité des soins de longue durée en sont encore à leurs balbutiements.

La rémunération des prestataires de services liés à la dépendance prend souvent la forme d'un salaire, mais certains pays pratiquent le paiement à l'acte pour les aidants qui interviennent à domicile, tandis qu'aux États-Unis, une rémunération forfaitaire par personne est versée dans le cadre de certains dispositifs de soins gérés. Comme on le sait, ces mécanismes rétribuent le *volume* des services et non leurs *résultats*. Les systèmes publics de prise en charge de la dépendance remboursent généralement les prestataires sur une base journalière, avec parfois un ajustement pour tenir compte des risques éventuels. Cependant, dans le cas où les budgets sont négociés de façon préalable ou établis pour une proportion prédéterminée de personnes très dépendantes, les prestataires se sont plaints du risque de dépassement des dépenses ainsi prévues, les budgets publics n'étant pas ajustés au fil du temps pour tenir compte de l'évolution du degré d'invalidité des personnes prises en charge en établissement.

Une nouvelle orientation est donnée à la politique relative aux soins de santé, qui consiste à modifier les éléments d'incitation auxquels répondent les prestataires en rétribuant les résultats et l'efficacité plutôt que la production et le volume. Cependant, les initiatives consistant à lier la rémunération aux performances sont peu nombreuses dans le domaine de la prise en charge de la dépendance, et seul le programme Medicaid des États-Unis en offre quelques exemples. Les évaluations auxquelles les dispositifs en question ont été soumis dans certains États de ce pays font apparaître des résultats encourageants qui touchent à des paramètres tels que la satisfaction des résidents ou les taux de maintien des salariés dans l'emploi. Il est toutefois difficile de modifier les mécanismes de rémunération des prestataires, notamment parce que la qualité des services d'aide à domicile et de la prise en charge en établissement n'a pour le moment pas fait l'objet de beaucoup de travaux d'évaluation, ni d'analyses comparatives et autres rapports.

Favoriser la concurrence entre prestataires de services peut être un moyen de stimuler l'augmentation de la productivité. Mais cette action peut aussi avoir pour effet d'entraver la coordination des services fournis par des prestataires différents si cette dernière n'est pas expressément encouragée. La mise en place d'un dispositif d'assurance sociale dépendance au Japon en 2000 a suscité l'entrée sur le marché de plusieurs prestataires concurrents, ce qui a eu un impact positif sur les possibilités de choix des usagers et a davantage incité à la maîtrise des coûts. Certains pays nordiques (Suède, Danemark et Finlande) ont adopté un système de chèques qui permet aux usagers de choisir librement entre les prestataires agréés concurrents. Ceux qui utilisent cette formule en sont

généralement très satisfaits, encore que son incidence sur la qualité ou le rapport coût-efficacité n'a guère été évalué.

Accroître l'intensité de capital dans la fourniture de services d'aide et de soins de longue durée pourrait permettre d'améliorer la productivité du travail. Le matériel d'assistance, par exemple, facilite les soins auto-administrés, le centrage sur le patient et la coordination entre soins de santé et prise en charge de la dépendance. Les TIC peuvent jouer un grand rôle dans l'information et le soutien affectif des aidants, des personnes dépendantes et de leur famille. Les données d'observation sur le sujet sont certes encore peu abondantes, mais certains travaux de recherche ont fait apparaître une corrélation positive entre l'introduction de la technologie, la satisfaction au travail et la productivité, par exemple en Australie et en Finlande. Cependant, au lieu de se substituer au travail, la technologie fait efficacement office de complément permettant aux aidants de consacrer davantage de temps aux personnes dépendantes qui ont besoin d'une aide plus grande. Les études réalisées ne portent toutefois pour la plupart que sur des programmes pilotes et un effort d'évaluation systématique plus important s'impose, en particulier pour déterminer quels usagers sont susceptibles de profiter le plus du recours à la technologie.

Le vieillissement en bonne santé et la prévention sont susceptibles de réduire les besoins futurs en matière de prise en charge de la dépendance, mais il y a peu de données sur le rapport coût-efficacité qu'ils offrent

Le vieillissement en bonne santé et la prévention de la détérioration de l'état physique et mental des personnes ayant besoin de soins de longue durée peuvent permettre une amélioration des résultats sur le plan de la santé et un abaissement des coûts. Selon les prévisions de l'OCDE, le vieillissement en bonne santé et des gains de productivité pourraient compenser en partie l'augmentation future des dépenses liées à la dépendance, et réduire la hausse prévue d'environ 5 % à 10 % à l'horizon 2050.

Dans le domaine de la santé, les efforts de prévention et de promotion peuvent peser sur les styles de vie, aider à détecter les groupes à risque et permettre de repérer plus tôt les schémas de morbidité. Les programmes de soutien autogérés incitent l'usager à se centrer sur lui-même et sont en phase avec le souhait qu'ont les personnes âgées de rester actives et de vivre de manière autonome à domicile et dans leur milieu local. En 2006, les autorités japonaises ont intégré au système d'assurance dépendance une prestation fondée sur le soutien de proximité et axée sur la prévention à l'intention des personnes âgées peu dépendantes. En 2008, l'Allemagne a instauré un système d'incitations financières fondé sur le principe « de la carotte et du bâton », qui tient compte des résultats obtenus par les caisses-maladie dans la réadaptation des personnes dépendantes et la gestion de leur passage des établissements médicalisés à des structures assurant un niveau de prise en charge moins élevé. Cependant, ces innovations sont rares et il y a encore beaucoup d'incertitudes quant aux interventions propres à donner de meilleurs résultats ou à offrir un bon rapport coût-efficacité pour ce qui est de maîtriser l'utilisation des services d'aide et de soins de longue durée et de prévenir la dépendance. Étoffer le corpus de données serait d'une utilité certaine.

Pour assurer une utilisation optimale des ressources financières affectées à la dépendance, il faut améliorer autant que possible l'articulation entre la santé et la prise en charge de la dépendance

Les liens entre santé et dépendance sont importants. La gestion de leurs interactions est porteuse de gains potentiels d'efficience. Par exemple, dans plusieurs pays de l'OCDE, les personnes dépendantes sont admises ou traitées dans des établissements de soins de courte durée, qui sont plus coûteux et moins adaptés à leurs besoins de soins à long terme. Pour favoriser une utilisation adéquate des diverses structures de soins de santé et des soins de longue durée, peuvent notamment être prises les mesures suivantes :

- Assurer une *offre* adaptée *de services d'aide et de soutien* en dehors des hôpitaux (Australie, Hongrie, Royaume-Uni et Suède par exemple) ;
- Réformer les *systèmes de paiement et les incitations financières* de façon à décourager l'utilisation des structures de soins de courte durée pour répondre à des besoins de prise en charge à long terme (comme le fait le système de rémunération en fonction des performances mis en place aux États-Unis dans le cadre du dispositif Medicaid) ;
- Améliorer les *règles,* rénover et asseoir des *filières de soins éprouvés* et renforcer l'*information* fournie aux personnes atteintes de maladies chroniques ou diffusée dans l'ensemble du système, afin d'orienter les personnes ayant besoin de soins de longue durée vers des structures adaptées (Suède, Finlande).

Autre domaine de préoccupation important : l'amélioration de la coordination des filières de soins en vue d'assurer un continuum de soins. Dans plusieurs pays de l'OCDE, il existe un morcellement de la prise en charge des soins de longue durée entre épisodes de soins, prestataires, structures et services. De nombreux pays de l'OCDE ont créé des mécanismes de coordination ou confié des responsabilités en la matière à certains acteurs, afin de mieux guider les usagers tout au long du processus de prise en charge. On peut citer les exemples suivants :

- Mise en place d'un *guichet d'information unique* (Canada) ;
- Attribution des *fonctions de coordination des services d'aide et de soins* aux prestataires (Australie, France, Suède) ou aux gestionnaires de la prise en charge (Japon, Allemagne, Danemark, Royaume-Uni) ;
- Création de *structures de gouvernance* spéciales pour la coordination des services d'aide et de soins (Belgique, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en France, Japon) ;
- *Intégration* des soins de santé et de longue durée afin d'en faciliter la coordination (plusieurs cas aux États-Unis et au Canada).

Malgré l'existence de ces mécanismes, des problèmes de coordination subsistent. Il importe qu'à l'avenir, les responsables de l'action gouvernementale soient très attentifs à la coordination des soins *à l'intérieur* du système de prise en charge des soins de longue durée et *entre* ce dernier et le système de santé. Une vision globale des soins de santé et des soins de longue durée pourrait s'avérer rentable sur le plan de la gestion.

La gouvernance du système de prise en charge de la dépendance est souvent complexe

Comme il ressort de l'analyse sur la coordination des soins, les services et structures de prise en charge des soins de longue durée sont difficiles à gérer. Les politiques de la dépendance interagissent avec d'autres questions de politique sociale dans les domaines de la santé, du logement, des retraites ou des infrastructures sociales. La recherche de l'efficience sur le plan administratif et institutionnel se heurte à des obstacles importants. L'étude des pratiques suivies par les pays a permis de mettre en évidence des approches intéressantes, parmi lesquelles figurent :

- La mise en place de dispositifs d'information de qualité à l'intention des usagers et des prestataires de services d'aide et de soins de longue durée ;
- L'élaboration de lignes directrices pour guider la prise de décision à l'échelon local ou par les prestataires praticiens ;
- L'utilisation de mécanismes de planification de la prise en charge, qui reposent sur l'évaluation personnalisée des besoins et mettent à contribution les prestataires de services de santé et de services de soins de longue durée, en reliant cette évaluation à l'affectation des ressources ;
- L'échange de données entre les différentes administrations, en vue de faciliter la gestion des interactions éventuelles entre le financement de la dépendance, les mesures ciblées visant l'impôt sur le revenu des personnes physiques et les transferts (comme les pensions), ainsi que les dispositifs existants d'aide sociale ou d'aide au logement ;
- L'adoption de mesures pour faire face au problème des incitations au transfert des coûts entre services de santé et services de prise en charge à long terme.

Chapitre 1

La prise en charge de la dépendance : un secteur en expansion et des systèmes diversifiés

La prise en charge de la dépendance (ou prise en charge des soins de longue durée) est un secteur de l'économie en expansion, mais relativement modeste. Les personnes de plus de 65 ans, et notamment de plus de 80 ans, sont celles qui ont une probabilité plus grande de se voir dispenser de tels services, et les femmes en sont les principales bénéficiaires. Il s'agit d'un secteur à forte intensité de main-d'œuvre qui est essentiellement financé par des fonds publics. Les dépenses liées à la dépendance représentent en moyenne 1.5 % du PIB dans la zone OCDE. L'essentiel des services est fourni par des aidants familiaux. Le personnel employé dans le secteur (composé dans la majorité des pays de femmes travaillant à temps partiel) représente environ 1.3 % de la population active totale des pays de l'OCDE. Ces dix dernières années, plusieurs États ont instauré de nouveaux dispositifs de prise en charge de la dépendance : ainsi, des systèmes de prestations en espèces destinées à financer l'aide et les soins de longue durée ont été créés en Europe et aux États Unis pour élargir le choix et la latitude des usagers. Ces dispositifs sont souvent fragmentés en raison de la diversité des publics visés, des modes de gouvernance et de fourniture, et du personnel. Ce chapitre brosse un tableau du secteur dans les pays de l'OCDE. Il commence par définir ce qu'est la prise en charge des soins de longue durée puis, dans les parties suivantes, présente les usagers, les prestataires et les financeurs de services de ce secteur. Une autre partie décrit les services offerts, en s'attardant plus longuement sur les systèmes de prestations en espèces destinées à financer les soins, et le chapitre se clôt sur une partie présentant brièvement l'évolution récente des politiques menées dans ce domaine.

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

1.1. But du rapport : de quelles façons les sociétés font-elles face au besoin croissant liés à la dépendance ?

La façon dont les sociétés traitent la question de la prise en charge des soins liés à la dépendance (ou des soins de longue durée, en anglais *long-term care* ou LTC), c'est-à-dire les soins prodigués à ceux qui ont besoin de manière prolongée d'un soutien pour accomplir les activités de la vie quotidienne, est liée à leurs normes sociales, morales et éthiques, ainsi qu'à la politique voulue par le gouvernement et à d'autres spécificités nationales (Ngai et Pissarides, 2009). Pour certains, cette responsabilité incombe à la sphère privée, le cercle familial et amical l'assumant à titre principal et gracieux ; d'autres l'estiment au contraire collective. De surcroît, s'agissant par exemple du rôle financier, dispensateur ou réglementaire que les pouvoirs publics endossent dans ce domaine, les sociétés interprètent de manière disparate le concept de responsabilité collective (souvent étatique).

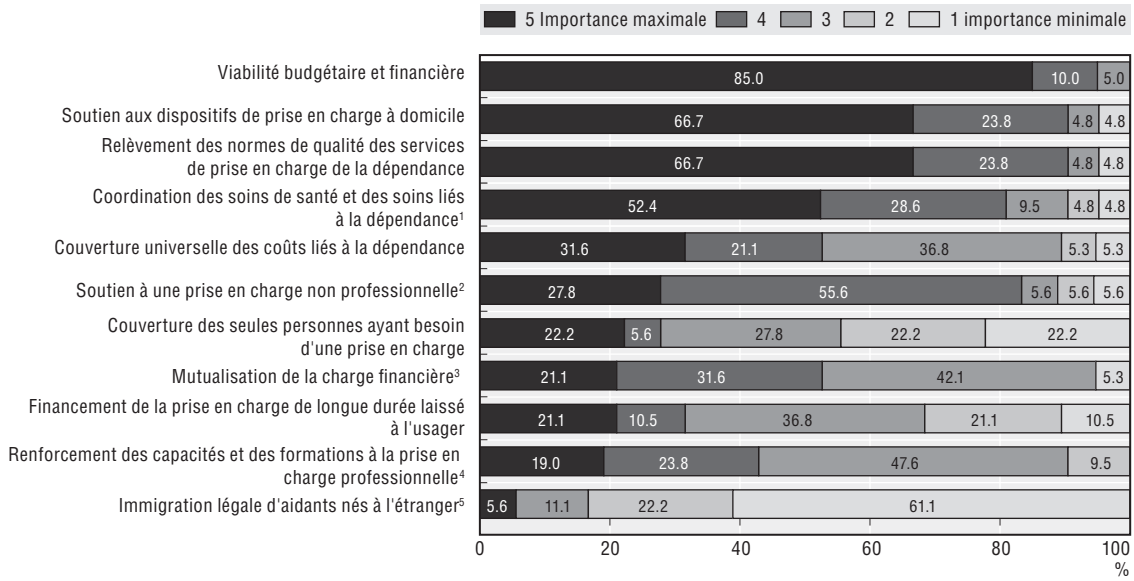
Ces différences ont des répercussions sur le développement des systèmes formels de prise en charge des soins liés à la dépendance, qui peut varier beaucoup y compris dans des sociétés présentant des profils démographiques similaires ou des prévalences de la dépendance proches. Ces systèmes formels ne sont pourtant que la partie émergée de l'iceberg : dans tous les pays, la plus grande part de la dépendance reste « cachée », c'est-à-dire prise en charge de manière informelle, essentiellement par la famille et les amis.

Selon toute vraisemblance, les difficultés que pose la prise en charge de la dépendance vont s'accroître à l'avenir, pour au moins quatre raisons. Premièrement, même si le rythme du vieillissement démographique est très variable d'un pays à l'autre et s'il existe des incertitudes quant à l'évolution de l'incapacité au sein de la population, les transformations démographiques entraîneront une hausse de la demande de services de prise en charge dans toutes les sociétés. Deuxièmement, les changements qui affectent les sociétés – diminution de la taille de la famille, évolution des choix résidentiels des personnes atteintes d'une incapacité, progression du taux d'activité des femmes – sont susceptibles d'induire une baisse du nombre d'aidants informels conduisant à une hausse du besoin de soins dispensés par des aidants rémunérés. Troisièmement, à mesure que les sociétés s'enrichissent, les individus exigent des systèmes de protection sociale de meilleure qualité, répondant davantage à leurs besoins ; la population souhaite que les systèmes de soins soient axés sur le patient et offrent des services bien coordonnés. Quatrièmement, le progrès technologique accroît les possibilités d'intervention à domicile, mais pourrait rendre nécessaire une réorganisation des soins. Ces différents facteurs poussent à l'amélioration de l'offre de services de soins et de leurs performances et, par conséquent, engendreront une hausse de leur coût.

Ces évolutions susciteront une hausse de la demande de services des soins de longue durée et donc de la demande de ressources humaines et financières capables de les dispenser. Le présent rapport étudie ces demandes futures de services et de systèmes sous l'angle des ressources humaines et de la viabilité budgétaire. S'il est vrai que les personnes handicapées de tous âges, que leurs limitations soient physiques ou cognitives, sont susceptibles d'avoir besoin d'une prise en charge des soins liés à la dépendance, cet

ouvrage concerne essentiellement les seniors. Le sujet du financement notamment semble la toute première priorité de l'action publique des autorités des pays de l'OCDE dans ce domaine (graphique 1.1).

Graphique 1.1. **En matière de système de prise en charge des soins de longue durée, la viabilité financière est la toute première priorité de la zone OCDE, 2009-10**



Note : Inclut les réponses fournies par 28 pays de l'OCDE. Parmi les autres politiques et réformes intéressantes, quatre pays ont cité les évaluations des besoins fonctionnels et la coopération internationale, les soins concernant la dépendance, la prévention de celle-ci et les soins palliatifs.

1. Harmoniser les systèmes de soins liés à la dépendance et des soins de santé, soutenir la coordination des soins.
2. Soutenir la prise en charge informelle et épauler les aidants informels (y compris familiaux).
3. Répartir la charge du financement de la prise en charge des soins liés à la dépendance dans l'ensemble de la société, seniors ou retraités à haut revenu compris.
4. Renforcer les capacités et la formation des aidants professionnels, par exemple pour alléger la charge pesant sur les aidants informels.
5. Encourager ou faciliter l'immigration légale d'aidants nés à l'étranger.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, 2009-10.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932500510

1.2. Qu'est-ce que la prise en charge des soins de longue durée ?

La prise en charge des soins de longue durée regroupe les soins fournis aux personnes qui ont besoin d'aide dans de multiples domaines de leur vie pendant une période prolongée. En général, ce terme désigne l'aide à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ) (se laver, s'habiller, se coucher et se lever par exemple), aide qui est souvent apportée par l'entourage familial et amical ainsi que par des aidants peu qualifiés ou du personnel infirmier.

Les services formels des soins de longue durée pouvant rapidement avoir un coût élevé pour ceux qui en ont besoin, bon nombre de pays ont mis en place des systèmes publics de couverture. Ces systèmes peuvent viser certains publics à faible revenu ou être universels. Les prestations peuvent être en nature ou financières, et les services peuvent être fournis dans différents cadres, selon la situation du bénéficiaire. La qualification des soignants varie elle aussi selon la situation du bénéficiaire et le dispositif institutionnel en place dans le pays, de même que l'intensité de la prise en charge. La prise en charge peut se faire à domicile, en établissement ou en centre d'accueil de jour, être assurée par des

prestataires publics, sans but lucratif ou à vocation commerciale, et aller de la fourniture de systèmes d'alerte à une assistance 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Les usagers de ces services peuvent être appelés à payer une partie du coût de leur utilisation.

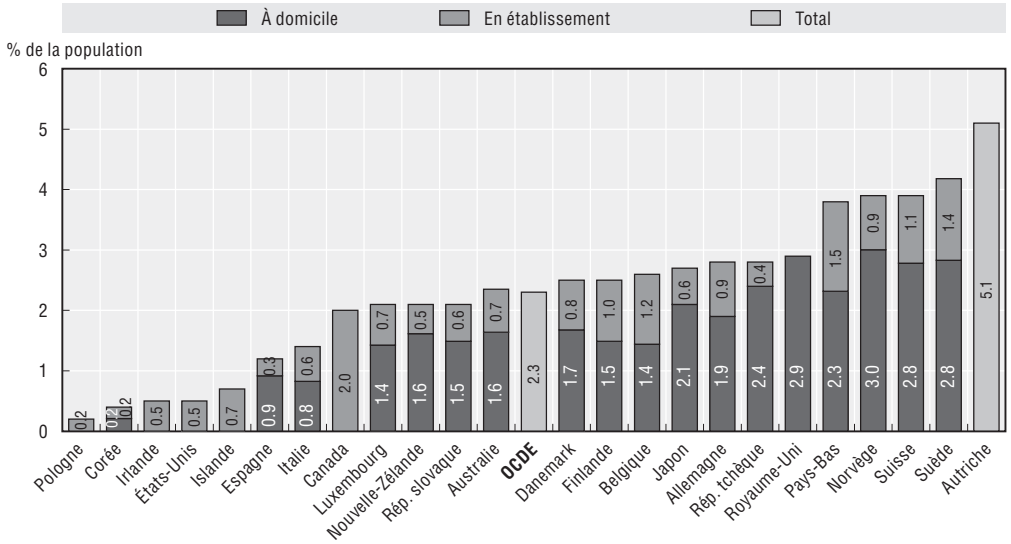
Les systèmes formels dispensant des soins de longue durée – et les dépenses correspondantes – peuvent relever de la compétence d'un seul ministère ou organisme, en général le ministère de la Santé ou des Affaires sociales, ou de la compétence partagée de ces ministères ; il est toutefois fréquent que des autorités situées à un échelon inférieur de l'administration soient compétentes en matière de fourniture et parfois de financement des services. La gestion des systèmes est décentralisée à l'échelon infrafédéral, régional ou local dans presque un tiers des pays de l'OCDE (par exemple au Canada, en Corée, aux États-Unis, en Finlande, au Mexique, au Royaume-Uni, en Slovénie, en Suède et en Suisse).

1.3. Qui sont les utilisateurs de services formels liés à la dépendance ?

L'utilisation de services formels de prise en charge des soins liés à la dépendance – mesurée en nombre de bénéficiaires – est faible en Pologne (0.2 %), ainsi qu'aux États-Unis et en Irlande (0.5 %, en établissement seulement), tandis qu'elle est élevée en Autriche (5.1 %, sous la seule forme de prestations en espèces), en Suède (4.2 %), en Norvège et en Suisse (3.9 %), et aux Pays-Bas (3.8 %). En moyenne, 2.4 % de la population de la zone OCDE y ont recours (chiffres 2008) (graphique 1.2). Dans les 23 pays pour lesquels on dispose de données, 70 % environ des usagers bénéficient de ces services à leur domicile, allant de 55 % en Belgique à plus de 80 % en République tchèque.

Graphique 1.2. **La prise en charge de la dépendance concerne plus d'individus à domicile qu'en établissement**

Usagers pris en charge en pourcentage de la population dans les pays de l'OCDE, 2008



Note : Les données concernant le Canada, le Luxembourg, le Danemark, la Belgique et les Pays-Bas se rapportent à 2007 ; celles concernant l'Espagne à 2009. Les données pour le Japon concernent 2006. Elles sous-estiment le nombre de bénéficiaires en établissements car beaucoup de personnes âgées reçoivent des soins de longue durée à l'hôpital. Selon Campbell et al. (2009), le Japon fournit des prestations publiques à 13.5 % de sa population de plus de 65 ans. Sont inclus dans les usagers à domicile de la République tchèque 300 000 bénéficiaires de l'allocation pour tierce personne. Les données relatives à la Pologne sous-estiment le nombre total des personnes dépendantes prises en charge.

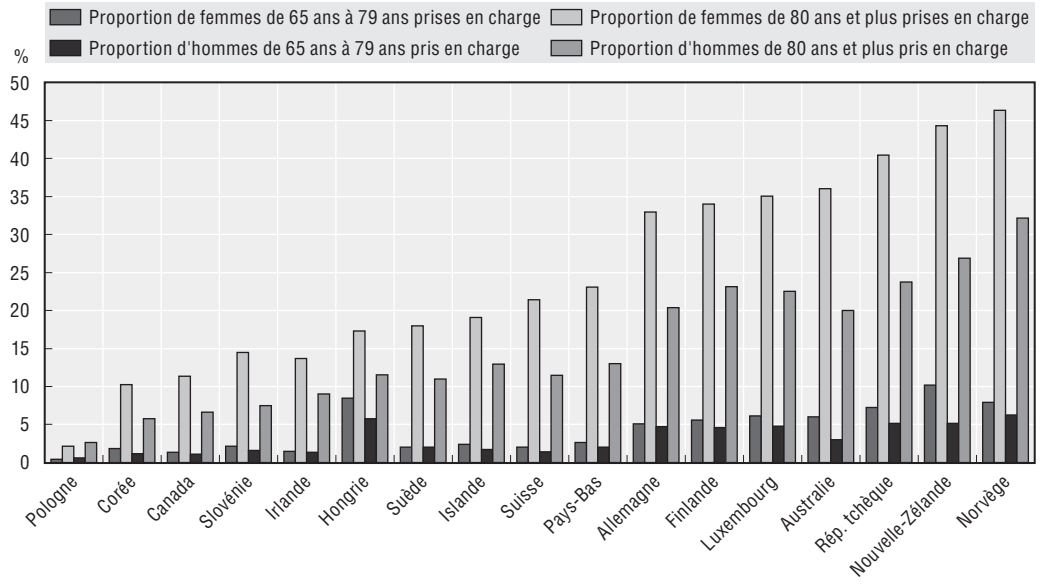
Source : Éco-Santé OCDE 2010, réseau administratif informatisé coréen et données complémentaires australiennes et suédoises.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932500529

La demande de services de prise en charge des soins de longue durée est fortement corrélée à l'âge (graphique 1.3), même si les personnes âgées ne constituent pas le seul public visé. Alors que moins de 1 % des personnes de moins de 65 ans ont recours à ces services, la probabilité d'utilisation augmente rapidement à partir de 65 ans. La proportion de bénéficiaires des services des soins de longue durée parmi les femmes de 80 ans et plus est comprise entre 2 % (en Pologne) et 46 % (en Norvège), alors qu'elle varie de 2.6 % en Pologne à 32 % en Norvège parmi les hommes de la même classe d'âge. Ces données s'expliquent par le fait que les femmes ont une espérance de vie plus longue et un taux de survie plus élevé. À noter toutefois que dans la majorité des pays, un usager sur cinq a moins de 65 ans, tandis que la moitié environ a plus de 80 ans (graphique 1.4).

Graphique 1.3. **La plupart des personnes dépendantes prises en charge sont des femmes de plus de 80 ans**

Usagers pris en charge par âge et sexe, en pourcentage de la classe d'âge respective, 2008



Note : Les données relatives à l'Autriche, à la Belgique, à la France et à la Pologne concernent les personnes de plus de 60 ans et non celles de plus de 65 ans ; les données relatives à la République slovaque concernent les personnes de 62 ans et plus ; celles relatives à la Norvège se rapportent aux personnes de 67 ans et plus. S'agissant des usagers pris en charge à domicile en Pologne, les tranches d'âge sont 60-74 ans et plus de 75 ans, au lieu de 65-79 ans et plus de 80 ans. Les données relatives à la Suède se rapportent aux seuls soins en établissement. Les données relatives au Canada, aux Pays-Bas, à l'Australie et au Luxembourg se rapportent à 2007. Les données relatives à l'Autriche représentent les bénéficiaires de prestations en espèces.

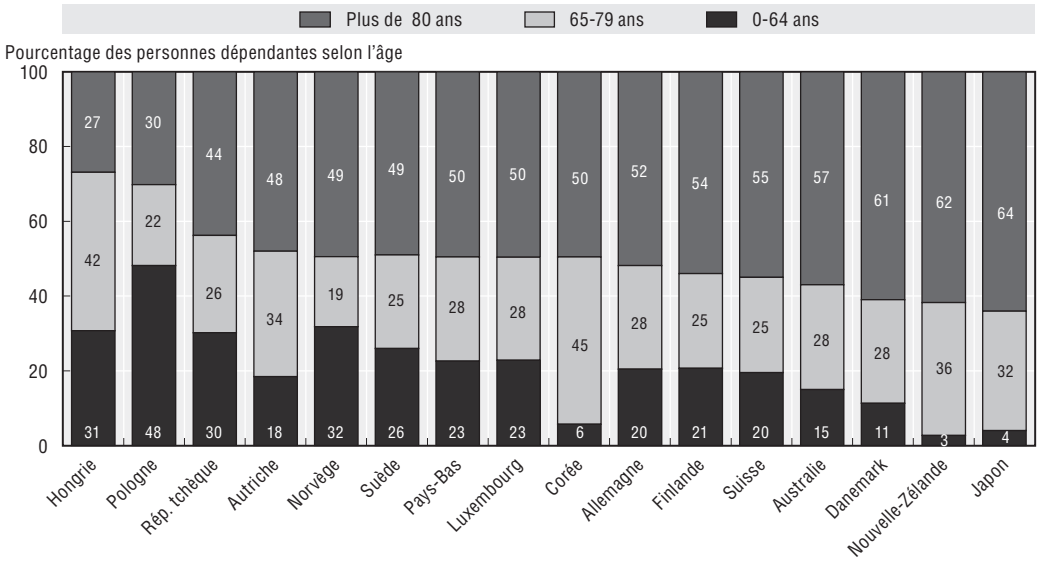
Source : Éco-Santé OCDE 2010, réseau administratif informatisé coréen et données complémentaires australiennes et suédoises.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932500548

Dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, 50 à 75 % des services formels de prise en charge des soins de longue durée sont fournis à domicile. Dans tous les pays, les bénéficiaires du quatrième âge sont moins nombreux à recevoir leurs soins à domicile que les bénéficiaires plus jeunes (graphique 1.5). Toutefois, dans la plupart des pays, plus de 50 % des bénéficiaires âgés de 80 ans au moins reçoivent les soins à leur domicile. Une part importante des bénéficiaires âgés souffre de problèmes de démence (voir encadré 1.1).

Graphique 1.4. **La moitié environ des personnes dépendantes prises en charge ont plus de 80 ans**

Usagers pris en charge par classe d'âge, 2008



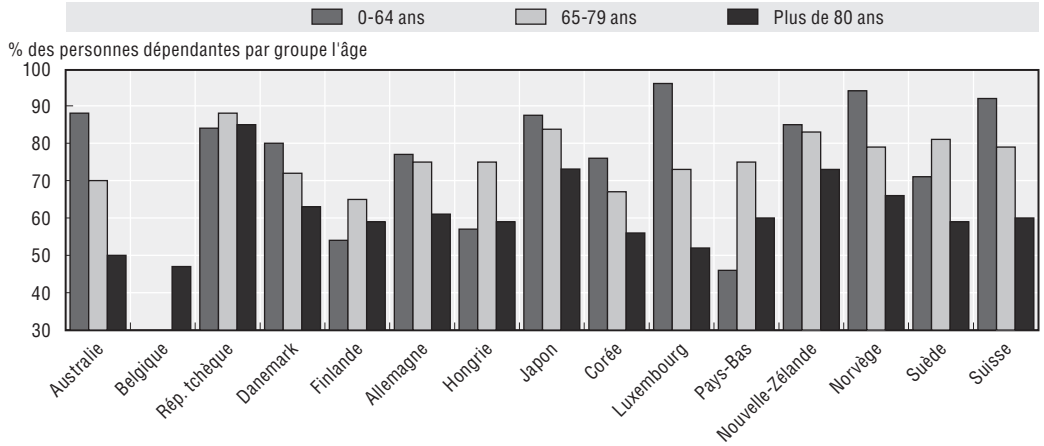
Note : Les données des pays suivants se rapportent à des classes d'âge différentes. Pour la classe d'âge 65-80 ans : les données portent sur les bénéficiaires de plus de 60 ans en Autriche, en Belgique et en Pologne ; de 62 ans et plus en République slovaque ; en France, le bénéficiaires de soins à domicile ont plus de 60 ans, et les bénéficiaires de soins en établissement ont plus de 65 ans ; en Norvège, les bénéficiaires ont plus de 67 ans. Pour la Pologne, la ventilation des utilisateurs de soins à domicile est 60-74 ans au lieu de 65-79 ans, et plus de 75 ans au lieu de plus de 80 ans. Les données pour la Pologne sous-estiment le nombre d'usagers pris en charge. Les données pour le Canada, les Pays-Bas, l'Australie et le Luxembourg portent sur 2007. Les données sur le Japon concernent 2006. Les données pour l'Autriche portent sur les bénéficiaires de prestations en espèces.

Source : Éco-Santé OCDE 2010, réseau administratif informatisé coréen et données complémentaires australiennes et suédoises.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932500567

Graphique 1.5. **Le volume des soins à domicile est plus élevé pour les bénéficiaires jeunes qu'âgés**

Usagers pris en charge à domicile en pourcentage de l'ensemble des personnes dépendantes prises en charge, par classe d'âge, 2008



Note : Les données des pays suivants se rapportent à des classes d'âge différentes. Pour la classe d'âge 65-80 ans : les données portent sur les bénéficiaires de 60 ans et plus en Belgique, de 62 ans et plus en République slovaque, de 67 ans et plus en Norvège. Pour la Pologne, la ventilation des usagers à domicile est 65-74 ans au lieu de 65-79 ans, et plus de 75 ans au lieu de plus de 80 ans. Pour la Norvège, il est possible que le nombre de bénéficiaires de 80 ans et plus soit sous-estimé. Pour la République tchèque, les 300 000 bénéficiaires de l'allocation d'assistance sont compris dans les usagers de soins à domicile. Les données pour la Pologne sous-estiment le nombre total d'usagers pris en charge. Pour le Japon, les données concernent 2006.

Source : Éco-Santé OCDE 2010, données complémentaires relatives à l'Australie, au Japon et à la Suède.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932500586

Encadré 1.1. **Démence, maladie d'Alzheimer et prise en charge des soins de longue durée**

Les affections psychogériatriques entraînent une diminution des capacités fonctionnelles cognitives et rendent (de plus en plus) nécessaire l'intervention de tiers non seulement pour aider la personne à accomplir les AVQ et/ou les AIVQ (voir glossaire p. 13), mais aussi pour prendre en charge d'autres aspects de sa vie – par exemple exercer une surveillance au quotidien, prendre des décisions ou assurer une protection juridique. Pour beaucoup d'aidants, il s'agit là d'une tâche de longue haleine, éprouvante sur les plans physique, psychologique et affectif, et de plus en plus lourde à mesure que la maladie progresse. De surcroît, s'il existe des solutions médicales pour prévenir la démence vasculaire, il n'existe pour l'instant pas de mesures de prévention des autres formes de démence et les traitements médicaux, même lorsqu'ils sont administrés aux premiers stades de la maladie, ne peuvent qu'en atténuer certains effets (Groth *et al.*, 2009).

Une récente étude cherche à déterminer la prévalence de la démence en fonction des classes d'âge (Ferri *et al.*, 2005, cité dans Alzheimer Europe, 2006). Selon ces calculs, quelque 12 % des personnes âgées de 80 à 84 ans et près d'un quart des personnes de plus de 85 ans souffrent de démence. La population vieillissant, il y a tout lieu de s'attendre à une forte hausse de la prévalence de la démence dans le monde (Brookmeyera *et al.*, 2007) ; or les budgets consacrés à cette affection représentent déjà 1 % du PIB mondial à l'échelle de la planète et 1.24 % du PIB dans les pays à revenu élevé (Wimo et Prince, 2010).

L'amélioration du diagnostic pourrait permettre un dépistage plus précoce, ce qui, en l'absence d'amélioration concomitante des mesures de prévention et des traitements, laisse présager que la part des personnes atteintes d'une forme de démence parmi les personnes ayant besoin des soins de longue durée augmentera de façon plus que proportionnelle. Un dépistage plus précoce pourrait se traduire par une amélioration de la qualité de vie, mais aussi par une hausse des dépenses médicales. La diminution attendue du rôle de l'aide apportée par la famille et l'augmentation des problèmes liés à la démence – souvent associés à d'autres troubles – pourraient mettre les systèmes de prise en charge de la dépendance à rude épreuve, à la fois sur le plan financier et sur celui des ressources humaines. Les difficultés liées à l'augmentation de la prévalence de la démence se poseront avec une acuité particulière dans les zones rurales et pour les aidants familiaux (souvent âgés), dans la mesure où la population plus jeune et plus instruite tend à quitter ces régions et où l'accès aux services de soins de santé et de prise en charge y est souvent plus difficile.

Plusieurs pays accordent une place particulière aux problèmes liés à la démence dans leur dispositif de prise en charge ; ainsi, certains ont mis en place un plan Alzheimer complet (France, Royaume-Uni) et d'autres ont créé des prestations spéciales pour financer les soins liés à la démence – soins qui vont souvent au-delà de l'aide à l'accomplissement des AVQ et des AIVQ – ou ont revalorisé les prestations qui existaient déjà (Allemagne, Australie, Autriche, Finlande).

Source : Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement du secteur de la dépendance, 2009-10.

Entre 1998 et 2008, la proportion de la population de 65 ans et plus a augmenté de 12 % au sein de la zone OCDE, et la proportion de personnes de 80 ans et plus a connu une hausse de 32 %. Dans la plupart des pays, ce phénomène s'est traduit par un surcroît d'utilisation des services des soins de longue durée, sauf aux Pays-Bas (2004-07) et en Suisse (1998-2008), où la proportion de la population prise en charge a quelque peu décru. Ainsi, parmi les pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles, la Norvège

(2001-07), la Suisse (2000-07) et les États-Unis (2000-08) sont les seuls pays dans lesquels l'utilisation de soins de longue durée en établissement soit restée stable par rapport à l'année de référence. En Suède, en pourcentage de la population, elle a diminué de 19 % (1998-2008) et s'est accompagnée d'une hausse régulière de la proportion des personnes prises en charge à domicile, mais a augmenté dans les 12 autres pays au cours des cinq à dix dernières années. La part des usagers d'aide et de soins à domicile a diminué de 15 % aux Pays-Bas (2004-08), est restée stable en Suisse (2000-08), mais a progressé dans la majorité des autres pays. Elle a ainsi augmenté de plus de 70 % en Hongrie, d'environ 50 % au Japon, au Luxembourg et en République slovaque, et un peu moins en Suède. Le Japon, de son côté, a connu une forte augmentation de l'utilisation des services liés à la dépendance en général.

1.4. Qui sont les prestataires de soins de longue durée ?

Aidants familiaux

La définition de l'aidant familial est à géométrie tout à fait variable, en fonction de paramètres tels que le nombre minimal d'heures de prise en charge par semaine, la durée minimale de la période de prise en charge, ou encore l'inclusion ou non de telle ou telle tâche d'aide ou de soins. Des limites peuvent exister quant au segment de population pris en compte (individus d'âge actif, adultes ou individus ayant au moins un âge donné) et quant au lien de parenté préexistant entre la personne dépendante et l'aidant familial (conjoint, parent).

Le chapitre 3 analyse les aidants familiaux en tant qu'individus de plus de 50 ans assurant une aide aux AVQ. Toutefois, les disparités de définitions engendrent des écarts considérables dans les calculs. Ainsi, l'adoption d'une définition large a conduit à dénombrer 100 millions d'aidants au sein de l'UE-25 (Alber et Kohler, 2005), tandis qu'une définition plus étroite (au moins 20 heures de soins par semaine) a permis d'en recenser 19 millions (Grammenos, 2005), dont 9.6 millions consacrant au moins 35 heures par semaine à la personne qu'ils prennent en charge. Selon *Éco-Santé OCDE 2010*, les aidants informels ne représentent que 0.7 % de la population du Royaume-Uni et environ 1 % de la population du Luxembourg et de la République slovaque (2006), contre 15 % aux États-Unis (2004) et 21 % aux Pays-Bas (dans la tranche d'âge 18-65 ans) (2008)[1]. Ces chiffres traduisent peut-être des variations internationales dans la place de l'aide apportée par la famille, qui reflètent elles-mêmes des différences culturelles, mais les écarts constatés s'expliquent aussi par les limites des données et les disparités de définition.

Il importe toutefois de souligner que même lorsque la définition est étroite, la « main-d'œuvre » des aidants familiaux est au moins deux fois plus nombreuse que les travailleurs formels (par exemple au Danemark), voire dans certains cas, estime-t-on, plus de dix fois plus nombreuse (par exemple au Canada, en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis et aux Pays-Bas). En moyenne, 70 à 90 % des aidants sont familiaux (Fujisawa et Colombo, 2009).

La majorité des aidants familiaux sont des femmes, en général l'épouse, la fille adulte ou la belle-fille. Si l'on exclut les cas de prise en charge d'un conjoint, plus la charge est intensive, plus il est probable que l'aidant soit une femme (Glendinning *et al*., 2009 ; NAC et AARP, 2005 ; ABS, 2008). En moyenne, les aidants familiaux d'adultes fragilisés ont plus de 45 ans. La prise en charge la plus intensive est généralement assurée au sein d'un foyer.

Selon les estimations relatives aux États-Unis[2], la valeur économique des soins dispensés par les aidants familiaux s'est établie à 375 milliards USD en 2007 (Houser et Gibson, 2008), ce qui est supérieur au coût des services de longue durée rémunérés, estimé à 230 milliards USD (Gleckman, 2009). Selon des calculs récents, en Europe, la contribution économique de l'aide familiale (non rémunérée) est comprise – selon la méthode de calcul utilisée – entre 20.1 et 36.8 % du PIB européen (Gianelli *et al.*, 2010). Ces analyses et d'autres études démontrent que la valeur économique de l'aide familiale est élevée.

Toutefois, être aidant familial peut avoir un coût en termes, par exemple, de perte de jours de travail et de renoncement à des perspectives professionnelles. Selon une étude australienne, le coût d'opportunité du renoncement à un revenu pour fournir une aide familiale sans rémunération s'établit à 4.9 milliards AUD – soit près de 10 % des dépenses australiennes de soins formels (Manaaki, 2009). L'aidant peut également avoir à assumer des frais liés à sa propre santé (mentale) (voir le chapitre 3). Dans certains pays, lorsque la personne prise en charge est financièrement démunie, les membres de la famille peuvent être tenus par la loi de participer au coût des services formels de soins (Allemagne, République slovaque, France) ; enfin, la prise en charge peut aussi entraîner une augmentation des dépenses de la famille, par exemple des dépenses de chauffage, de médicaments, de téléphone, d'aides techniques et de transport. Dans beaucoup de pays, cette situation a conduit les pouvoirs publics à soutenir les aidants familiaux (voir le chapitre 4).

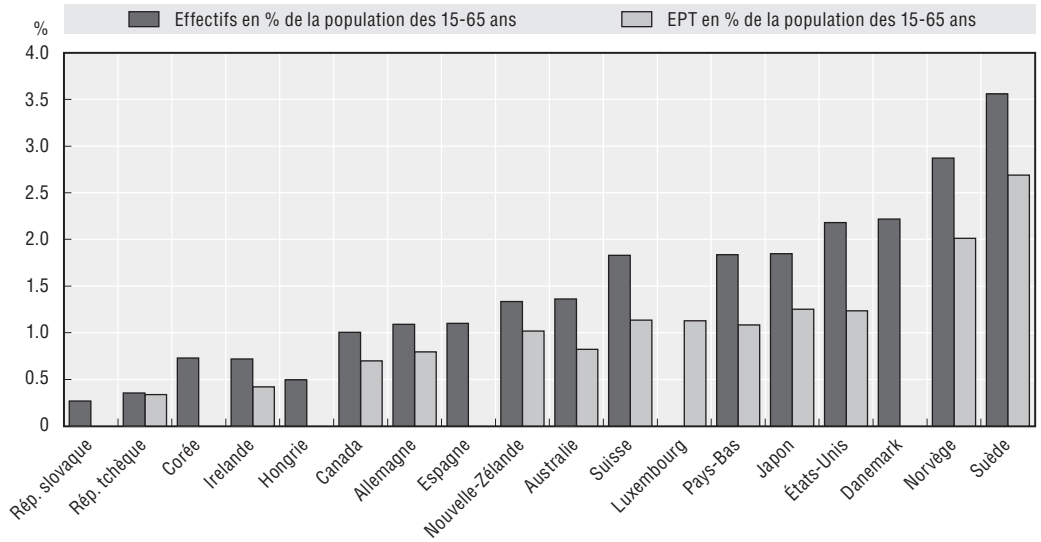
Main-d'œuvre rémunérée

Dans certains pays de l'OCDE, les effectifs du secteur (personnel infirmier et aides-soignants) représentent 1.3 % de la population active (graphique 1.6)[3]. Les pays où cette part est la plus faible, comme la République tchèque et la République slovaque (0.3 %), sont aussi ceux où le secteur de la dépendance est encore peu développé. C'est en Suède que cette part est la plus élevée (3.6 %), puis en Norvège et au Danemark (2.9 %).

La part de la main-d'œuvre qui travaille dans le secteur de la dépendance n'est pas nécessairement en rapport avec le nombre de personnes qui ont besoin de ces soins. L'un des indicateurs utilisés est la densité de personnel pour 100 personnes de 80 ans et plus, qui varie d'environ 5 en République slovaque à plus de 40 en Suède et en Norvège (graphique 1.7). La demande de soins pouvant être trop importante compte tenu des effectifs du secteur (Martin et King, 2008), certains pays comme l'Espagne, l'Autriche, le Canada, la Finlande et l'Italie y font état de pénurie de personnel (Fujisawa et Colombo, 2009 ; OCDE, 2008) et presque tous les pays sont confrontés à des difficultés pour recruter du personnel et le fidéliser (chapitre 6).

Certains pays de l'OCDE, par exemple les pays d'Europe du Sud, ont répondu à la demande grâce à l'augmentation du nombre de personnes nées à l'étranger travaillant en qualité d'aidants. Ainsi, en Italie, la part d'aidants d'origine étrangère a augmenté rapidement, jusqu'à représenter 78 % des aidants à domicile en 2005 (Lamura *et al.*, 2010), dont une proportion importante travaille dans un *cadre informel* (c'est-à-dire sans contrat officiel). Dans d'autres pays de l'OCDE, les employés d'origine étrangère représentent une part substantielle du personnel employé dans le secteur *formel* de la prise en charge de la dépendance (Fujisawa & Colombo, 2009) ; par exemple, aux États-Unis, 23 % du personnel dispensant une aide et des soins de longue durée sont nés à l'étranger (PHI, 2010).

Graphique 1.6. **Les travailleurs du secteur de la dépendance représentent une faible part de la population d'âge actif, 2008**



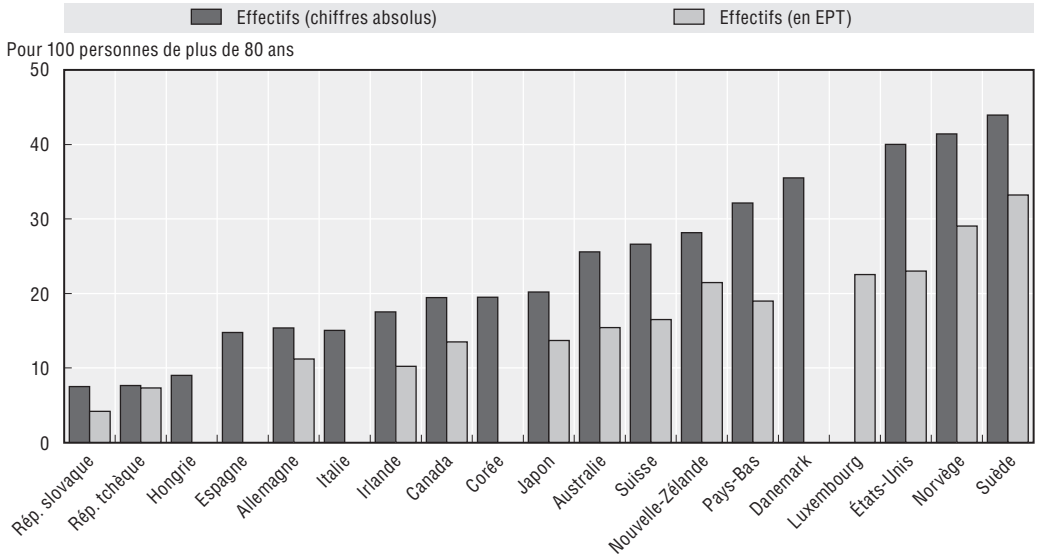
Note : La définition d'un EPT (équivalent plein temps) varie selon les pays. Les travailleurs du secteur de la dépendance regroupent le personnel infirmier et les aides-soignants. Les données relatives à la Hongrie, au Canada, à la Nouvelle-Zélande, au Luxembourg et aux États-Unis se rapportent à 2006 ; celles relatives à la République slovaque, l'Allemagne, l'Australie et le Danemark à 2007 ; celles relatives aux Pays-Bas, à l'Espagne et à la Suède à 2009 ; celles relatives à la Corée à 2010 (Office statistique national). Les données concernant l'Allemagne excluent 170 000 infirmiers et infirmières gériatriques (2007).
Les données relatives aux Pays-Bas se limitent au personnel infirmier et aux auxiliaires de vie actuellement employés.

Source : Éco-Santé OCDE 2010 et Office statistique national coréen.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932500605

Graphique 1.7. **Le nombre de travailleurs employés dans le secteur de la dépendance ne sont pas en rapport avec le nombre de personnes ayant besoin de soins**

Densité de personnel dans le secteur de la dépendance pour 100 individus de plus de 80 ans, zone OCDE, 2008 ou dernière année disponible



Note : La définition d'un équivalent plein temps (EPT) varie selon les pays. Les données relatives à l'Italie se rapportent à 2003 ; celles relatives à la Nouvelle-Zélande et aux États-Unis à 2006 ; celles relatives à la République slovaque, l'Allemagne, l'Australie, le Danemark, le Canada, la Hongrie et le Luxembourg à 2007 ; et celles relatives à l'Espagne, la Corée, les Pays-Bas et la Suède à 2009. Les données relatives à l'Allemagne excluent le personnel infirmier gériatrique (environ 170 000 personnes, 2007) ; les données relatives aux Pays-Bas se limitent au personnel infirmier et aux auxiliaires de vie actuellement employés.

Source : Éco-Santé OCDE 2010 et Office statistique national coréen.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932500624

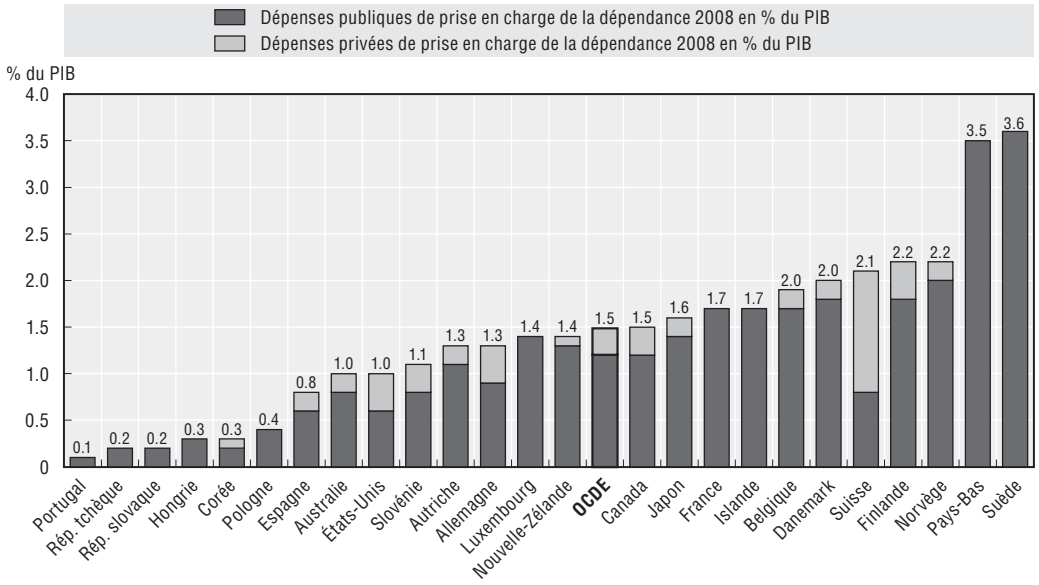
1.5. Qui finance les soins de longue durée, dans quel cadre et à quel coût ?

Le financement public joue un rôle majeur

En 2008, les dépenses totales de prise en charge de la dépendance[4] ont représenté une moyenne de 1.5 % du PIB dans 25 pays de l'OCDE (graphique 1.8). Les ressources allouées à ces actions varient fortement d'un pays à l'autre, en parallèle avec les différences observées dans l'utilisation des services. Ces disparités s'expliquent par des différences au niveau des besoins, de la structure des services, de l'importance des prestations offertes par les systèmes formels dispensant des soins de longue durée, mais aussi au niveau du rôle de la famille et des habitudes culturelles vis-à-vis de la prise en charge des personnes dépendantes. À cela s'ajoutent des différences internationales concernant le champ déclaratif des volets sanitaire (prise en charge dite « médicalisée ») et social de la prise en charge de la dépendance (encadré 1.2).

Graphique 1.8. **Dans la zone OCDE, la part des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance est plus élevée que celle des dépenses privées**

En pourcentage du PIB, 2008



Note : Les données relatives à l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, les États-Unis, la Hongrie, l'Islande, la Norvège, le Portugal, la République tchèque et la Suisse se rapportent uniquement aux dépenses de prise en charge des soins de longue durée liées à la santé. Dans les autres cas, les dépenses englobent à la fois les dépenses liées à la santé (soins médicalisés) et les dépenses de soins de longue durée à caractère social. En République tchèque, les dépenses sociales concernant les soins de longue durée sont estimées à 1 % du PIB (source : ministère tchèque de la Santé, 2009). Les données relatives à l'Islande et aux États-Unis se rapportent uniquement aux soins de longue durée dispensés en établissement. Les données relatives aux États-Unis sous-estiment les dépenses afférentes aux dispositifs de prise en charge entièrement privés. Les données relatives à la Pologne ne tiennent pas compte des dépenses d'infrastructure, qui représentent quelque 0.25 % du PIB (2007). Les données relatives aux Pays-Bas ne tiennent pas compte de la participation aux coûts payée par l'usager, estimée à 8 % des dépenses totales des soins de longue durée en 2007. Les données sur l'Australie portent sur 2005 ; sur 2006 pour la République slovaque et le Portugal ; et sur 2007 pour le Danemark, le Japon et la Suisse.

Source : Éco-Santé OCDE 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932500643

Ce sont la Suède et les Pays-Bas qui allouent la plus grosse part de leur PIB – 3.5 % environ – à la prise en charge des soins de longue durée. Les autres pays nordiques (Norvège, Finlande et Danemark) et la Suisse consacrent aussi plus de 2 % de leur PIB à ces dépenses.

Encadré 1.2. **La prise en charge de la dépendance est-elle une dépense de santé ou une dépense sociale ?**

La prise en charge des soins de longue durée comporte un volet sanitaire et un volet social. L'établissement de définitions claires et de frontières identiques entre la fraction des dépenses afférentes qui fait partie des dépenses de santé et celle qui fait partie des dépenses sociales permet d'assurer la disponibilité de données complètes et comparables entre les pays sur les dépenses totales de santé. Toutefois, il n'est pas toujours aisé de distinguer la composante médicale de la composante sociale. Il peut arriver qu'un même poste de dépenses soit intégré aux dépenses de santé par un pays et aux dépenses sociales par un autre, selon la pratique nationale ou selon la répartition des compétences entre les autorités publiques en matière de prise en charge de la dépendance. Ces différences de traitement des dépenses liés aux soins de longue durée rend moins comparables certains indicateurs essentiels, comme la part des dépenses de santé dans le PIB.

Les dépenses totales de prise en charge de la dépendance sont obtenues en additionnant les dépenses de services à caractère *sanitaire* et *social*. La première catégorie comprend les dépenses de soins palliatifs, les soins de longue durée médicalisés, les services de soins à la personne et les services de santé venant à l'appui de la prise en charge par la famille. La deuxième catégorie de dépenses comprend l'aide à domicile (par exemple les services d'aide à domicile), l'aide aux soins, l'accueil en établissement et d'autres services à caractère social. En d'autres termes, la composante sanitaire des soins de longue durée correspond à des services qui répondent essentiellement à un besoin médical ou de soins à la personne (accomplissement des AVQ), tandis que les services qui répondent essentiellement à un besoin d'aide pour l'accomplissement des AIVQ sont considérées comme sortant du champ des dépenses de santé. L'OMS, l'OCDE et Eurostat procèdent actuellement à un réexamen des définitions de ces postes de dépense et entendent donner aux pays des indications supplémentaires sur la manière de les distinguer ; ce travail s'effectue dans le cadre du processus de révision du manuel sur le Système de comptes de la santé.

Source : Lignes directrices sur les soins de longue durée dans le cadre de la collecte conjointe Eurostat-OCDE-OMS de données relatives aux comptes de la santé.

En France, en Islande et au Japon, cette part s'établit à 1.6-1.7 %, tandis que le Canada affiche des dépenses proches de la moyenne de l'OCDE. À l'autre extrémité du spectre, les pays d'Europe du Sud et d'Europe de l'Est, ainsi que les pays de l'OCDE à plus faible revenu tels que le Mexique et la Corée, consacrent à la dépendance des budgets relativement limités. S'agissant de la Corée, qui a instauré un système d'assurance dépendance universel en 2008 et est confrontée à un vieillissement rapide de sa population, les dépenses sont faibles mais devraient augmenter à l'avenir.

La prise en charge de la dépendance est essentiellement financée par des fonds publics – y compris si l'on tient compte du fait que les dépenses privées ne sont pas toutes déclarées[5]. Seule la Suisse fait exception, la part des dépenses privées dépassant 60 % des dépenses totales alors même que certaines dépenses publiques à caractère social n'y sont pas intégrées. Au total, les dépenses publiques et privées suisses de prise en charge de la dépendance sont égales à celles des pays nordiques, mais les dépenses publiques représentent 0.8 % du PIB, soit un chiffre comparable à celui de l'Allemagne et de l'Australie. Les dépenses privées sont aussi relativement élevées aux États-Unis (40 %), en Allemagne (31 %), en Slovénie (27 %) et en Espagne (25 %). Leur part dans les dépenses

totales de prise en charge de la dépendance s'établit à environ 15 % en moyenne, ce qui est inférieur à la part des dépenses privées dans les dépenses totales de santé (25 %). Toutefois, il est possible que les données relatives aux dépenses privées de prise en charge de la dépendance n'incluent pas les frais de séjour ou d'hébergement des établissements médicalisés de long séjour, qui sont élevés et qui, comme l'expliquent les chapitres 7 et 9, représentent l'essentiel des frais assumés par les usagers de soins de longue durée en établissement.

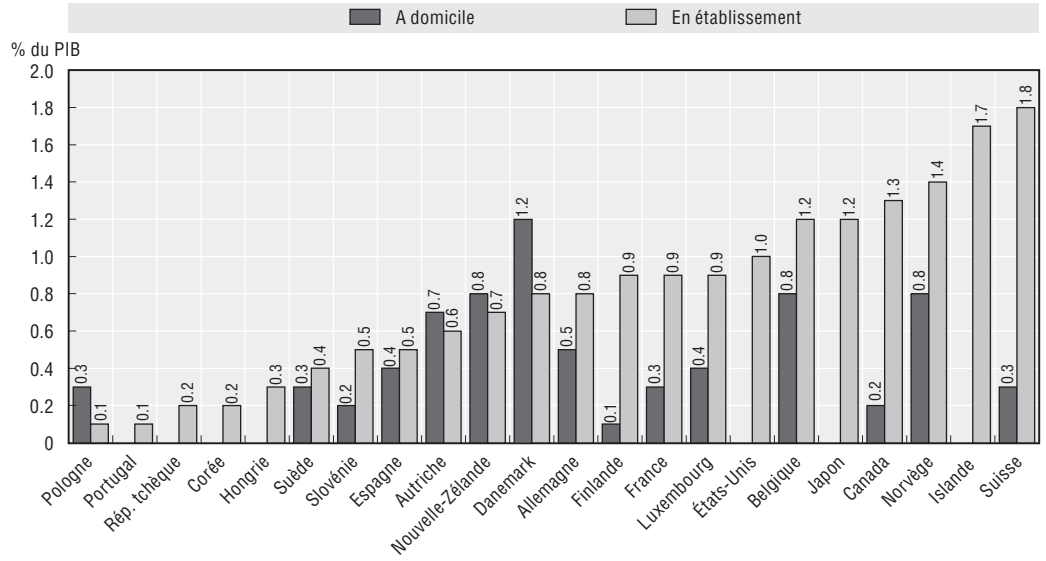
Malgré une préférence pour le maintien à domicile, les dépenses de soins de longue durée en établissement restent élevées

La préférence des usagers pour le maintien à domicile ne se traduit pas par un niveau plus élevé de dépenses de soins à domicile. La majeure partie des dépenses de prise en charge des soins de longue durée continue de correspondre à des soins en établissement (graphique 1.9), en raison notamment d'une densité de personnel plus forte et de dépenses d'infrastructure élevées. Le Danemark, l'Autriche, la Nouvelle-Zélande et la Pologne sont les seuls pays où les dépenses de soins à domicile dépassent les dépenses de soins en établissement.

Les dépenses de prise en charge de la dépendance par habitant varient beaucoup d'un pays de l'OCDE à l'autre : elles s'étagent de 42 USD en République slovaque à 1 431 USD aux Pays-Bas. La moyenne OCDE s'établit à 543 USD (graphique 1.10).

Graphique 1.9. **Dans la zone OCDE, les dépenses liées à la dépendance, en établissement, sont supérieures aux dépenses de la prise en charge à domicile**

En pourcentage du PIB, 2008



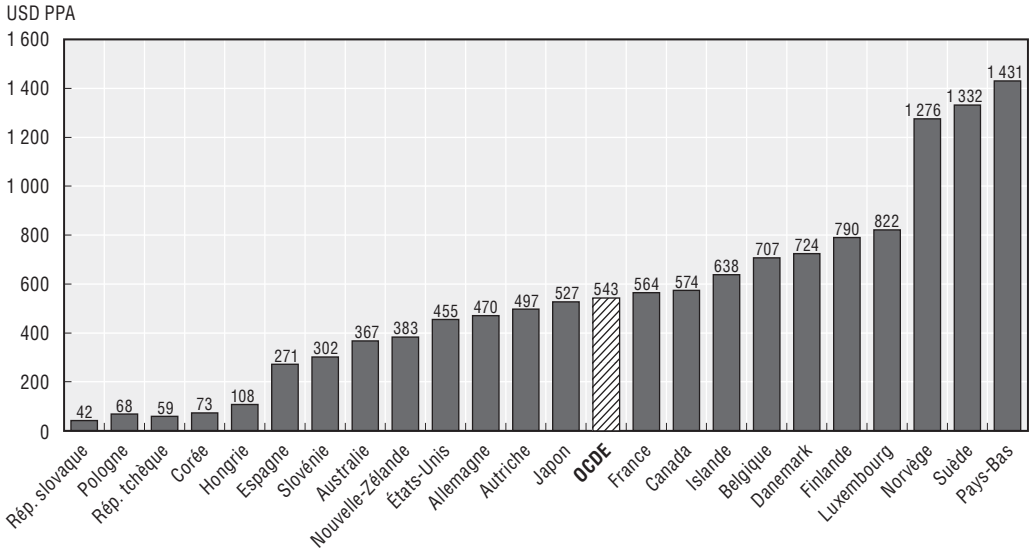
Note : Les dépenses de soins à domicile comprennent également les dépenses d'accueil de jour. Les données relatives au Danemark, au Japon et à la Suisse se réfèrent à 2007 ; celles relatives au Portugal à 2006 ; et celles relatives au Luxembourg à 2005. Les données relatives à la Pologne ne tiennent pas compte des dépenses d'infrastructure, qui représentent 0.25 % du PIB (2007). Les données relatives à la République tchèque se rapportent aux seules dépenses de prise en charge des soins de longue durée liées à la santé. Les dépenses sociales sont estimées à 1 % du PIB (*source* : Ministère tchèque de la Santé, 2009).

Source : Éco-Santé OCDE 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932500662

Graphique 1.10. **Les dépenses de prise en charge de la dépendance varient beaucoup d'un pays de l'OCDE à l'autre**

Dépense par habitant en USD en PPA, 2008 ou dernière année disponible



Note : PPA signifie parités de pouvoir d'achat. Les données relatives à la République tchèque, aux États-Unis, à l'Autriche, au Canada, à l'Islande, à la Belgique, au Danemark et au Luxembourg se rapportent aux seuls soins médicalisés de longue durée. Les dépenses sociales de prise en charge des soins de longue durée en République tchèque sont estimées à 1 % du PIB (*source* : Ministère tchèque de la Santé, 2009). Les données relatives à l'Australie et au Luxembourg se rapportent à 2005 ; celles relatives à la République slovaque et à la Hongrie à 2006 ; et celles relatives au Danemark et au Japon à 2007.

Source : Éco-Santé OCDE 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932500681

Un secteur à forte intensité de main-d'œuvre

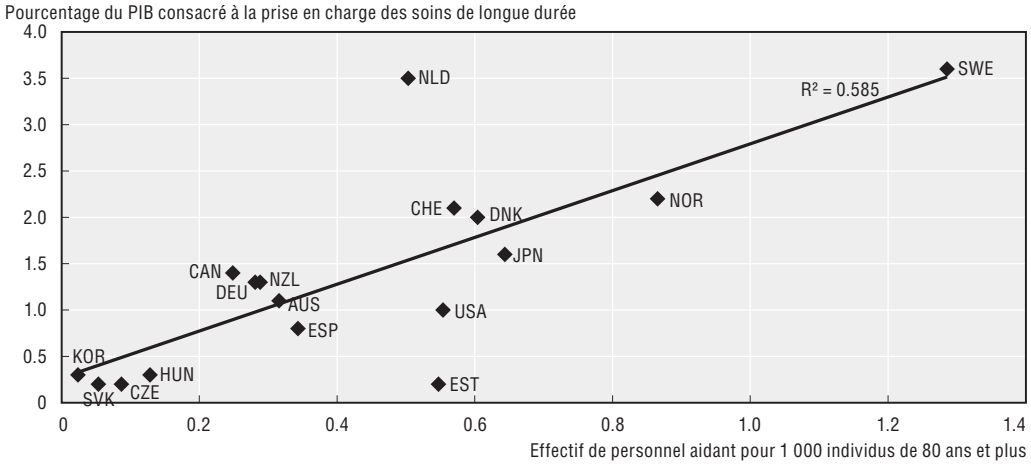
Le montant des dépenses totales de prise en charge des soins de longue durée est corrélé avec la densité de personnel aidant pour 1 000 personnes de plus de 80 ans (graphique 1.11). Ainsi, les Pays-Bas, la Suède et la Norvège, qui y consacrent des budgets relativement élevés, affichent aussi une forte densité de personnel. En République tchèque, en République slovaque, en Hongrie et en Corée, ces dépenses et la densité de personnel sont faibles.

1.6. Quelles prestations peuvent être fournies ?

Les prestations dépendance peuvent être fournies en nature (la personne prise en charge est alors la seule à les recevoir), revêtir la forme d'une allocation versée à l'aidant familial (voir le chapitre 4) ou être versées en espèces pour permettre à la personne dépendante de financer selon son gré les services dont elle a besoin. Les prestations en nature peuvent être fournies à domicile sous forme de soins infirmiers ou d'une aide à l'accomplissement des AVQ, consister en des services – comme l'accueil de jour – qui ont également vocation à suppléer l'aidant, ou encore prendre la forme de soins en institution, par exemple dans un établissement médicalisé de long séjour, ou de soins palliatifs. Que les prestations soient en nature ou en espèces, il arrive que le bénéficiaire ait à assumer une participation aux coûts ou, fréquemment, qu'il doive remplir des critères de ressources. La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place à la fois des services en nature et des prestations en espèces, mais quelques pays n'ont instauré qu'un système en nature (Australie, Hongrie, Japon,

Graphique 1.11. **En matière de prise en charge de la dépendance, dépenses élevées et forte densité de personnel vont de pair**

2008 ou année la plus proche



Note : Les données concernant le Canada, le Danemark, l'Estonie, les États-Unis, la Hongrie, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, la République tchèque et la Suisse se rapportent aux seules dépenses médicalisées de longue durée. Les dépenses sociales de prise en charge des soins de longue durée de la République tchèque sont estimées à 1 % du PIB (*source* : Ministère tchèque de la Santé, 2009).

Source : Éco-Santé OCDE 2010.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932500700*

Nouvelle-Zélande, Suède et Mexique). En Autriche, en France et en République tchèque, les prestations en espèces priment (mais non exclusive). Certains pays nordiques ont instauré des systèmes de chèques-services[6] utilisables par la personne à soigner pour financer des services.

Les prestations en espèces élargissent l'offre proposée aux usagers, en leur permettant de faire appel au prestataire de leur choix pour recevoir les services dont ils ont besoin aux conditions qui leur conviennent (Lundsgaard, 2005). Toutefois, les modalités de mise en œuvre de ces dispositifs varient selon les pays (voir des exemples nationaux à l'encadré 1.3). Ainsi, en Allemagne, en Autriche, en République tchèque et en Italie par exemple, l'utilisation de la prestation est peu contrôlée, alors que dans d'autres pays (comme en France), le recours à des prestataires accrédités ou agréés est obligatoire et un contrôle des dépenses est exercé. De même, les modalités réglementaires du recours à des membres de la famille diffèrent selon les pays. Le tableau 1.1 présente une synthèse des dispositifs de prestations en espèces.

Dans certains cas, les prestations en espèces sont versées uniquement en l'absence de services formels (publics) ou si ces services sont insuffisants (il en va ainsi en Espagne et dans certains pays d'Europe centrale par exemple). Le système d'assurance instauré par la Corée ne verse des prestations en espèces qu'aux individus qui viventdans des régions reculées, qui ont des difficultés à utiliser les structures de soins de longue durée en raison de catastrophes naturelles ou de phénomènes comparables, ou qui ne relèvent pas d'un accueil en établissement.

Ces systèmes de prestations en espèces ont vocation à *contribuer* au financement des soins, mais n'offrent pas toujours des prestations suffisantes pour les financer intégralement. En Allemagne, le montant des prestations en espèces est inférieur à la valeur de prestations en nature équivalentes. Dans certains pays, les prestations

Encadré 1.3. **Les dispositifs de prestations en espèces de quelques pays de l'OCDE**

Au **Royaume-Uni**, les versements directs en espèces constituent une possibilité de rémunération des auxiliaires de vie depuis 1997. En 2010, les autorités ont lancé un programme pilote de budgets personnels dans le domaine de la dépendance. Le recours aux paiements directs s'est révélé relativement faible et très variable selon le lieu et la catégorie d'usagers. Les évaluations du dispositif de budgets personnels ont mis en évidence une efficience avérée des résultats obtenus en termes d'aide sociale, mais moindre pour le bien-être psychosocial. S'agissant de la prestation de soins, les premières données recueillies sont encourageantes car elles indiquent que les budgets personnels peuvent afficher un bon rapport coût-efficacité pour les aidants.

Les dispositifs de prestations en espèces rencontrent un franc succès aux **Pays-Bas**, où ils existent depuis le milieu des années 90. La prestation versée se monte en moyenne à 14 500 EUR annuels, mais peut beaucoup varier en fonction de l'évaluation des besoins et du revenu. Les restrictions applicables sont minimes. Selon les évaluations, ce dispositif affiche une efficience allocative élevée. Les bénéficiaires se disent très satisfaits, le pouvoir d'achat délivré par la prestation est adapté, et le coût administratif du système est bas.

Un programme pilote a vu le jour en **Israël** en 2008, puis a été étendu en 2010 ; il couvre aujourd'hui 14.5 % du pays. Pour avoir droit à la prestation en espèces, l'individu doit bénéficier de soins de moyenne ou forte intensité dispensés par un aidant non familial. Le montant de la prestation en espèces est égal à 80 % de la valeur de la prestation en nature. Ce système connaît pour l'instant un succès à la fois faible et variable selon l'âge, le revenu ou le niveau de la prestation. Ses bénéficiaires déclarent une satisfaction plus grande mais un bien-être moindre que les usagers de prestations en nature.

En **France**, le Chèque emploi service universel (CESU) permet aux bénéficiaires de régler des services de prise en charge de la dépendance, ou d'embaucher directement un aidant. Le chèque est encaissable dans une banque ou auprès d'un organisme national agréé. Parmi les avantages du dispositif, on peut citer l'optimisation de la dépense publique et la lisibilité de l'action de l'État. La promotion du CESU par le biais de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est donc une priorité des autorités.

Source : Réunion d'experts de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, novembre 2010.

en espèces peuvent offrir une aide au revenu (comme par exemple l'allocation de subsistance pour personnes handicapées du Royaume-Uni, de la Slovénie et de la République slovaque). En Finlande, l'allocation de soins en faveur des retraités présente des caractéristiques de ces deux modèles : elle a vocation à constituer une aide au revenu et suppose une certaine durée d'incapacité, mais son intitulé fait référence aux soins. Il en va de même de l'APA[7] belge, qui est une mesure d'aide au revenu destinée (après évaluation du revenu et des besoins) aux personnes dans l'incapacité d'assumer le coût d'une prise en charge de la dépendance. En Nouvelle-Zélande, l'allocation d'invalidité *(Disability Allowance)* et la prestation pour invalide *(Invalid's Benefit)* sont des prestations d'aide au revenu comparables à une prestation d'invalidité, définies proportionnellement au salaire. En Irlande, l'allocation d'invalidité *(Disability Allowance)*, destinée aux personnes d'âge actif (16 à 66 ans) atteintes d'une incapacité d'une durée au moins égale à un an, a également vocation à procurer un revenu.

Tableau 1.1. **Dispositifs de prestations dépendance en espèces**

Y a-t-il le choix entre des prestations en nature et des prestations en espèces ? Autres informations ?		Programme	Conditions d'accès aux prestations	Un critère de revenu est-il appliqué ?	Un critère de patrimoine est-il appliqué ?	Les prestations sont-elles non imposables ?	Montant des prestations (mensuel)	Des restrictions sont-elles appliquées à l'utilisation de prestations ?
O/N ; dans l'affirmative, le montant des différents types de prestations varie-t-il ?		Programme national/infranational	Public visé : âge/incapacité, isolement géographique					
Allemagne[1, 2, 3]	Oui. Le montant des prestations en espèces est inférieur à la valeur des prestations en nature.	Assurance dépendance. 52 % des bénéficiaires choisissent les prestations en espèces (2008).	Être assuré (depuis deux ans) ; examen des besoins ; ne pas avoir déposé de demande d'indemnisation au titre de l'assurance obligatoire ou accident.			✖	De 225 à 685 EUR (2010).	
Autriche[1, 2]	Non.	Tous les programmes sont nationaux						
		Allocation dépendance (Pflegegeld).	Avoir besoin d'assistance.			✖	De 148.30 à 1 562.10 EUR (2007).	
		Prestations de soins 24 heures sur 24.	Présenter au minimum un degré de dépendance de classe 3 au sens de l'allocation dépendance.	✖			550 EUR pour l'emploi d'un salarié, 275 EUR pour un travailleur indépendant.	
		Allocation dépendance en faveur des personnes atteintes de démence.	Avoir besoin d'assistance.			✖	1 200 EUR à 2 400 EUR.	
Belgique[1, 2]	Non.	Programmes nationaux, à l'exception d'un programme en Flandre et d'un programme dans la région de Bruxelles.						
		Allocation pour l'aide aux personnes âgées.	Besoin d'assistance, avoir plus de 65 ans ou être ancien combattant.	✖		✖ (avantages infranationaux)	Par an 925.06 à 6 209.71 EUR (2010).	
		Assurance soins flamande *(Zorgverzekering Vlaamse).*	Avoir besoin d'assistance.			✖ (avantages infranationaux)	Allocation forfaitaire de 130 EUR.	
Corée[1, 2]	Oui. Le montant des prestations en espèces est inférieur à la valeur des prestations en nature.	Programme national : allocation de soins.	Remplir au moins l'un des trois critères suivants : 1. vivre dans une région disposant de peu d'équipements ; 2. être dans l'incapacité d'utiliser les équipements pour personne dépendante en raison de catastrophes ; 3. avoir besoin de soins mais ne pas relever d'un accueil en établissement en raison de problèmes physiques ou mentaux.			✖	Montant forfaitaire : 150 000 KRW (84 EUR).	

Tableau 1.1. **Dispositifs de prestations dépendance en espèces** *(suite)*

Y a-t-il le choix entre des prestations en nature et des prestations en espèces ? Autres informations ?		Programme	Conditions d'accès aux prestations	Un critère de revenu est-il appliqué ?	Un critère de patrimoine est-il appliqué ?	Les prestations sont-elles non imposables ?	Montant des prestations (mensuel)	Des restrictions sont-elles appliquées à l'utilisation de prestations ?
O/N ; dans l'affirmative, le montant des différents types de prestations varie-t-il ?		Programme national/infranational	Public visé : âge/incapacité, isolement géographique					
Danemark[1, 2, 3]	Non.	Dépend de la municipalité. Budget personnel géré par les personnes qui ont besoin d'assistance (BPA).	Avoir besoin d'une assistance pendant 20 heures hebdomadaires au moins.				Montant calculé par les autorités locales en fonction de la nature et de la durée de l'assistance nécessaire ; ni minimum, ni maximum.	Ne sont pas utilisables pour financer les soins médicalisés.
Espagne[1, 2]	Oui. Les prestations en espèces diffèrent selon les programmes (Programme individuel d'assistance, *el Programa individual de atencion*).	Programme national, mis en œuvre à l'échelon régional.	Évaluation du degré de dépendance selon l'échelle de dépendance.				Calcul du coût des soins et du nombre d'heures de soins.	
		Allocation d'embauche par le bénéficiaire.	Échelle de dépendance.	✖		✖	De 400 à 831.47 EUR (2009).	L'embauche se fait par l'intermédiaire d'un centre agréé.
		Allocation de soins non professionnels pour le bénéficiaire.	L'aidant doit être un proche ; dans les zones rurales, il peut être fait appel à un voisin.	✖		✖	De 300 à 519.13 EUR (2009).	Pour indemniser l'aidant non professionnel.
		Allocation d'aide individuelle.	Dépendance lourde.	✖		✖	De 609 à 812 EUR (2009).	Justification des dépenses ; l'aidant doit avoir une qualification professionnelle.
Estonie[1, 2]	Selon la collectivité locale, des prestations en nature ou en espèces peuvent être versées en fonction des besoins et du revenu. Leur montant est compris entre 13 et 41 EUR pour les personnes qui ont atteint l'âge légal de la retraite, et entre 17 et 54 EUR pour les autres (2010).							
États-Unis[1, 2]	L'État fédéral a mis en place des mesures incitatives à l'intention des États et quelques systèmes de prestations en espèces destinées à financer la prise en charge de la dépendance ont été «expérimentés». Ainsi, la loi CLASS, qui prévoit la mise en place d'un dispositif d'assurance volontaire, permettra le versement de prestations en espèces pour financer une prise en charge en établissement médicalisé de long séjour ou à domicile. À ce jour, plusieurs États, dont la Californie, le Colorado, le Kansas, le Maine, le Michigan, l'Oregon, l'État de Washington, la Floride et le New Jersey ont mis en place à titre expérimental des prestations en espèces pour financer l'aide à l'accomplissement des AVQ et des AIVQ. En 2010, il n'existait pas de dispositif national de prestations en espèces destinées à financer la prise en charge de la dépendance.							
Finlande[1, 2, 3]	Non.	Allocation de soins en faveur des pensionnés.	Être âgé de 16 ans au moins, être atteint d'une incapacité d'une durée au moins égale à un an, percevoir une pension d'invalidité ou de retraite ; à compter de 2010, le droit est étendu aux bénéficiaires placés en établissement.			✖	Il existe trois montants mensuels différents selon l'importance des besoins et le coût des soins : de 57.32 à 387.26 EUR (2010).	
		Allocation d'invalidité.	Être âgé de 16 ans au moins, avoir besoin de soins pendant au moins six mois.			✖	De 199.71 à 387.26 EUR.	

Tableau 1.1. **Dispositifs de prestations dépendance en espèces** *(suite)*

Y a-t-il le choix entre des prestations en nature et des prestations en espèces ? Autres informations ?		Programme	Conditions d'accès aux prestations	Un critère de revenu est-il appliqué ?	Un critère de patrimoine est-il appliqué ?	Les prestations sont-elles non imposables ?	Montant des prestations (mensuel)	Des restrictions sont-elles appliquées à l'utilisation de prestations ?
O/N ; dans l'affirmative, le montant des différents types de prestations varie-t-il ?		Programme national/infranational	Public visé : âge/incapacité, isolement géographique					
France[1, 2]	Oui. Les prestations en nature et en espèces sont distinctes.	Tous les dispositifs ont une couverture nationale ; l'APA relève de l'assurance-maladie publique et est gérée à l'échelon régional.						
		Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	Être âgé de plus de 65 ans ; six niveaux de dépendance.	✖		✖	De 529.56 à 1 235.65 EUR (2009).	Destinée à financer le coût de l'aide.
		Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)	L'enfant doit présenter une incapacité d'au moins 80 % ou une incapacité d'au moins 50 % s'il reçoit des soins spéciaux.			✖	De 93.41 à 1 029.10 EUR. Les familles monoparentales peuvent prétendre à un montant plus élevé (2010).	Utilisation limitée au financement des frais d'éducation et de soins engagés pour l'enfant handicapé.
		Prestation de compensation du handicap (PCH) destinée à financer en partie certaines dépenses liées au handicap.	Cumulable avec l'AEEH ; les ressources annuelles doivent être inférieures à 23 571 EUR ; rencontrer des difficultés pour accomplir plus de deux activités figurant sur une liste.	✖		✖	Il existe des disparités selon les départements. Aides techniques : 3 960 EUR maximum (trois ans). Aides liées aux aménagements du logement : 10 000 EUR maximum (dix ans). Aide liée au transport : 5 000 EUR maximum (cinq ans).	Utilisation limitée à certaines formes d'aide et d'assistance.
Irlande[1, 2]	Les prestations en espèces dépendent des fonds disponibles.	Ensemble de prestations destinées à favoriser le maintien à domicile (Home Care Package), dont allocation de soins à domicile.	Avoir 65 ans au moins, avoir besoin d'aide et rester à domicile.			✖		
Italie[1, 2]	Les prestations en nature et en espèces sont distinctes.	Allocation de soins (Indennità di accompagnamento).	Prestation universelle, octroyée sans condition d'âge.			✖	Montant forfaitaire : de 457.66 à 472 EUR (2009).	
		Allocation de soins supplémentaires.	Examen des besoins défini à l'échelle locale.				Montant variable d'une collectivité locale à l'autre.	
Luxembourg[1, 2]	Oui. Le montant des prestations en espèces est inférieur à la valeur des prestations en nature.	Programme national : prestations en espèces.	Être atteint d'un handicap sévère, nécessitant une aide pendant au moins 14 heures hebdomadaires.			✖ (à concurrence de 3 600 EUR par an).	De 267 à 1 100 EUR.	Prestations en espèces plafonnées à 10,5 heures d'assistance hebdomadaire.

Tableau 1.1. **Dispositifs de prestations dépendance en espèces** *(suite)*

Y a-t-il le choix entre des prestations en nature et des prestations en espèces ? Autres informations ?		Programme	Conditions d'accès aux prestations	Un critère de revenu est-il appliqué ?	Un critère de patrimoine est-il appliqué ?	Les prestations sont-elles non imposables ?	Montant des prestations (mensuel)	Des restrictions sont-elles appliquées à l'utilisation de prestations ?
O/N ; dans l'affirmative, le montant des différents types de prestations varie-t-il ?		Programme national/infranational	Public visé : âge/incapacité, isolement géographique					
Mexique[1]	Non.	Programme national destiné aux personnes de 70 ans au moins.	Être âgé de 70 ans au moins, vivre dans une localité de 30 000 habitants au maximum ; ne pas bénéficier du programme Oportunidades ; se soumettre à un examen médical deux fois par mois.			✖	500 MXN deux fois par mois.	
		Programme *Oportunidades.*	Être âgé de 70 ans au moins.			✖	295 MXN.	
Nouvelle-Zélande[1, 2]	Les prestations en nature et en espèces sont complémentaires.	Allocation d'invalidité (*Disability Allowance*).	Satisfaire à une condition d'incapacité ; la durée de l'incapacité doit être de six mois au moins.	✖		✖	56.98 NZD par semaine au maximum (avril 2010).	
Pays-Bas[1, 2]	Oui. Le montant des prestations en espèces est inférieur de 15 % à la valeur des prestations en nature.	Budget personnel (persoonsgebonden budget, PGB) ; 12 % des bénéficiaires utilisent le PGB (2008).	Absence de condition d'âge ; évaluation des besoins effectuée sur la base de la durée pendant laquelle les soins sont nécessaires et de l'aide apportée par la famille.				Budget annuel moyen : de 15 000 à 18 000 EUR.	Utilisable pour tous les types de dépenses, à ceci près qu'il faut justifier de l'utilisation des fonds pour 1.5 % du budget. Les sommes non utilisées sont restituées. Les droits sont interrompus en cas de fraude.
Rép. tchèque[2]	Il n'existe pas de prestations en nature.	Allocation de soins (versée à environ 10 % des personnes de 65 ans et plus).	Être dépendant de l'assistance d'un tiers pendant au moins un an.				3 000 CZK pour une dépendance de niveau I ; 12 000 CZK pour une dépendance de niveau IV (dépendance totale) (2009).	La prestation peut être versée en contrepartie de services et de soins fournis par des membres de la famille.

Tableau 1.1. **Dispositifs de prestations dépendance en espèces** *(suite)*

Y a-t-il le choix entre des prestations en nature et des prestations en espèces ? Autres informations ?		Programme	Conditions d'accès aux prestations	Un critère de revenu est-il appliqué ?	Un critère de patrimoine est-il appliqué ?	Les prestations sont-elles non imposables ?	Montant des prestations (mensuel)	Des restrictions sont-elles appliquées à l'utilisation de prestations ?
O/N ; dans l'affirmative, le montant des différents types de prestations varie-t-il ?		Programme national/infranational	Public visé : âge/incapacité, isolement géographique					
Royaume-Uni[1, 2]	Non. Les prestations en espèces et en nature sont complémentaires.	Programme national, mis en œuvre à l'échelon local.		✖	✖			
		Allocation dépendance (*Attendance Allowance*, AA).	Être âgé de 65 ans au moins et nécessiter une assistance depuis au moins six mois.			✖	De 47.80 à 71.40 GBP par semaine.	
		Fonds pour l'autonomie des personnes handicapées (*Independent Living Fund*).	Être âgé de 16 à 65 ans ; percevoir le taux le plus élevé de l'allocation de subsistance pour personnes handicapées (*Disability Living Allowance*), de l'allocation d'assistance ou au moins le taux financièrement équivalent de l'allocation pour soins constants (*Constant Attendance Allowance*).		✖		475 GBP par semaine au maximum.	Utilisation limitée à l'aide et à l'accomplissement des AIVQ. En principe, les prestations ne peuvent pas être utilisées pour recruter un membre de la famille, mais il y a des exceptions.
		Allocation d'handicapé (*Disability Allowance*).	Destiné aux enfants et aux adultes de moins de 65 ans qui ont besoin d'aide pour les soins corporels ou ont des difficultés de marche en raison d'un handicap physique ou mental.			✖	Volet des soins : trois taux dépendants du niveau nécessaire de soins : 18.95 GBP, 47.80 GBP ou 71.40 GBP par semaine. Volet mobilité : deux taux dépendant du niveau des besoins de mobilité : 18.95 GBP ou 49.85 GBP par semaine.	
		Versements directs.	Évaluation par les services sociaux locaux.	✖		✖	Varie selon l'évaluation des besoins.	Pour les services et équipements de prise en charge de la dépendance. En principe, ne peuvent pas être utilisées pour recruter un membre de la famille, mais il y a des exceptions.
Slovénie[1, 2]	L'allocation dépendance est octroyée aux personnes de 65 ans au moins qui souffrent de troubles chroniques ou dont la mobilité est réduite d'au moins 70 %. L'octroi de l'allocation n'est pas soumis à conditions de ressources, mais le bénéficiaire ne peut opter pour cette prestation en espèces de préférence aux prestations en nature.							

Tableau 1.1. **Dispositifs de prestations dépendance en espèces** *(suite)*

Y a-t-il le choix entre des prestations en nature et des prestations en espèces ? Autres informations ?		Programme	Conditions d'accès aux prestations	Un critère de revenu est-il appliqué ?	Un critère de patrimoine est-il appliqué ?	Les prestations sont-elles non imposables ?	Montant des prestations (mensuel)	Des restrictions sont-elles appliquées à l'utilisation de prestations ?
O/N ; dans l'affirmative, le montant des différents types de prestations varie-t-il ?		Programme national/infranational	Public visé : âge/incapacité, isolement géographique					
Suède[1, 2, 3]	Les prestations en espèces et en nature sont complémentaires.	Programme national, mis en œuvre à l'échelon local.						
		Allocation dépendance.	Les conditions varient selon la municipalité. Il faut avoir besoin d'aide pendant au moins 17 heures par semaine.			✖	1. Montant estimé à 3 000 SEK par mois.	
		Allocation d'assistance.	Être âgé de 65 ans au moins et nécessiter une aide aux AVQ représentant au moins 20 heures par semaine.			✖	2. Montant correspondant au volume estimé d'heures d'assistance nécessaire.	
Suisse[1, 2]	Non. Les prestations en espèces et en nature sont complémentaires.	Allocation pour impotents (API) de l'Assurance-vieillesse et survivants/ Assurance invalidité (AVS/AI).	Présenter un handicap de degré moyen ou élevé ; ne pas avoir droit à l'Allocation pour impotents de l'assurance-accidents.				De 456 à 1 824 CHF. L'aide est divisée par deux lorsque le bénéficiaire réside à son domicile.	

1. Prestations en nature ;
2. Prestations en espèces ;
3. Prestations sous forme de chèques-services.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, 2009-10.

Les modalités de calcul des prestations diffèrent selon les pays. Dans certains cas (en Autriche et en République tchèque par exemple), leur montant est forfaitaire et dépend des soins nécessaires, tandis que dans d'autres (France, Royaume-Uni, Espagne), un critère de revenu ou de patrimoine, susceptible de réduire de façon sensible le montant des droits, est également appliqué. En Espagne par exemple, les personnes dont le revenu dépasse un certain plafond ne perçoivent que 40 % de l'allocation.

Le traitement fiscal des prestations en espèces varie aussi d'un pays à l'autre. Les prestations versées aux bénéficiaires de soins ne sont généralement pas imposables (aux Pays-Bas, en République tchèque et en Allemagne) ; mais au Luxembourg, elles le sont au-delà de 3 600 EUR par an.

Les Pays-Bas sont à notre connaissance le seul pays où il faille rembourser les sommes non dépensées ; en outre, comme au Luxembourg, les prestations en espèces peuvent être interrompues en cas de fraude (l'usager n'a alors plus d'autre solution que d'opter pour des prestations en nature).

1.7. Quel a été le cheminement passé et quelles sont les orientations futures des pays ?

Le tableau 1.2 présente une synthèse des mesures récemment adoptées dans le domaine des dispositifs et systèmes de prise en charge des soins de longue durée par les pays de l'OCDE. Certains pays ont opté pour des changements ou des réformes qui touchent certains aspects de leur système seulement, sans en modifier les principales caractéristiques. Ainsi, le Mexique, qui est un « jeune » pays de l'OCDE, a adopté son premier Plan gériatrique national. En Belgique, la Flandre a introduit un système d'assurance dépendance obligatoire en complément du principal dispositif public de couverture. Les cantons suisses ont lancé un exercice de planification des ressources humaines pour le secteur des soins de santé et de prise en charge de la dépendance. D'autres pays – comme l'Allemagne et la France – ajustent et réforment leur système de façon plus ou moins continue. Une réforme est actuellement en discussion en France, pour créer potentiellement une cinquième branche de la sécurité sociale (début 2011). Ces dernières années, le Royaume-Uni (plus précisément l'Angleterre) a mis au point plusieurs plans stratégiques visant des problèmes et des publics spécifiques, comme par exemple un plan pour l'autonomie *(Independent Living)* (2006) et un plan pour les soignants *(Carers Strategy)* (Gouvernement britannique, 2008, actualisé en 2010), ainsi qu'un plan pour les travailleurs âgés qui aborde notamment le problème de la conciliation d'une activité professionnelle avec d'autres obligations telles que la prise en charge d'un tiers (2006), et une stratégie applicable aux prestations sociales pour adultes (2010). La France a adopté un Plan Alzheimer complet (2008-12), comme l'avait fait le Royaume-Uni en 2009, et d'autres pays ont mis au point des documents stratégiques généraux, à l'instar de la Nouvelle, stratégie islandaise pour la prise en charge des personnes âgées et du Cadre national finlandais pour l'offre de services de qualité aux personnes âgées, qui ne sont pas encore opérationnels.

Réforme de la couverture

Les réformes engagées portent sur le *financement des services* (y compris la *participation* aux coûts) et sur l'accès aux services (y compris leur quantité et leur type). Ces dix dernières années, de plus en plus de pays de l'OCDE ont mis en œuvre des mesures visant à accroître la couverture

Tableau 1.2. **Aperçu de quelques réformes de la prise en charge de soins de longue durée introduites ces dix dernières années dans les pays de l'OCDE**

		Couverture			Utilisation			Contenu	
	Intitulé de la politique ou de la réforme	Financement	Participation aux coûts	Accès (conditions d'accès) et réformes des services	Prestations	Choix	Soutien des aidants	Main-d'œuvre	Qualité
Allemagne	Réforme de l'assurance dépendance (2008)	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦
Australie			♦	♦	♦	♦		♦	♦
Autriche					♦		♦	♦	
Belgique	Assurance soins flamande (Flandre) (2003) 3e protocole : conversion des lits de maison de convalescence en lits de soins de longue durée (2005-11)	♦							
Canada					♦		♦	♦	
Corée	Assurance dépendance nationale (2008)	♦	♦	♦	♦			♦	♦
Danemark	Réforme portant sur la qualité (2007)							♦	♦
Espagne	Loi sur les soins de longue durée (2006)	♦	♦	♦		♦	♦	♦	
États-Unis	Augmentation des dotations aux États pour financer les programmes Money follows the Person (2005) Augmentation du nombre de « dérogations aux obligations de Medicaid » pour aider les États à offrir des programmes de soins à domicile (2005) Les personnes ayant souscrit une assurance dépendance privée peuvent conserver une partie plus importante de leur patrimoine lorsqu'elles sont contraintes de se séparer d'actifs pour Medicaid (2005) Les États disposent de nouvelles possibilités pour proposer des services de soins à domicile (avec augmentation du cofinancement fédéral) (2010) CLASS Act (2010, mise en œuvre prévue en 2012)	♦	♦		♦	♦		♦	
Finlande	Cadre national finlandais pour l'offre de services de qualité aux personnes âgées (2008)			♦	♦				♦
France	Plan solidarité grand âge (2007-10) Plan Alzheimer (2008-12)	♦	♦	♦		♦	♦	♦	♦
Irlande	Programme A Fair deal (2009)	♦	♦	♦					
Islande	Nouvelle stratégie pour la prise en charge des personnes âgées (2008)		♦	♦		♦		♦	♦
Japon	Amendement partiel de la Loi sur l'assurance dépendance (2005-06) Amendement de la Loi sur l'assurance dépendance (2009)	♦	♦		♦			♦	
Luxembourg				♦	♦	♦			♦
Mexique	Plan gériatrique institutionnel (2006)								
Nouvelle-Zélande			♦	♦			♦	♦	♦

Tableau 1.2. **Aperçu de quelques réformes de la prise en charge de soins de longue durée introduites ces dix dernières années dans les pays de l'OCDE** *(suite)*

	Intitulé de la politique ou de la réforme	Couverture			Utilisation		Soutien des aidants	Contenu	
		Financement	Participation aux coûts	Accès (conditions d'accès) et réformes des services	Prestations	Choix		Main-d'œuvre	Qualité
Pays-Bas	Loi sur le soutien social (Wet Maatschappelijke Ondersteuning) (2007) Plateforme d'innovation en matière de soins (2007)	♦		♦	♦			♦	♦
Portugal	Réseau national de soins intégrés continus (RNCCI), entrée en vigueur intégrale prévue en 2016 (2006)	♦		♦	♦				
République tchèque		♦		♦	♦	♦			♦
République slovaque					♦	♦	♦		
Royaume-Uni	Aide aux personnes souffrant d'affections de longue durée (2005) Plan pour les soignants (Carers Strategy) (2008, actualisé en 2010) Plan pour la main-d'œuvre du secteur de la dépendance (Working to put people first) (2008) Plan pour les personnes atteintes de démence (Dementia strategy) (2009)			♦			♦		
Suisse								♦	

Note : Les réformes peuvent concerner plusieurs cellules du tableau. Par exemple, l'introduction d'un système (obligatoire) de prise en charge des soins de longue durée peut concerner (entre autres) l'accès, les prestations, la participation aux coûts, le financement et le choix. Les aspects qui ont trait à la couverture seront examinés plus longuement dans les chapitres 7 à 9 et les aspects relatifs aux aidants dans les chapitres 3 et 4. Les questions relatives à la main-d'œuvre sont analysées dans les chapitres 5 et 6.

Source : Questionnaire OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, 2009-10 ; autres documents (par exemple les rapports nationaux sur les stratégies pour la protection et l'inclusion sociales, 2008-10).

de la prise en charge de soins de longue durée et l'offre correspondante de services, ou ont renforcé les dispositifs déjà en place tout en s'efforçant d'améliorer l'offre s'adressant à des publics spécifiques, comme les personnes atteintes d'un handicap lourd ou de démence.

Sept pays ont réformé leur *système de financement de la prise en charge de la dépendance*. Deux nouveaux mécanismes de financement ont été instaurés : un mécanisme fondé sur l'impôt (en Espagne, en 2006) et un dispositif national d'assurance obligatoire (en Corée, en 2008). Dans les deux cas, ces réformes ont une incidence sur l'accès (définition des conditions d'accès), les prestations (contours de la prise en charge), les paiements (définition du reste à charge des usagers en fonction de leur situation), ainsi que sur les ressources humaines (parce que l'Espagne comme la Corée ont adopté des critères d'agrément pour la prestation de services).

L'Allemagne, qui a instauré une assurance dépendance en 1994, a réformé son système à plusieurs reprises. Ainsi, les retraités sont tenus de cotiser depuis 2004 et les personnes sans enfant doivent acquitter des cotisations plus élevées depuis 2005. En 2008, la portabilité entre assureurs a été améliorée ; des mécanismes incitatifs reposant sur le marché ont été introduits en 2007 et l'obligation d'assurance a été étendue aux personnes à revenu élevé en 2008. Le Japon, qui procède à un réexamen de son dispositif d'assurance dépendance

tous les trois ans, a modifié à trois reprises le montant des cotisations et les tarifs des prestataires et a, en 2006, renforcé les services destinés à favoriser le maintien à domicile et les services préventifs. En Irlande en 2009, le programme *A Fair Deal* a modifié les règles relatives à la part des frais laissées à la charge des bénéficiaires et à leurs conditions de ressources (travail et patrimoine) de façon à éviter l'extrême pauvreté et à faciliter l'accès aux prestataires privés. De même, la Nouvelle-Zélande supprime progressivement la prise en compte du patrimoine dans les critères d'admission en établissement médicalisé de long séjour. Les Pays-Bas sont peut-être le seul pays qui ait réduit l'importance de son dispositif. Ainsi, en 2007, l'aide à l'accomplissement des AIVQ est sortie du champ d'application de l'assurance dépendance pour devenir une compétence des municipalités. Aux États-Unis, le CLASS Act, volet de la réforme du système de santé adoptée en 2010 (*Affordable Care Act*), devrait entrer en vigueur d'ici 2012[8]. Dispositif assurantiel facultatif financé sur fonds privés et conduit par l'État, il permettra à ceux qui ont besoin de soins de percevoir une prestation en espèces journalière dès lors qu'ils justifieront de cinq années d'affiliation.

Les réformes portant sur la *participation aux coûts* peuvent revêtir différentes formes. En Corée, le bénéficiaire doit acquitter une participation de 20 % en cas de soins en établissement et de 15 % pour l'aide à domicile, dont l'aide à l'accomplissement des AVQ et des AIVQ, ainsi que pour des services tels que le transport, l'assistance de jour/de nuit, l'accueil temporaire de courte durée en établissement, ou pour l'utilisation d'équipements de type fauteuil roulant et matelas orthopédique. En Australie, plusieurs modifications des règles relatives à la participation aux coûts ont progressivement été introduites, dans l'objectif d'améliorer l'équité entre les pensionnés et les travailleurs non salariés en retraite et de réduire la participation laissée à la charge des bénéficiaires disposant d'un patrimoine modeste. Comme indiqué précédemment, en Irlande, le programme *A Fair Deal* (2009) a sensiblement modifié les règles de prise en compte du patrimoine, en plafonnant la participation des usagers de soins à 15 % de la valeur de leur patrimoine sur une période maximale de trois ans.

Les réformes de l'*accès* ont notamment porté sur les conditions d'accès aux services ou sur l'ampleur et la nature des services offerts. Plusieurs pays ont constaté qu'un système dans lequel les modalités d'évaluation et la fourniture des services sont identiques pour tous les bénéficiaires devait être réévalué au fil du temps parce que de nouveaux problèmes ou de nouveaux publics entrent en jeu, ou que le dispositif en place ne répond pas aux besoins. Ainsi, certains pays ont choisi de revaloriser les prestations s'adressant aux personnes atteintes d'un handicap sévère ou de démence. L'Australie a simplifié les critères d'accès aux droits tout en augmentant l'offre de services en établissement dans les régions reculées, et en faisant passer la capacité d'accueil en établissement, pour 1 000 personnes de plus de 70 ans, de 100 places en 1985 à 113 places en 2011. La Finlande, dans son Cadre national pour l'offre de services de qualité aux personnes âgées publié en 2008, a préconisé une évaluation globale des besoins de chaque individu. La France – dans son Plan solidarité grand âge 2007-10 et son Plan Alzheimer 2008-12 – et l'Irlande se sont l'une et l'autre fixé des objectifs d'augmentation du nombre de services de proximité ; la Finlande entend réduire l'accueil en établissement, pour faire passer le nombre de personnes accueillies en établissement de 6.5 % à 3 % de la population à l'horizon 2012, et souhaite promouvoir les soins de proximité. Enfin, la Nouvelle-Zélande a mis en œuvre un nouvel outil d'évaluation national en 2008.

Réformes liées à l'utilisation des services

Les réformes liées à l'utilisation des services portent sur les *prestations* et le *choix*. La plupart des pays de l'OCDE ont augmenté l'offre de prestations des soins de longue durée, mettant notamment au point des solutions adaptées pour les personnes vivant dans des régions rurales et celles atteintes de démence. Le recours aux prestations en espèces, la diffusion de l'information, par exemple sur Internet, et la concurrence entre prestataires sont au nombre des stratégies utilisées pour accroître le choix des usagers en matière de prestataires et de prestations.

Plusieurs pays ont amélioré leur *offre de prestations*. Tel est par exemple le cas de l'Australie, de l'Autriche, de la Finlande, du Luxembourg (pour les soins à domicile et les soins palliatifs) ou de l'Allemagne, qui ont instauré des prestations s'adressant à des publics spécifiques, comme les personnes atteintes d'un handicap sévère ou souffrant de démence. En 2009, le Luxembourg a lancé un programme de formation à destination des personnes qui travaillent dans le secteur de la dépendance. L'Allemagne a amélioré les prestations en organisant (en 2009) la prise en compte, par l'assurance dépendance, des mesures d'assistance complémentaires nécessaires dans le cas de certaines maladies. En 2004, le Canada a adopté un plan décennal de consolidation des soins de santé prévoyant la possibilité de bénéficier gratuitement, pendant une courte période, de soins à domicile. La Finlande entend aussi améliorer les soins à domicile et réduire la place des soins en établissement. L'Australie a augmenté les prestations accordées aux personnes qui souffrent d'un handicap sévère ou de démence, ainsi que les fonds publics consacrés au financement des soins de suite permettant la transition entre le système de santé et le système de prise en charge de la dépendance.

Le *choix donné à l'usager* est un enjeu de plus en plus important. Les prestations en espèces, qui constituent l'un des principaux outils favorisant ce choix, sont introduites dans un nombre croissant de pays (voir tableau 1.1). Au nombre des autres moyens utilisés pour élargir le choix des usagers figure l'amélioration de l'information, par exemple *via* des sites Internet simples d'utilisation, pour leur permettre de s'orienter plus facilement au sein du système (Australie). Les États-Unis ont choisi d'augmenter la participation fédérale au financement des programmes *Money Follows the Person* (« l'argent suit le patient »), lancés en 2005. Ces programmes, qui visent à ce que les services soient fournis là où le bénéficiaire le souhaite, par exemple à son domicile, ont permis une augmentation des fonds accordés aux États en 2010 pour les aider à mettre en place des systèmes des soins de longue durée à domicile. Certains pays d'Europe du Nord ont instauré des instruments de marché pour inciter les prestataires privés à entrer sur le marché, ou ont renforcé les instruments déjà en place.

Le soutien apporté aux aidants

Les pays de l'OCDE adoptent de plus en plus souvent des mesures destinées à soutenir les aidants, par exemple en améliorant les possibilités de congés rémunérés (Canada) ou sans solde (Allemagne) pour s'occuper d'une personne dépendante, ou en introduisant des prestations ciblées en faveur des aidants. Certains pays, comme l'Allemagne, l'Autriche et la République slovaque, versent des cotisations de retraite pour leur compte tandis que d'autres, comme l'Espagne, ont instauré des droits à la retraite spéciaux en leur faveur ; l'Autriche prend en charge leurs cotisations d'assurance maladie et l'Allemagne leur permet de bénéficier d'une assurance chômage dont le taux de cotisation est faible. De même, la République slovaque a instauré, en 2009, des prestations en espèces qui sont

versées pour l'emploi d'un aidant en deçà d'un certain seuil de revenu. Le Royaume-Uni a publié son plan en faveur des soignants *(Carers Strategy)* (Gouvernement britannique, 2008), dans lequel plusieurs mesures destinées à soutenir les aidants familiaux sont annoncées : développement des services d'accueil temporaire, mesures pour accompagner les aidants informels pour s'insérer ou se réinsérer sur le marché du travail, mesures destinées à mieux soutenir les aidants jeunes, actions de formation des médecins généralistes et d'autres professionnels visant à leur permettre de soutenir les aidants, etc. Des projets pilotes prévoyant un bilan de santé annuel pour les aidants ont été lancés et le droit des personnes qui assurent la prise en charge d'un tiers à demander un aménagement de leurs horaires de travail a été étendu.

Réforme de la fourniture des services

Ces réformes portent sur la *main-d'œuvre du secteur de la dépendance* et sur la *qualité des prestations*. Beaucoup de pays signalent avoir adopté des mesures dans le domaine de la *main-d'œuvre*. Parmi elles figurent des revalorisations de salaire, comme au Japon (2009), le financement de projets de développement des ressources humaines et la promotion d'initiatives destinées à fidéliser le personnel. Le Canada soutient des projets destinés à permettre aux infirmières de consacrer 20 % de leur temps de travail à se perfectionner (Terre-Neuve-et-Labrador). L'État fédéral allemand, en 2005, a pris à sa charge le coût de la troisième année de formation dispensée aux adultes qui se reconvertissent dans la prise en charge de la dépendance, ce qui a permis de stimuler l'offre, et le Luxembourg a mis en place un vaste plan de formation aux soins palliatifs en lien avec sa nouvelle prestation liée à ces soins. L'Autriche (2007) et l'Italie (2002, 2009) ont pris des mesures pour réglementer l'activité des travailleurs d'origine étrangère employés dans le secteur des soins à domicile ; la France s'est fixé pour objectif d'augmenter la densité de personnel par résident en établissement de soins de longue durée et a mis en place un programme de recrutement et de création d'emplois (2008). La Nouvelle-Zélande a mis au point des projets de financement des ressources humaines (2007) et l'Angleterre entend par divers moyens poursuivre la professionnalisation des effectifs d'aide sociale (2009). L'Autriche (2009) a mis au point des solutions qui permettront au personnel peu qualifié d'exécuter sous supervision des actes infirmiers ou médicaux. Parmi les autres solutions mises en place figurent l'adoption d'obligations légales de qualification (Espagne, Autriche, Allemagne), l'amélioration des prestations destinées au personnel du secteur de la dépendance (Belgique) et l'augmentation de la densité de personnel dans certains cadres de soins (France, Allemagne).

Les questions liées à la *qualité* sont de plus en plus importantes. L'Australie a instauré un nouveau système de contrôle de la qualité, qui prévoit un réexamen des procédures d'agrément des prestataires, une amélioration du suivi des prestataires et du traitement des plaintes. La République tchèque et la République slovaque ont mis en place des mesures de surveillance et des procédures d'autorisation et de contrôle de la qualité des prestataires ; l'Allemagne a renforcé le contrôle de la qualité et entend améliorer la *gestion* de la qualité par les prestataires et renforcer le droit d'expression des consommateurs. En 2009, l'Irlande a publié des normes de qualité nationale pour les structures d'accueil de personnes âgées *(National Quality Standards for Residential Care Settings for Older People)*, l'Autriche a mis au point un manuel sur la démence et le Luxembourg a institué un comité chargé de la qualité des soins.

Parmi les autres mesures adoptées figurent :

- Des mesures visant à favoriser le bénévolat (Suisse, Allemagne) ;
- L'instauration d'un Bureau des personnes âgées *(Office for Older People)* au sein de l'administration irlandaise (2008) ;
- La majoration conditionnelle des subventions *(Conditional Adjustment Payments)*, en Australie, afin d'une part d'inciter les organismes prestataires qui acceptent de participer au dispositif à améliorer leur gestion et leur gouvernance, et de l'autre de soutenir les établissements situés dans des régions reculées ;
- Des mesures visant à établir des passerelles entre soins de santé et soins de longue durée, par exemple par la mise en place d'équipes spécialisées (Royaume-Uni) ou l'augmentation du nombre de structures intermédiaires de soins (Australie), ou par des mesures permettant au personnel de passer d'un secteur à l'autre grâce au renforcement des possibilités de coopération et à la promotion de l'intégration des soins (Allemagne).

Les politiques mises en œuvre dans le domaine des ressources humaines visent à la fois à augmenter l'offre de main-d'œuvre et à améliorer la qualité du personnel. C'est la raison pour laquelle des mesures de professionnalisation et des formations ciblées ont été mises en place. Les mesures les plus courantes sont des mesures de contrôle de la qualité – en particulier pour les soins en établissement – et des mesures incitatives destinées à améliorer la qualité. En 2007, les Pays-Bas ont créé une Plateforme d'innovation en matière de soins qui a pour objectif de développer et de diffuser des innovations dans le domaine des prestations liées à la dépendance.

1.8. Conclusion

La prise en charge de la dépendance est un secteur de l'économie en croissance qui s'adresse essentiellement aux personnes de 65 ans et plus ayant besoin d'une aide à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ). Même si cette population plus âgée n'est pas la seule catégorie de la population visée, la demande d'aide et de soins de longue durée est très liée à l'âge. La prise en charge des soins de longue durée est un secteur à forte intensité de main-d'œuvre qui fait certes appel à des travailleurs formels, mais principalement à des aidants familiaux qui sont bien souvent des femmes. Malgré cela, les effectifs qui se consacrent à cette prise en charge ne correspondent pas nécessairement à l'ampleur de la population ayant des besoins de cette nature : on observe une pénurie d'aidants.

La structure et le financement des dispositifs de prise en charge de la dépendance varient beaucoup selon le pays. Malgré la préférence générale des personnes dépendantes pour une prise en charge à domicile, la plus grande part des coûts est imputable au secteur des soins de longue durée en établissement. Ces coûts sont pour l'essentiel financés par le secteur public. Quant aux prestations, elles sont disponibles en nature ou en espèces. Les prestations en espèces peuvent être versées soit à l'aidant familial, soit au bénéficiaire des soins, offrant ainsi un plus large choix face aux besoins. Tous ces régimes ont leurs avantages et leurs inconvénients.

Les pays de l'OCDE ont été de plus en plus nombreux, ces dix dernières années, à instaurer ou étendre des politiques visant à renforcer la couverture des soins de longue durée et les services afférents, tout en cherchant à améliorer l'offre de soins aux personnes qui en ont le plus besoin. Certains pays tels que l'Allemagne et le Canada ont mis en œuvre des politiques de soutien des aidants ; d'autres – Nouvelle-Zélande, Japon – ont introduit

des réformes liées à la main-d'œuvre et à la qualité des services. Beaucoup, enfin, ont réformé ou pensent à réformer le financement de la prise en charge de la dépendance et sa couverture.

Notes

1. Parmi ces aidants familiaux néerlandais d'âge actif, 40 % consacrent plus de huit heures hebdomadaires à cette activité, 66 % pendant plus de trois mois, 74 % plus de huit heures hebdomadaires ou plus de trois mois, et 31 % plus de huit heures hebdomadaires *et* plus de trois mois (SCP, 2010).
2. Ces études attribuent une valeur monétaire au travail des aidants non rémunérés en multipliant le nombre estimé d'heures de soins par un montant horaire estimé sur la base du salaire minimum et/ou du salaire moyen perçu par le personnel formel du secteur des soins de longue durée.
3. Les données recueillies à l'échelle nationale peuvent sous-estimer les soins fournis par la famille et par les travailleurs non salariés.
4. Total des dépenses officielles, hors valeur économique et coût de la prise en charge assurée par la famille et autres services informels. Ces données sous-estiment la part privée.
5. Les seules données disponibles se rapportent souvent aux flux financiers dont les pouvoirs publics assurent le suivi (c'est-à-dire la participation obligatoire de l'usager aux frais), si bien que les paiements directs effectués par les patients ne sont pas intégralement déclarés. Les données relatives aux dépenses privées de prise en charge des soins de longue durée n'incluent pas les paiements informels.
6. Le chèque-service représente une valeur monétaire à utiliser pour acheter des services, par exemple des soins dispensés à domicile (ou depuis le domicile) ou en établissement, des services de surveillance de nuit ou de jour, et des services de soins palliatifs. Une analyse de l'impact de ces dispositifs sur l'efficience est présentée au chapitre 10.
7. Allocation pour personnes âgées/*Tegemoetkoming Hulp aan Bejaarden*.
8. CLASS est l'acronyme de *Community Living Assistance Services and Support*.

Bibliographie

Alber, J. et U. Köhler (2005), *Health and Care in an Enlarged Europe,* Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, Dublin.

Alzheimer Europe (2006), *Dementia in Europe Yearbook 2006*.

ABS – Australian Bureau for Statistics (2008), *A Profile of Caregivers in Australia*.

Brookmeyera, R., E. Johnsona, K. Ziegler-Grahamb et H. Michael Arrighic (2007), « Forecasting the Global Burden of Alzheimer's Disease », *Alzheimer's & Dementia,* vol. 3, pp. 186-191.

Ferri, C.P., M. Prince, C. Brayne, H. Brodaty, L. Fratiglioni, M. Ganguli, K. Hall, K. Hasegawa, H. Hendrie, Y. Huang, A. Jorm, C. Mathers, P.R. Menezes, E. Rimmer and M. Scazufca (2005), « Alzheimer's Disease International Global Prevalence of Dementia: A Delphi Consensus Study », *The Lancet*, vol. 366, pp. 2112-2117.

Fujisawa, R. et F. Colombo (2009), « The Long-term Care Workforce : Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 44, Éditions de l'OCDE, Paris.

Giannelli, G.C., Mangiavacchi, L., and L. Piccoli (2010), « GDP and the Value of Family Caretaking: How Much Does Europe Care? », IZA Discussion Paper, n° 5046, Bonn.

Gleckman, H. (2009), « The Future of Long-term Care: What Is Its Place in the Health Reform Debate? », Urban-Brookings Tax Policy Centre, *www.taxpolicycenter.org/UploadedPDF/411908_longterm_care.pdf*.

Glendinning, C., F. Tjadens, H. Arksey, M. Moree, N. Moran et H. Nies (2009), « Care Provision within Families and its Socio-Economic Impact on Care Providers », Rapport pour la DG Emploi, Affaires sociales et Égalité des Chances de la Commission européenne, procédure négociée VT/2007/114, York/Utrecht, Social Policy Research Unit, Université d'York/Vilans.

Gouvernement britannique (2008). *Carers at the Heart of 21st Century Families and Communities. « A Caring System on Your Side. A Life of Your Own », http://image.guardian.co.uk/sys-files/Society/documents/2008/06/10/carers_strategy.pdf*.

Gouvernement français (2008), *Plan Alzheimer et maladies apparentées* 2008-12.

Gouvernement portugais (2008), *Stratégie nationale de protection sociale et d'insertion sociales 2008-10*.

Grammenos, S. (2005), « eImplications of Demographic Ageing in the Enlarged EU in the Domains of Quality of Life, Health Promotion and Health Care », Studies on the Policy Implications of Demographic Changes in National and Community Policies, Lot 5 Contract VC/2004/0076 n° S12.396079, Bruxelles.

Groth, H., R. Kingholz et M. Wehling (2009), « Future Demographic Challenges in Europe : the Urgency to Improve the Management of Dementia », Documents de réflexion du WDA-HSG sur les questions démographiques, n° 2009/4.

Houser, A. et M. Gibson (2008), « Valuing the Unvaluable. The Economic Value of Family Caregiving », 2008 update, *Insight on the Issues*, 13 novembre, *http://assets.aarp.org/rgcenter/il/i13_caregiving.pdf*.

Lamura, G., C. Chiatti, M. Di Rosa, M. G. Mechiorre, F. Barbabella, C. Greco, A. Principi et S. Santin (2010), « Migrant Workers in the Long-term Care Sector : Lessons from Italy », *Health and Ageing Newsletter,* n° 22, avril, The Geneva Association.

Lundsgaard, J. (2005), « Consumer Direction and Choice in Long-term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care. How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability ? », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 20, Éditions de l'OCDE, Paris.

Manaaki, T. (2009), « How Should We Care for the Carers, Now and into the Future ? », National Health Committee of New Zealand, *www.nhc.health.govt.nz/moh.nsf/pagescm/7661/$File/caring-for-the-carers-nhc-2010.pdf*, consulté le 5 février 2010.

Martin, B. et D. King (2008), « Who Cares for Older Australians? A Picture of the Residential and Community-based Aged Care Workforce 2007 », Australian Government, Department of Health and Ageing/National Institute of Labour Studies, Flinders University and Commonwealth of Australia.

Ministère de la Santé du Royaume-Uni (2005), « Supporting People with Long-term Conditions. An NHS and Social Care Model to Support Local Innovation and Integration », Ministère de la Santé, Leeds.

Ministerie van VWS (2007), « Arbeidsmarktbrief : werken aan zorg », MRVA/ABA/2807123, Pays-Bas.

NAC et AARP (2005), « Caregiving in the U.S. », *www.caregiving.org/data/04execsumm.pdf*.

Ngai, L.R. et C.A. Pissarides (2009), « Welfare Policy and the Distribution of Hours of Work », CEP Discussion Paper, n° 962, décembre.

OCDE (2008), *Perspectives des migrations internationales,* Éditions de l'OCDE, Paris.

PHI (2010), *Facts No. 3. Who Are the Direct Care Workers?,* mise à jour de février 2010, PHI, New York.

SCP (2010), *Mantelzorg uit de doeken,* Sociaal en Cultureel Planbureau, La Haye.

Wimo, A. et M. Prince (2010), « World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia », Alzheimer's Disease International, *www.alz.co.uk/research./files/worlalzheimerreport2010.pdf*.

Chapitre 2

Prendre la mesure des défis à venir : futures tendances démographiques et coût de la prise en charge de la dépendance

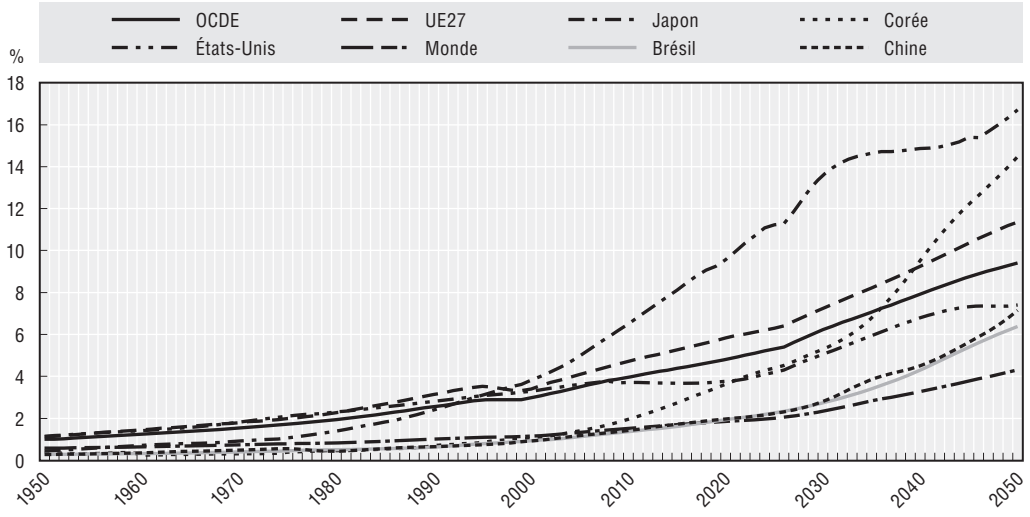
Selon toute vraisemblance, les pressions auxquelles sont confrontés les systèmes de prise en charge de la dépendance vont s'accroître à l'avenir pour au moins quatre raisons. Premièrement, même si le rythme du vieillissement démographique est très variable d'un pays à l'autre et s'il existe des incertitudes quant à l'évolution de l'incapacité au sein de la population, les transformations démographiques entraîneront une hausse de la demande de soins de longue durée dans toutes les sociétés. Deuxièmement, les changements qui affectent les sociétés – diminution de la taille de la famille, évolution des choix résidentiels des personnes atteintes d'une incapacité, progression du taux d'activité des femmes – sont susceptibles d'induire une baisse du nombre d'aidants informels et, partant, une hausse du besoin de soins dispensés par des aidants rémunérés. Troisièmement, à mesure que les sociétés s'enrichissent, les individus exigent des systèmes de protection sociale de meilleure qualité, répondant davantage à leurs besoins. La population souhaite que les systèmes de soins soient axés sur le patient et offrent des services bien coordonnés. Quatrièmement, le progrès technologique accroît les possibilités d'intervention à domicile, mais pourrait rendre nécessaire une réorganisation des soins. Ces différents facteurs vont entraîner une hausse de la demande de soins de longue durée et vont également entraîner des pressions pour améliorer l'offre de soins et leur performance et, par conséquent, leur coût. Ce chapitre présente les prévisions démographiques relatives à la zone OCDE, ainsi que des projections sur les aidants familiaux dans quelques pays de l'OCDE et les coûts de la prise en charge de la dépendance.

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

2.1. Les futures tendances démographiques vont entraîner une augmentation de la demande de soins de longue durée

Au cours des décennies à venir, les pays de l'OCDE vont continuer de vieillir, si bien que la part des personnes de 80 ans et plus dans la population va atteindre un niveau sans précédent. En 1950, moins de 1 % de la population mondiale avait plus de 80 ans. En 2050, cette proportion devrait avoir atteint 4 %. La hausse la plus forte est attendue dans les pays de l'OCDE où, en 2050, le quatrième âge composera près de 10 % de la population (contre 1 % en 1950) (graphique 2.1).

Graphique 2.1. **La proportion de la population âgée de 80 ans et plus va augmenter rapidement**

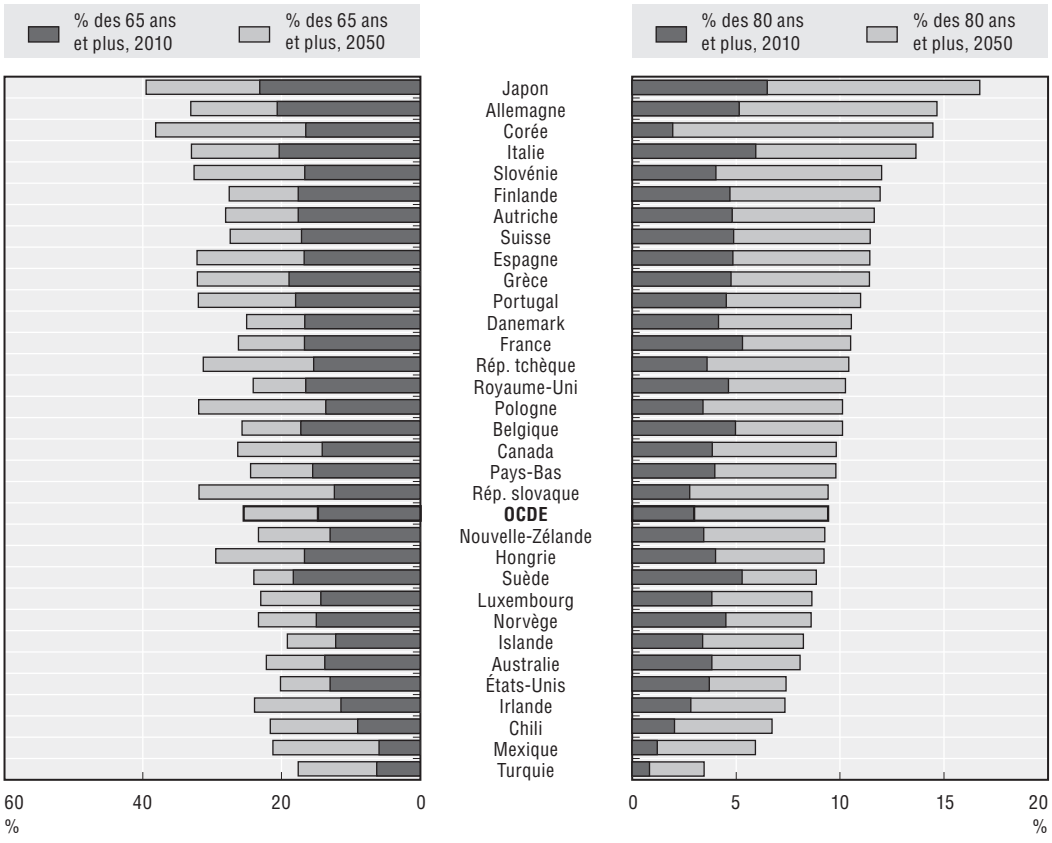


Source : Base de données de l'OCDE sur la démographie et la population active, 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932500719

Comme le montre le graphique 2.2, au sein de l'OCDE, la proportion de personnes âgées d'au moins 80 ans devrait passer de 4 % en 2010 à 9.4 % en 2050 (*Base de données de l'OCDE sur la démographie et la population active*, 2010). C'est au Japon, mais aussi en Allemagne, en Corée et en Italie, que la proportion de personnes de 80 ans au moins sera la plus forte, avoisinant 15 %. La Corée du Sud se démarque, dans la mesure où elle est le pays qui connaîtra l'évolution la plus marquée de la proportion de personnes du quatrième âge en termes absolus, cette proportion étant appelée à passer de 2 % en 2010 à environ 15 % en 2050. Dans certains pays, cette augmentation sera plus progressive et les niveaux atteints seront plus faibles. Ainsi, en Australie, en Irlande, en Islande, au Luxembourg, en Norvège et en Suède, la proportion de personnes du quatrième âge devrait progresser de moins de cinq points de pourcentage entre 2010 et 2050, et rester inférieure à 9 %.

Graphique 2.2. **La proportion des plus de 65 ans et des plus de 80 ans sera nettement plus élevée en 2050**



Source : Base de données de l'OCDE sur la démographie et la population active, 2010.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932500738*

L'accroissement de la proportion de la population appartenant au quatrième âge aura une incidence sur la demande future de services liés à la dépendance. Bien que différentes thèses soient avancées au sujet de la corrélation entre vieillissement de la population et besoin de soins, il ne fait aucun doute que ce dernier va augmenter. Les principales divergences portent sur le volume et l'intensité de l'augmentation attendue, ainsi que sur le moment auquel ce besoin se fera sentir (encadré 2.1).

De surcroît, l'espérance de vie des personnes atteintes d'un handicap congénital ou acquis s'est sensiblement allongée sous l'effet de l'amélioration des soins médicaux et de l'aide prodigués aux personnes dont les capacités fonctionnelles sont limitées. De plus en plus, les personnes atteintes d'un handicap congénital risquent de voir leur besoin d'assistance dû au handicap se doubler d'un besoin de soins lié au vieillissement (NDA/NCAOP, 2006 ; AIHW, 2000 ; EASPD, 2006). Cumulées, ces deux évolutions laissent présager une augmentation des besoins de services de prise en charge.

Encadré 2.1. **Évolution des handicaps lourds au sein de la population âgée**

Même si les théories divergent au sujet de la corrélation entre vieillissement et besoins attendus de services des soins de longue durée, les données dont on dispose n'indiquent pas de mouvement général de diminution de l'incapacité dans l'ensemble des pays de l'OCDE (Lafortune *et al.*, 2007 ; Bernd *et al.*, 2009).

En 2007, l'OCDE a analysé les données les plus récentes sur l'évolution de l'incapacité au sein de la population des 65 ans et plus dans 12 pays de l'OCDE, à savoir l'Australie, la Belgique, le Canada, le Danemark, les États-Unis, la Finlande, la France, l'Italie, le Japon, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède (Lafortune *et al.*, 2007). Il ressort principalement de cette étude que même si les taux de prévalence de l'incapacité ont, dans une certaine mesure, reculé ces dernières années dans quelques pays, il faut s'attendre à ce que le vieillissement de la population et l'allongement de la durée de vie entraînent une augmentation du nombre de personnes âgées souffrant d'un handicap lourd. Ces cinq à dix dernières années, l'incapacité au sein de la population âgée a reculé au Danemark, aux États-Unis, en Finlande, en Italie et aux Pays-Bas, est restée stable en Australie et au Canada, et a augmenté en Belgique, au Japon et en Suède. Les limites des données ont empêché de tirer des conclusions pour la France et le Royaume-Uni. De même, s'il est possible que le recul de certains facteurs de risque pour la santé (comme le tabagisme) ait contribué à réduire certaines limitations des capacités fonctionnelles des personnes âgées, l'augmentation de la prévalence de l'obésité parmi les adultes de tous âges ces vingt dernières années dans les pays de l'OCDE a eu l'effet inverse (Sturm *et al.*, 2004). De surcroît, il reste des incertitudes quant aux évolutions à attendre dans le domaine des maladies neurologiques et cognitives (comme la démence) dans la mesure où les efforts déployés pour diagnostiquer ces maladies sont plus nombreux et plus fructueux.

De même, des données récentes sur l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans semblent montrer qu'en Europe, les processus à l'œuvre diffèrent selon les pays (au cours de la période 1995-2001 ; Jagger *et al.*, 2009). Des données sur l'Allemagne indiquent que les personnes qui nécessitent une prise en charge des soins de longue durée vivent plus longtemps et ont donc besoin de soins (en plus grande quantité) plus longtemps que par le passé (AOK, 2009). Ces données corroborent la thèse sur la progression de la morbidité. Toutefois, d'autres données relatives à l'Allemagne suggèrent, apparemment, un recul du handicap (Scholz et Schulz, 2010).

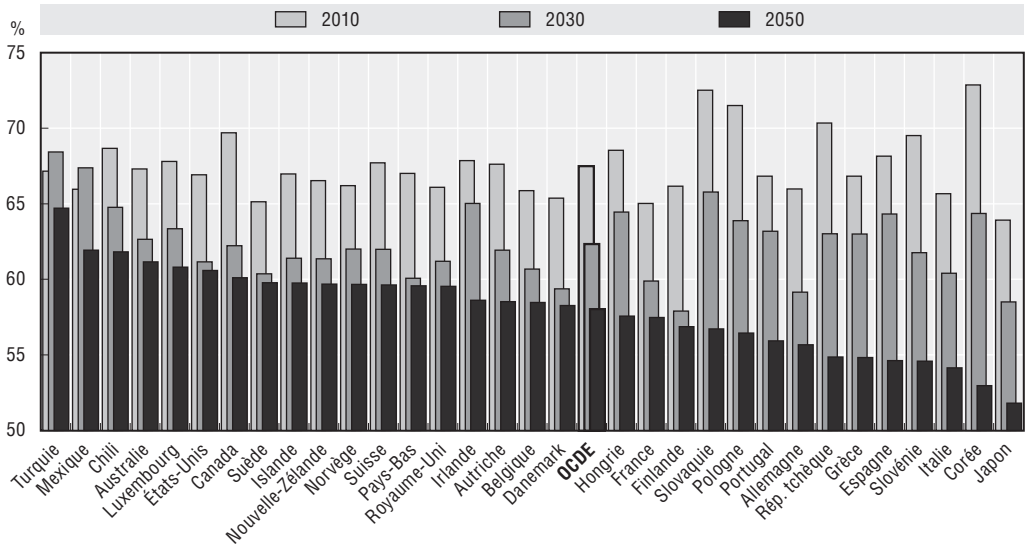
2.2. La réserve d'aidants familiaux va probablement diminuer

Le vieillissement des sociétés aura aussi une incidence sur le nombre d'individus en mesure d'offrir des services – rémunérés ou non – de prise en charge des soins de longue durée. Au sein de la zone OCDE, la part de la *population d'âge actif* dans la population totale devrait diminuer de 9 points de pourcentage en moyenne et passer de 67 % en 2010 à 58 % en 2050, même si les pourcentages de départ et d'arrivée peuvent varier (graphique 2.3). Ainsi, la part de la population d'âge actif dans la population totale diminuera de moins de 6 points de pourcentage en Turquie, au Mexique, au Luxembourg, en Australie, aux États-Unis et en Suède, et de plus de 15 points en République slovaque, en Pologne, en République tchèque, en Slovénie et en Corée.

De surcroît, d'ici à 2050, la *réserve potentielle d'aidants familiaux âgés* va également diminuer. Au sein de l'OCDE, la proportion moyenne des 65-79 ans devrait certes passer d'environ 10 % en 2010 à quelque 15 % en 2050, mais cette hausse ne suffira pas à compenser

Graphique 2.3. **La part de la population d'âge actif devrait décroître d'ici 2050**

Population des 15-64 ans



Source : Base de données de l'OCDE sur la démographie et la population active, 2010.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932500757*

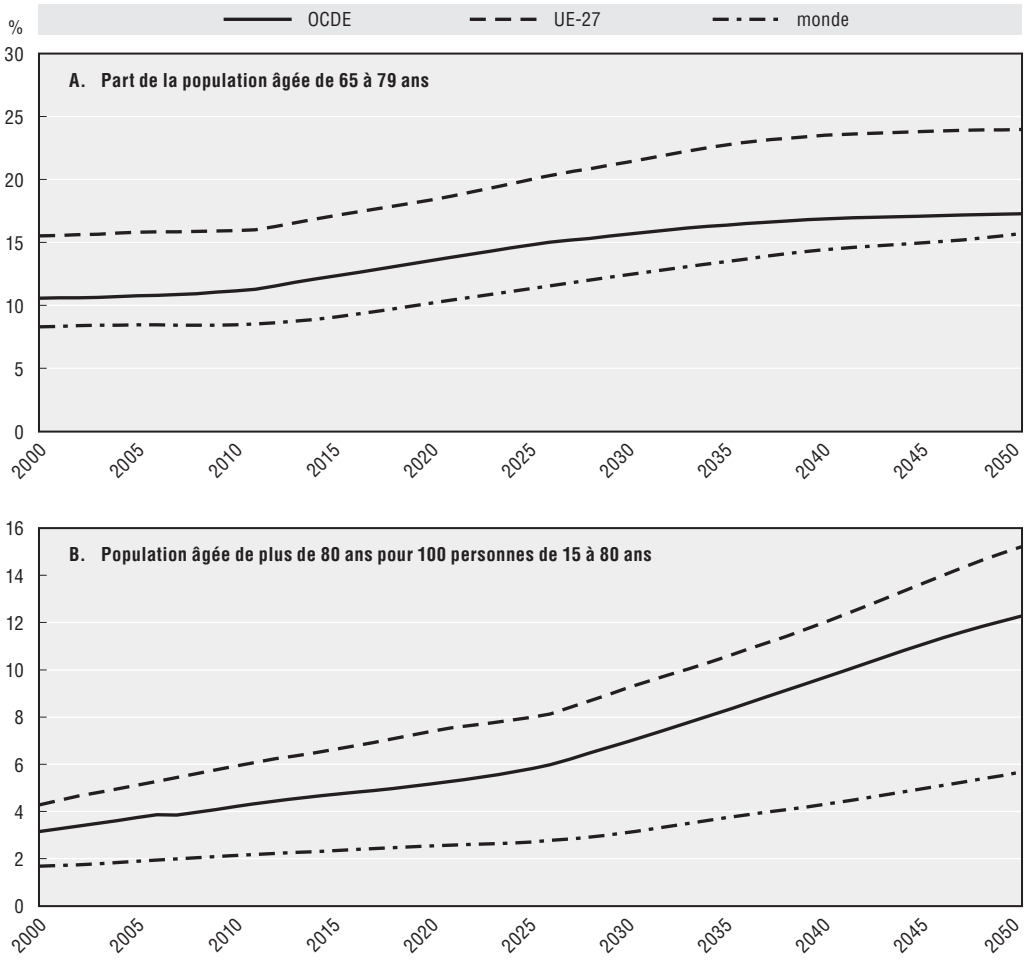
la diminution relative attendue de la taille de la population d'âge actif (graphique 2.4, partie supérieure). En conséquence, dans les pays de l'OCDE, le nombre de personnes de plus de 80 ans pour 100 personnes de 15 à 80 ans va tripler, passant d'environ 4 en 2010 à 12 en 2050 (graphique 2.4, partie inférieure). Ceci entraînera une diminution des ressources disponibles pour fournir de l'aide directe aux personnes qui ont besoin d'assistance, ainsi que des cotisations sociales versées par la population active.

D'autres évolutions de la société – comme la diminution de la taille de la famille, l'augmentation du nombre de familles sans enfant, l'évolution des choix résidentiels qui fait que les personnes âgées vivent de moins en moins souvent sous le même toit que leurs enfants ou leur famille – risquent de réduire le nombre d'aidants familiaux en mesure de fournir des services informels, et notamment le nombre d'enfants d'âge actif susceptibles d'assurer une prise en charge intensive de leurs parents âgés. Il est aussi probable que l'augmentation du nombre de divorces et du taux d'activité des femmes, ainsi qu'une diminution de la propension à aider (Jenkins *et al.*, 2003), contribuent à la baisse du nombre d'aidants familiaux.

Selon des projections réalisées pour le Royaume-Uni, l'évolution de la situation matrimoniale et de la démographie va se traduire par une augmentation de 27.5 %, à l'horizon 2041, du nombre de personnes qui prennent en charge leurs parents âgés ; cependant, pour que la réserve d'aidants reste constante en termes relatifs, il faudrait que le nombre d'aidants informels en âge de travailler soit multiplié par près de deux[1] (Pickard, 2008). Le nombre d'aidants informels risque donc d'augmenter plus lentement que le nombre de personnes âgées dépendantes, ce qui va se traduire par une diminution du nombre potentiel d'aidants familiaux par personne dépendante.

La diminution du nombre d'aidants familiaux sera en partie compensée par d'autres facteurs. Comme les conjoints (surtout les hommes) vieillissent ensemble jusqu'à un âge plus avancé, les personnes âgées auront à l'avenir davantage de probabilités de vivre en couple, ce qui accroîtra l'aide familiale disponible[2]. Les personnes âgées fragiles

Graphique 2.4. **L'offre potentielle de soins au sein de la « population d'âge actif élargie » (15-79 ans) décroît rapidement**



Source : Base de données de l'OCDE sur la démographie et la population active, 2010. Projections estimées de la population mondiale établies à partir des Projections de la population mondiale des Nations Unies, 1950-2050 (révision 2006).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932500776

qui vivent en couple sont moins enclines à faire appel à des soins formels ou à entrer en établissement. Selon une étude qui présente des projections pour neuf pays d'Europe, la population dépendante ne pouvant pas s'appuyer sur un aidant familial va augmenter beaucoup plus lentement que celle qui peut compter sur une aide familiale ; par conséquent, en proportion, elle risque de rester stable ou de diminuer (Gaymu, Ekamper et Beets, 2008). Ces perspectives positives s'expliquent non seulement par une diminution du nombre de femmes âgées vieillissant sans conjoint, mais aussi par le fait qu'en 2030, les personnes âgées seront relativement moins nombreuses à ne pas avoir d'enfants en vie. Ce constat, qui peut surprendre de prime abord, est lié au fait que même si la taille de la famille a diminué, les femmes nées dans les années 1930 et 1940 sont moins nombreuses à être restées célibataires toute leur vie et à ne pas avoir eu d'enfants.

Toutefois, il est peu vraisemblable que cette augmentation de l'offre de soins compense totalement la diminution attendue. Les perspectives à plus long terme pour les pays d'Europe demeurent incertaines parce que les générations nées depuis les années 50

ont moins d'enfants et affichent un taux de divorce plus élevé et un taux de mariage plus faible. Quant au Canada, même s'il est possible qu'il ne connaisse pas les mêmes ruptures démographiques que les pays européens, sa situation risque de se dégrader entre 2021 et 2050, notamment en raison d'une augmentation sensible de la proportion de femmes âgées de 85 ans et plus sans enfants en vie (Keefe *et al.*, 2007). En outre, le vieillissement des aidants et des couples de personnes âgées accroît la probabilité de voir augmenter le nombre de couples dont les deux membres sont en mauvaise santé ou ont besoin de soins. Lorsque les hommes éprouvent des difficultés à prendre en charge leur épouse dépendante, ils sont plus susceptibles de recourir au système formel de soins que de dispenser eux-mêmes les soins nécessaires.

Projections relatives aux aidants informels dans quelques pays de l'OCDE

Les projections de l'OCDE montrent dans quelle mesure l'augmentation du nombre de conjoints pourrait atténuer la diminution attendue de la disponibilité d'aidants familiaux (voir encadré 2.2).

Encadré 2.2. **Modélisation de l'impact de l'espérance de vie sur les soins familiaux pour les conjoints âgés**

Les projections de l'OCDE découlent d'une approche macro essentiellement fondée sur les proportions actuelles de la population mariée par classe d'âge et par sexe et sur les prévisions d'espérance de vie correspondantes. Compte tenu des incertitudes relatives à l'évolution des taux d'union, de séparation, de fécondité et d'activité, elles ne tentent pas de couvrir l'offre d'aidants familiaux parmi les travailleurs d'âge très actif. Ces projections réalisées pour quelques pays visent plutôt à montrer dans quelle mesure l'évolution de la mortalité aura une incidence sur l'offre d'aidants de 50 ans et plus, en tenant compte des restrictions de la capacité à accomplir les AVQ. Elles incluent les probables gains d'espérance de vie et font l'hypothèse que la proportion de personnes âgées vivant en couple est identique au sein de chaque classe d'âge, au lieu d'utiliser les projections d'évolution des taux de fécondité et de divorce.

En outre, le nombre actuel de personnes atteintes d'une incapacité par sexe, par âge et par situation matrimoniale a été évalué à l'aide des enquêtes SHARE (Étude européenne sur le vieillissement et la retraite en bonne santé) et HRS (*US Health and Retirement Study*). Pour prévoir la prévalence du mariage, on a supposé qu'elle augmenterait parallèlement à l'allongement de l'espérance de vie totale. Par conséquent, pour les femmes, la proportion d'individus mariés évolue sur l'axe de l'âge en fonction des gains d'espérance de vie des hommes entre 2007 et 2050. De même, la proportion d'hommes mariés évolue en fonction des gains d'espérance de vie des femmes au cours de la même période. Cette méthode s'inspire de celle utilisée pour estimer les avantages potentiels induits par le « vieillissement en bonne santé ». Bien qu'elle diffère d'autres approches, elle permet d'obtenir des résultats comparables à ceux d'autres études. Par exemple, comparativement aux travaux réalisés dans le cadre du projet FELICIE *(www.felicie.org/index.asp)*, elle aboutit à des estimations légèrement inférieures pour les femmes et légèrement supérieures pour les hommes.

Une autre approche macro envisageable consiste à examiner les tendances passées en matière de fourniture d'aide et de soins informels et de choix résidentiels par classe d'âge et par sexe, et à effectuer des extrapolations à partir de ces tendances (en tenant compte d'autres évolutions susceptibles d'affecter la structure démographique).

Encadré 2.2. **Modélisation de l'impact de l'espérance de vie sur les soins familiaux pour les conjoints âgés** *(suite)*

Cette approche est celle qu'a utilisée, en 2003, l'Institut australien de la santé et des affaires sociales *(Australian Institute of Health and Welfare)* dans une étude réalisée à partir des données des éditions 1993 et 1998 de l'enquête sur l'invalidité, le vieillissement et les aidants *(Disability, Ageing and Carers Survey)*, étude qui comprend des projections de l'offre et de la demande de soins pour différentes classes d'âge. Ces projections sont réalisées à partir de caractéristiques générales des ménages, comme l'âge, le sexe et la présence ou non d'un conjoint ou partenaire sous le même toit, mais tiennent également compte d'une diminution linéaire de 20 % de la propension à prendre en charge un membre de la famille au cours de la période sur laquelle porte la projection.

D'autres auteurs ont utilisé une analyse par cohorte (similaire à celle employée pour effectuer des projections des futurs taux d'activité des hommes et des femmes), associée à une régression logistique multinomiale ordonnée et à des régressions logistiques standard pour prédire à la fois la probabilité d'apparition de certains degrés d'incapacité et le besoin d'assistance des personnes âgées de 65 ans et plus. Les résultats des régressions ont été intégrés à un modèle de microsimulation pour prévoir la disponibilité d'aidants familiaux dans différents scénarios (Carrière *et al.*, 2008). Ce type d'étude micro présente l'avantage de permettre la prise en compte de l'incidence de caractéristiques individuelles des ménages telles que le nombre d'enfants vivants, les antécédents professionnels ou le niveau d'étude. Il aurait certes été possible d'utiliser cette approche, mais il aurait été difficile de tenir compte de la rupture du mariage induite par le vieillissement.

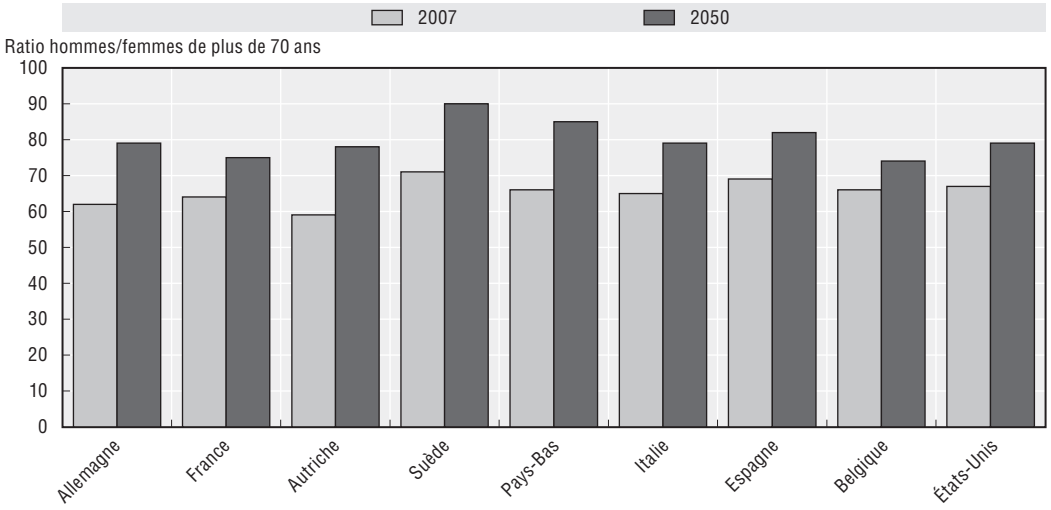
Les projections doivent être utilisées avec prudence parce que de nombreuses évolutions de la société, ainsi que les mutations démographiques, sont susceptibles d'avoir une incidence sur l'offre de soins et sont difficiles à quantifier et modéliser. Ainsi, d'autres facteurs, par exemple une évolution des choix résidentiels des personnes âgées et le vieillissement en bonne santé, pourraient entraîner une hausse ou une diminution du nombre d'aidants familiaux au sein de la population des 50 ans et plus. De même, des changements au niveau de la propension à aider, des réseaux sociaux et de la distance par rapport à la famille pourraient aussi avoir une incidence sur les prévisions. Tous ces facteurs sont susceptibles d'influer sur l'ampleur de la diminution attendue du nombre d'aidants, mais sont sans incidence sur l'évolution de fond de la composition de la réserve d'aidants liée aux facteurs démographiques, si bien qu'ils n'empêchent pas les projections d'apporter un éclairage intéressant sur l'évolution de la situation en matière de soins.

Les gains d'espérance de vie, en particulier parmi les hommes, vont se traduire par une diminution de la proportion de femmes vivant seules. Le graphique 2.5 montre que, les hommes étant de plus en plus nombreux à vivre plus vieux, le ratio hommes/femmes au sein de la population de 70 ans et plus va s'améliorer de plus de 15 points de pourcentage, passant de 65 % à 80 % (0.8 homme pour 1 femme). De plus, la proportion de femmes âgées (de 70 ans au moins) mariées va progresser d'environ 10 points dans certains pays de l'OCDE (graphique 2.6).

Bien que ces perspectives soient positives, la proportion de couples dont les deux membres auront des difficultés à accomplir les AVQ va augmenter. Compte tenu du pourcentage de personnes actuellement atteintes d'incapacité, la proportion de personnes dépendantes en situation précaire, c'est-à-dire ne vivant pas en couple ou vivant en couple avec un conjoint

Graphique 2.5. **Le nombre d'hommes âgés en vie par femme va augmenter à l'horizon 2050**

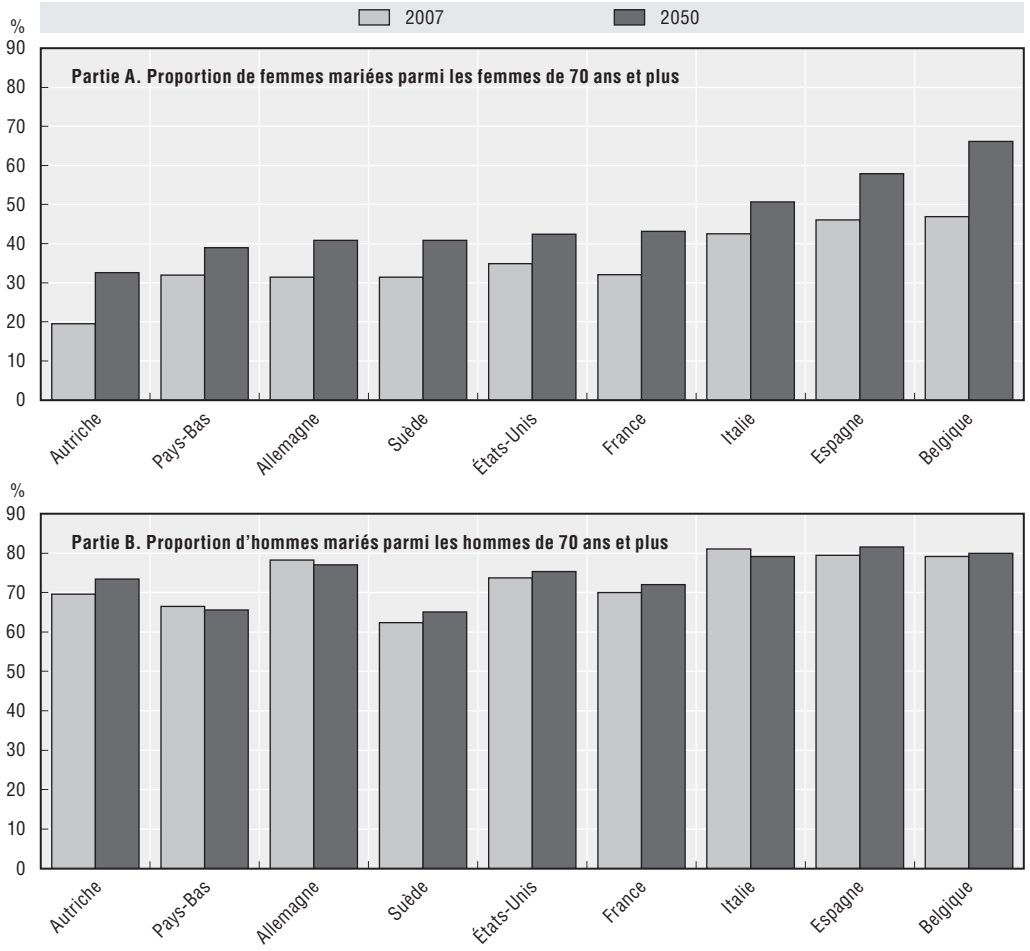
Ratio hommes/femmes de plus de 70 ans



Source : Calculs de l'OCDE effectués à partir des projections démographiques.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932500795

Graphique 2.6. **Augmentation à l'horizon 2050 de la proportion de personnes âgées vivant en couple**

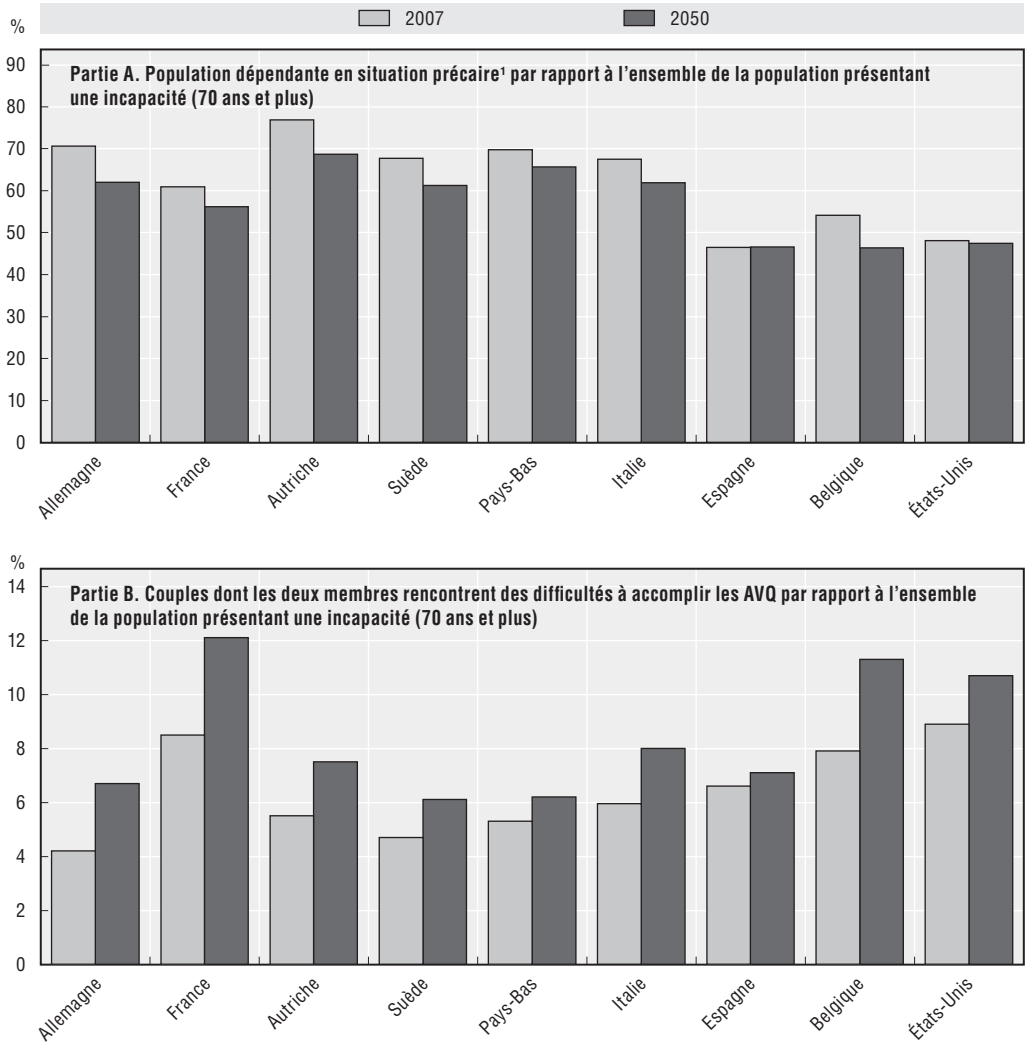


Source : Calculs de l'OCDE effectués à partir des projections démographiques ; enquêtes Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) et US Health and Retirement Study (HRS).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932500814

qui rencontre également des difficultés à accomplir les AVQ, au sein de la population dépendante de 70 ans et plus dans son ensemble, va diminuer dans la plupart des pays de l'OCDE, ou rester stable (Espagne) (graphique 2.7, partie A). Toutefois, cette population dépendante en situation de précarité devrait voir sa composition se modifier. Actuellement, elle est majoritairement composée de personnes non mariées. Ce groupe va continuer d'augmenter en termes absolus, mais va diminuer en termes relatifs, tandis qu'on observera une forte augmentation de la proportion de couples dont les deux membres sont dépendants (partie B).

Graphique 2.7. **La proportion de personnes âgées fragilisées vivant seules ou avec un conjoint lui aussi fragilisé va diminuer, mais celle des couples dont les deux membres sont dépendants connaîtra une hausse à l'horizon 2050**



1. Individus dont les capacités à accomplir les AVQ sont restreintes et qui ne sont pas mariés ou sont mariés avec un conjoint rencontrant aussi des difficultés à accomplir ces activités.

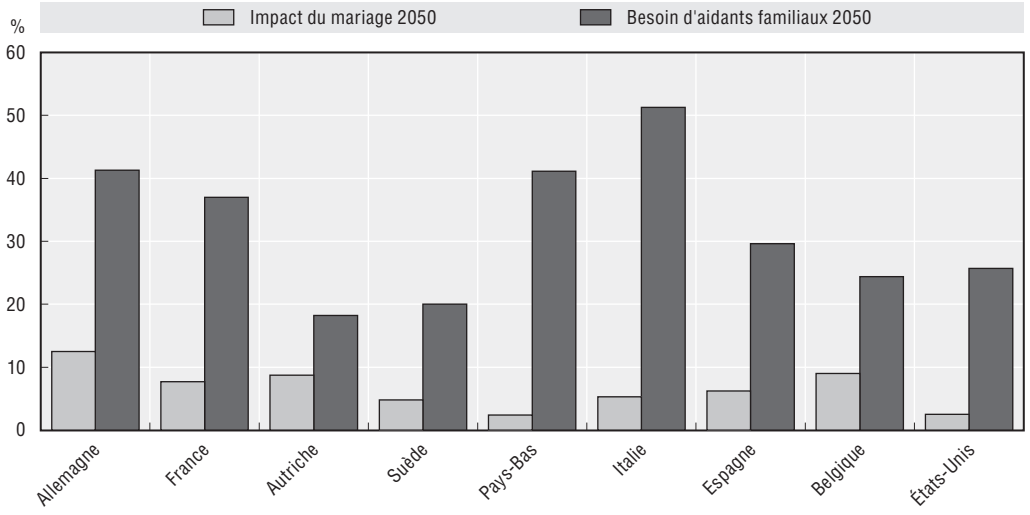
Source : Calculs effectués par l'OCDE d'après les projections de la population ; enquêtes Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) et Health and Retirement Study (HRS).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932500833

Il est possible, en utilisant les données actuelles sur la proportion de la population assurant une prise en charge familiale par classe d'âge et par sexe dans les différents pays, d'effectuer des projections approximatives de l'offre de soins informels et de les comparer aux

estimations du nombre attendu d'individus dépendants. Au sein de la population de 50 ans et plus, le rapport du nombre d'aidants au nombre de personnes à prendre en charge varie actuellement fortement d'un pays à l'autre – d'environ deux aidants par personne dépendante aux États-Unis et aux Pays-Bas à moins d'un aidant par personne dépendante en Autriche et en Allemagne. Selon ces estimations, pour que le nombre d'aidants familiaux par rapport au nombre de personnes rencontrant des difficultés pour accomplir les AVQ se stabilise à son niveau actuel, il faudrait que leur effectif total augmente de 20 à 30 % environ dans les pays étudiés, sauf en Allemagne et aux Pays-Bas, où il faudrait une hausse de 40 %, et en Italie, où un gain de 50 % serait nécessaire (voir graphique 2.8, barres bleu foncé). En supposant que toutes les « nouvelles » personnes dépendantes mariées seront prises en charge par leur conjoint non dépendant, il est possible d'obtenir une estimation haute approximative de l'impact de l'augmentation de la longévité masculine sur l'offre familiale d'aide et de soins. Dans le meilleur des cas, l'augmentation du nombre d'aidants familiaux (graphique 2.8, barres bleu clair) pourrait réduire la pénurie d'aidants d'environ 12 points de pourcentage en Allemagne et 2 points de pourcentage aux Pays-Bas.

Graphique 2.8. **L'augmentation projetée du nombre de personnes âgées fragilisées est très supérieure à celle du nombre d'aidants potentiels**



Note : Le besoin d'aidants familiaux désigne l'évolution nécessaire d'ici 2050 dans l'aide et les soins apportés par la famille afin de préserver le ratio actuel aidants/bénéficiaires. Cet élément dépend des tendances démographiques, de la proportion actuelle d'individus rencontrant des difficultés pour accomplir les AVQ et de la proportion d'aidants familiaux. Un besoin relativement élevé d'aidants familiaux peut traduire une proportion actuellement faible d'aidants familiaux au sein du quatrième âge (comme par exemple en Allemagne et aux Pays-Bas), ou une proportion élevée d'individus du quatrième âge rencontrant des difficultés pour accomplir des AVQ (comme en Italie). L'impact du mariage désigne l'évolution attendue de la disponibilité d'aidants familiaux (conjoints) d'ici 2050. La différence entre les deux indique l'ampleur du déficit potentiel d'aidants.

Source : Calculs effectués par l'OCDE d'après les projections de la population ; enquêtes Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) et Health and Retirement Study (HRS).

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932500852*

L'évaluation de la pénurie ne tient pas compte du rôle que jouent actuellement les individus d'âge très actif (de moins de 50 ans) dans l'offre familiale. Il s'agit là d'un aspect important dans la mesure où ces aidants familiaux – en particulier les femmes exerçant une activité professionnelle – devraient aussi devenir moins nombreux, ce qui viendra aggraver la pénurie, même si l'impact de l'offre de main-d'œuvre féminine sur l'offre d'aide et de soins dépend des taux actuels d'activité féminine. Dans les pays où le taux d'activité des femmes est aujourd'hui faible, le nombre de femmes disponibles pour une prise en charge familiale risque

de diminuer sensiblement à mesure de la progression du taux d'activité féminine ; à l'inverse, dans les pays où ce taux d'activité est déjà proche de celui des hommes, l'impact pourrait être quasi négligeable. Par exemple, des projections pour l'Australie montrent que le nombre d'aidants au sein de la population active continuera d'augmenter malgré la hausse du taux d'activité des femmes (Jenkins *et al*., 2003)[3].

2.3. Coût de la prise en charge de la dépendance[4]

La plupart des pays de l'OCDE consacrent actuellement entre 1 et 1.5 % de leur PIB à la prise en charge de la dépendance. Dans certains pays, ce budget dépasse 2 % du PIB (Pays-Bas, Suède et Norvège par exemple), tandis que dans d'autres (comme le Portugal et la Hongrie), il n'atteint pas 0.5 % du PIB. En outre, même parmi les pays qui y consacrent une proportion similaire de leur PIB, on observe parfois des écarts importants dans la façon dont les ressources sont réparties entre les différentes catégories de bénéficiaires.

Bien qu'il s'agisse là de chiffres encore relativement modestes, les pays de l'OCDE sont préoccupés par le fait que l'évolution démographique et les mutations de la société décrits précédemment risquent d'entraîner, à l'avenir, une hausse des dépenses liées au vieillissement. Les projections de dépenses en part du PIB donnent une idée de l'ampleur (taille) et de l'urgence (échéance) du défi qui attend les pays, et permettent d'analyser les principaux facteurs qui influent sur l'utilisation des dispositifs. Ces projections fournissent une indication générale du coût final des politiques ou programmes déjà en place et dépendent par conséquent du niveau initial des ressources allouées au secteur de la dépendance.

Les projections présentées ci-après indiquent que les dépenses de prise en charge de la dépendance vont connaître une augmentation sensible, ce qui confirme les résultats d'autres projections internationales ou nationales portant sur l'utilisation de services de prise en charge et les dépenses afférentes. Elles reflètent les résultats du Rapport 2009 sur le vieillissement démographique publié par la Commission européenne (CE, 2009) pour les pays de l'OCDE membres de l'Union européenne, ainsi que des estimations réalisées pour certains autres pays de l'OCDE n'appartenant pas à l'Union européenne, à savoir l'Australie, le Canada, le Japon, les États-Unis et la Nouvelle-Zélande. L'encadré 2.3 donne des précisions sur la méthodologie utilisée et présente une synthèse d'études antérieures de l'OCDE (OCDE, 2006) et d'études nationales.

Encadré 2.3. **Projections de coûts récentes de l'OCDE, de l'Union européenne et de quelques pays**

Projections de coûts de l'OCDE et de l'Union européenne

Les projections de l'OCDE et de l'Union européenne reposent sur une macrosimulation. En principe, les modèles utilisés pour réaliser les projections sont construits en deux étapes, la première consistant en une estimation de la future demande de services liés à la dépendance (volume de soins fournis) et la seconde en une estimation du coût correspondant à la fourniture de ce volume de soins.

Dans le cadre des *projections réalisées par l'OCDE en 2006* (OCDE, 2006 ; Oliveira Martins et de la Maisonneuve, 2006), on a évalué la demande future des soins de longue durée en scindant la population en deux groupes, l'un composé de personnes dépendantes et l'autre de personnes non dépendantes, sur la base d'un taux *uniforme* de prévalence de la dépendance (incapacité) par classe d'âge. La prévalence de l'incapacité par classe d'âge a été établie à partir de statistiques sur la dépendance pour l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et

Encadré 2.3. **Projections de coûts récentes de l'OCDE, de l'Union européenne et de quelques pays** *(suite)*

le Royaume-Uni (Comas-Herrera *et al.*, 2003). Puis on a calculé le *coût de la prise en charge des soins de longue durée par personne dépendante* dans les différents pays en appliquant à 11 pays de l'Union européenne un modèle économétrique simple tenant compte de l'incidence de l'âge et du taux d'activité de la population de 50 à 64 ans (variable indicatrice de l'offre de services de soins familiaux). On a établi les dépenses totales de prise en charge en multipliant le nombre estimé de personnes dépendantes par classe d'âge et la courbe du coût de la prise en charge par personne dépendante par classe d'âge estimée pour chaque pays.

Dans le cadre des *projections réalisées par l'Union européenne en 2009*, on a évalué la demande future des soins de longue durée en scindant la population de 55 ans et plus en deux groupes, l'un composé de personnes dépendantes et l'autre de personnes non dépendantes, sur la base d'un taux, *spécifique à chaque pays,* de prévalence de la dépendance (incapacité) par classe d'âge et par sexe. On a ensuite subdivisé la population dépendante en fonction de la probabilité de recevoir des soins formels à domicile, des soins formels en établissement ou seulement des soins informels (par différence) par âge et par sexe. Puis on a utilisé le coût moyen par utilisateur de la fourniture de soins formels à domicile et en établissement, établi par classe d'âge, pour calculer le montant total des dépenses de prise en charge. Pour calculer les dépenses totales liées aux *prestations d'incapacité en espèces*, on a multiplié le nombre de personnes dépendantes par le nombre de bénéficiaires des prestations au sein de cette population dépendante.

Pour réaliser l'*analyse présentée dans ce chapitre*, on a appliqué la méthodologie utilisée dans le Rapport 2009 sur le vieillissement à une sélection de pays non européens. Cette méthodologie permet un examen plus fin de l'organisation des services de prise en charge dans les différents cadres de soins. Elle permet aussi de mesurer directement l'incidence d'un recul des soins familiaux au profit de services formels. En outre, les projections réalisées pour 5 pays permettent une analyse de la composante privée des dépenses de prise en charge et donnent une indication des conséquences potentielles des projections sur l'évolution future de la demande de main-d'œuvre dans le secteur de la dépendance. Les estimations relatives au PIB et à l'emploi utilisées dans cette analyse proviennent d'un rapport de l'OCDE (Duval et de la Maisonneuve, 2009).

Autres études nationales

Les études réalisées récemment dans les pays de l'OCDE sélectionnés font généralement appel à des méthodologies comparables à celles utilisées par l'OCDE et l'Union européenne. Toutefois, les études portant sur un pays en particulier présentent souvent l'avantage de s'appuyer sur un ensemble plus riche de données relatives à l'utilisation et au coût des services de prise en charge.

Australie. L'édition 2010 du rapport intergénérationnel des autorités australiennes (*Australian Government Intergenerational Report 2010*), intitulé *Australia to 2050 : Future Challenges*, contient des projections des dépenses du dispositif de soins en faveur des personnes âgées. Il en ressort que ces dépenses devraient augmenter jusqu'à représenter 1.8 % du PIB en 2049-50, contre 0.8 % en 2009-10. Le vieillissement de la population explique à lui seul les deux tiers de cette hausse. Pour réaliser ces projections, on a supposé que la prévalence de la dépendance/de l'incapacité resterait constante par rapport à celle de l'année de référence (scénario de vieillissement pur). Le modèle utilisé pour réaliser les projections permet d'estimer l'impact des facteurs qui influent sur le taux de recours au dispositif de soins. Il réduit aussi le coût supporté par l'État en appliquant à la participation privée une hausse identique à celle du revenu réel des utilisateurs de services de soins en faveur des personnes âgées.

Encadré 2.3. **Projections de coûts récentes de l'OCDE, de l'Union européenne et de quelques pays** *(suite)*

Autriche. En mars 2008, l'Institut autrichien de recherche économique *(WIFO)* a publié, sous le titre *Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge*, un rapport sur le financement à moyen et long terme de la dépendance. Ce rapport, commandité par le ministère fédéral des Affaires sociales et de la Protection des consommateurs, contient plusieurs scénarios qui analysent l'évolution de l'incapacité au sein de la population, le recul des services familiaux au profit des services formels de prise en charge sous l'effet de l'augmentation du taux d'activité des femmes, ainsi que les pressions en faveur d'une augmentation du montant de l'allocation dépendance correspondant à la hausse attendue du coût réel des services. Selon ces scénarios, les dépenses totales de prise en charge de la dépendance de l'Autriche seraient comprises entre 1.25 et 2.31 % du PIB en 2030, contre 1.13 % en 2006.

Japon. En 2006, le ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales a établi des projections des coûts et avantages de son assurance dépendance. À l'époque, on prévoyait que le montant total des prestations dépendance passerait de 1.3 % du PIB en 2006 à environ 2.3 % en 2025. Ces projections tiennent compte de l'impact attendu de mesures de prévention sanitaire récemment introduites pour favoriser le vieillissement en bonne santé et de mesures destinées à favoriser le maintien à domicile. Ces réformes devraient permettre, par rapport à l'augmentation qui se produirait sans elles, une diminution du montant total des prestations de l'assurance dépendance d'environ 15 % à l'horizon 2025.

Norvège. Un récent rapport publié par le ministère de la Santé et des Services de Santé sous le titre *Long-term Care – Future Challenges* présente des données sur le montant attendu des dépenses de soins médicalisés et de soins à la personne jusqu'en 2050. Les projections réalisées par l'institut norvégien de la statistique montrent que les coûts salariaux dans ce secteur vont passer de 3.1 % du PIB en 2005 à 6.1 % en 2050. Ces prévisions reposent sur un scénario de vieillissement en bonne santé, dans lequel les années de vie supplémentaires sont des années caractérisées par une dépendance plus faible.

République tchèque. Les autorités, dans le cadre du projet gouvernemental de Table ronde sur le financement des futures filières de soins en République tchèque, ont publié un rapport sur la viabilité financière du système tchèque de soins de santé à l'horizon 2050 qui apporte des renseignements détaillés sur les possibilités et les limites des prévisions relatives aux recettes et aux dépenses du secteur de la santé publique. Selon le scénario retenu, les dépenses publiques de dépendance prévues en 2050 pourront augmenter jusqu'à 190 %.

Royaume-Uni – Angleterre. L'unité chargée de la recherche sur les services sociaux à la personne (*Personal Social Services Research Unit*, PSSRU) a établi des projections de la demande de services de soins à caractère social et de prestations d'invalidité en faveur des personnes âgées (de 65 ans et plus) en Angleterre jusqu'en 2041. Dans le scénario de référence, les dépenses publiques correspondantes passeraient de 1.2 % du PIB en 2005 à 2 % en 2041. Dans ce scénario, on a supposé que la prévalence de la dépendance ou de l'incapacité resterait constante par rapport à celle de l'année de référence (scénario de vieillissement pur).

Suède. Un récent rapport du ministère de la Santé et des Affaires sociales intitulé *The Future Need for Care, Results from the LEV Project* s'attend à un ratio dépenses totales de soins

Encadré 2.3. **Projections de coûts récentes de l'OCDE, de l'Union européenne et de quelques pays** *(suite)*

aux personnes âgées/PIB compris entre 4.2 et 4.5 % en 2050, contre 3.2 % en 2010. La hausse prévue est liée à l'évolution démographique et varie selon le scénario de vieillissement et d'essor technologique.

Suisse. Selon une récente étude de l'Observatoire suisse de la santé intitulée *Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse*, les dépenses totales (publiques et privées) de prise en charge de la dépendance devraient être comprises entre 2.4 et 3.1 % du PIB en 2030, contre 1.6 % en 2005. Le vieillissement de la population explique à lui seul les deux tiers de cette hausse. Le scénario de référence est un scénario de vieillissement en bonne santé, dans le cadre duquel les années de vie supplémentaires sont des années caractérisées par une dépendance plus faible.

Les dépenses publiques de prise en charge de la dépendance devraient au minimum doubler, voire tripler, à l'horizon 2050

Selon les scénarios établis par la Commission européenne en 2009, les dépenses publiques de prise en charge de la dépendance devraient, dans les pays de l'OCDE appartenant également à l'Union européenne, au moins doubler en proportion du PIB d'ici 2050. Elles devraient être de l'ordre de 2.2 à 2.9 % du PIB en 2050, contre environ 1.2 % en 2007 (CE, 2009). Des projections complémentaires réalisées par l'OCDE pour un certain nombre de ses membres non européens corroborent ces constatations (tableau 2.1).

Divers facteurs, par exemple la prévalence de la dépendance par classe d'âge, le coût de la fourniture de soins et l'importance de l'offre familiale de soins, sont susceptibles d'influencer l'évolution future des dépenses de prise en charge (voir partie 2.2). Compte tenu des incertitudes qui existent sur l'évolution que vont connaître ces facteurs eux-mêmes, le tableau 2.1 présente des projections des dépenses publiques de prise en charge selon six scénarios. Ensemble, ces scénarios permettent de disposer de la fourchette dans laquelle les dépenses publiques de prise en charge d'un pays sont susceptibles de s'établir à l'avenir. La partie qui suit examine plus précisément les trois facteurs précités et les hypothèses de fond sur lesquelles reposent les projections.

Scénario de vieillissement pur : les dépenses de prise en charge doublent

Dans le premier scénario – de référence, souvent qualifié de scénario purement démographique ou scénario de vieillissement pur –, nous avons réalisé une projection de la demande future de services des soins de longue durée en fonction de la prévalence de l'incapacité au cours de l'année de référence, ce qui revient à partir du principe que le nombre d'années avec incapacité augmentera parallèlement à l'espérance de vie. Les dépenses de prise en charge devraient doubler, passant à l'horizon 2050 d'environ 1.2 % à 2.4 % du PIB dans les pays membres de l'OCDE appartenant aussi à l'Union européenne et à environ 2.9 % du PIB dans les pays de l'OCDE non membres de l'Union européenne.

À noter que, les structures démographiques différant selon les pays, la période durant laquelle les dépenses de prise en charge devraient être à leur maximum varie aussi d'un pays à l'autre. En outre (comme expliqué à l'encadré 2.4), l'intensité relative des facteurs qui sous-tendent la croissance des dépenses – par exemple la structure de la population par âge ou le niveau des salaires – change selon les pays et selon les périodes.

Tableau 2.1. **Les dépenses publiques de prise en charge de la dépendance devraient connaître une forte hausse à l'horizon 2050**

(% du PIB, en prix de l'année de référence)

		2050					
	Année de référence	Prévalence de la dépendance		Évolution de la structure de coût de la prise en charge des soins de longue durée		Diminution de l'offre de soins familiaux	
		Vieillissement pur (1 – scénario de référence)	Vieillissement en bonne santé (2)	-1 % du PIB par travailleur (3)	+1 % du PIB par travailleur (4)	100 % de soins à domicile (5)	100 % de soins en établissement (6)
Union européenne 2009[1]	**2007**						
Allemagne[2]	0.9	2.3	2.2	2.1	2.5	2.4	2.7
Autriche	1.3	2.5	2.4	2.3	2.7	2.6	2.6
Belgique	1.5	2.9	2.8	2.6	3.2	3.1	3.5
Danemark	1.7	3.4	3.2	3.1	3.7	3.7	3.4
Espagne	0.5	1.4	1.3	1.3	1.5	1.4	3.0
Finlande	1.8	4.2	4.2	3.8	4.7	4.5	5.3
France	1.4	2.2	2.1	1.9	2.5	2.3	2.6
Grèce	1.4	3.3	3.2	2.9	3.7	3.5	3.9
Hongrie	0.3	0.5	0.5	0.4	0.6	0.7	0.9
Irlande	0.8	1.8	1.8	1.6	2.0	1.9	2.2
Italie	1.7	2.9	2.8	2.6	3.2	3.3	3.9
Luxembourg	1.4	3.1	3.0	2.8	3.4	3.3	3.8
Norvège	2.2	4.5	4.3	4.1	4.9	4.6	5.3
Pays-Bas	3.4	8.2	7.7	7.5	9.0	8.4	9.2
Pologne	0.4	0.9	0.9	0.8	1.0	1.1	0.9
Portugal	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Rép. slovaque	0.2	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.5
Rép. tchèque[3]	0.2	0.6	0.5	0.6	0.6	0.6	0.7
Royaume-Uni	0.8	1.3	1.2	1.2	1.4	1.3	1.3
Suède	3.5	5.5	5.3	5.0	6.1	5.8	6.3
Moyenne des pays de l'OCDE membres de l'Union européenne	**1.3**	**2.4**	**2.3**	**2.2**	**2.7**	**2.5**	**2.9**
Études de cas	**2006**						
Australie	0.8	1.8	1.6	1.7	2.0	2.0	2.4
Canada	1.2	2.7	2.4	2.4	2.9	2.7	3.4
États-Unis	1.0	1.9	1.7	1.7	2.1	2.2	2.6
Japon	1.4	4.0	3.5	3.6	4.4	4.0	4.4
Nouvelle-Zélande	1.4	3.9	3.6	3.5	4.3	4.6	6.2
Moyenne des études de cas	**1.2**	**2.9**	**2.6**	**2.6**	**3.2**	**3.1**	**3.8**
Projections OCDE 2006	**2006 (réelles)**						
Corée (2007)	0.2	–	–	–	–	–	–
Islande	1.9	2.8	2.5	–	–	–	–
Mexique	–	–	–	–	––	–	–
Suisse	0.8	1.6	1.3	–	–	–	–
Turquie	–	–	–	–	–	–	–

1. Dépenses publiques de prise en charge de la dépendance telles que présentées dans le Rapport 2009 sur le vieillissement démographique de la Commission européenne. Les chiffres relatifs à 2007 peuvent s'écarter de ceux d'*Éco-Santé OCDE* car des informations issues d'Eurostat ont été mises à contribution pour compléter les données disponibles. Les dépenses publiques de prise en charge de la dépendance peuvent refléter un éventail plus large de dépenses, comprenant les aides en espèces ou en nature pour certains services liés aux AIVQ.
2. Dans la projection, les coûts unitaires sont indexés sur le PIB par travailleur et ne reflètent pas la législation allemande actuelle, aux termes de laquelle toutes les prestations de soins de longue durée sont indexées sur les prix.
3. Les données concernant la République tchèque prennent en compte les seules dépenses des caisses d'assurance maladie publiques, hors toute dépense d'allocation pour tierce personne.

Source : Calculs de l'OCDE réalisés sur la base du rapport de la Commission européenne (2009), *Vieillissement démographique,* Annexe statistique ; de OCDE (2006), « Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditure : What are the Main Drivers » ; et Duval et de la Maisonneuve (2009).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501707

Encadré 2.4. **Certains pays sont confrontés à des coûts plus immédiats liés à la dépendance**

Pour effectuer des comparaisons entre pays, on exprime généralement les projections de dépenses de prise en charge de la dépendance en part du PIB prévu. Il est également possible de faire des projections du taux de croissance des principales composantes des services de prise en charge par rapport à la croissance du PIB.

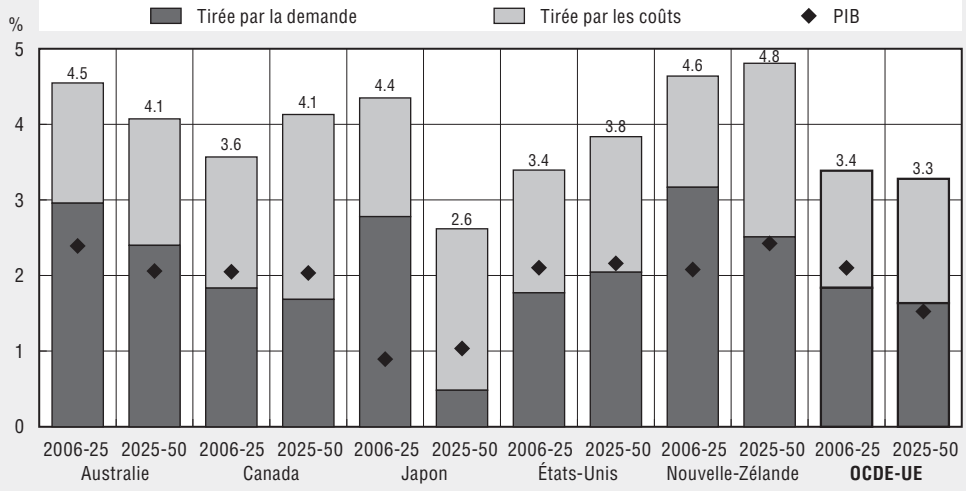
Comme le montre le graphique 2.9, alors que les dépenses publiques réelles de prise en charge devraient systématiquement augmenter plus rapidement que le PIB réel, cette hausse se produira probablement plus tôt dans certains pays que dans d'autres.

Par exemple, au Japon, les dépenses publiques réelles des soins de longue durée devraient progresser à raison de 4.4 % par an en moyenne au cours de la période 2006-25, contre 2.6 % par an en moyenne entre 2025 et 2050. En revanche, aux États-Unis, les dépenses de prise en charge devraient croître de 3.4 % par an en moyenne jusqu'en 2025, puis de 3.8 % par an entre 2025 et 2050 ; dans les pays de l'OCDE membres de l'Union européenne, la croissance des dépenses totales devrait rester relativement constante, s'établissant à presque 3.5 % par an, pendant toute la période sur laquelle porte la projection.

Globalement, la moitié au moins de la hausse des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance s'explique par l'augmentation attendue de la demande (du volume) de soins sous l'effet du vieillissement de la population. La seule exception concerne le Japon au cours de la période 2025-2050, durant laquelle la croissance des dépenses s'explique par une hausse attendue du coût des soins (liée, par exemple, à une augmentation des pressions salariales sous l'effet de la diminution de la main-d'œuvre).

Graphique 2.9. **Le taux de croissance annuel moyen des dépenses de prise en charge de la dépendance est nettement supérieur à la croissance réelle prévue du PIB**

Scénario de vieillissement pur



Source : Calculs de l'OCDE sur la base d'Éco-Santé OCDE 2010, du rapport de l'Union européenne sur le vieillissement (2009), de la *Base de données de l'OCDE sur la démographie et la population active*, 2010 et de Duval et de la Maisonneuve (2009).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932500871

Le vieillissement en bonne santé atténue en partie la hausse des dépenses de prise en charge de la dépendance

Le deuxième scénario, souvent dénommé « scénario de vieillissement en bonne santé », est une variante du premier. Il repose sur l'hypothèse selon laquelle l'allongement de l'espérance de vie ira de pair avec une apparition plus tardive de l'incapacité, la moitié des années d'espérance de vie gagnées étant considérées comme des années caractérisées par une moindre dépendance.

Selon ce scénario, les dépenses publiques totales de prise en charge de la dépendance pourraient diminuer d'environ 5 à 10 % d'ici 2050 par rapport au niveau auquel elles s'établissent dans le scénario de référence. L'évolution prévue de la taille et de la composition de la population est toujours au cœur des projections relatives à la dépendance (Wiener *et al.*, 2007). Il n'en reste pas moins que la demande – et par conséquent les dépenses – de prise en charge dépendent, *in fine*, de l'état de la population, en particulier de la population âgée, en termes de capacités fonctionnelles. La prévalence de la dépendance (de l'incapacité) par âge est donc utilisée comme variable indicatrice pour prévoir le nombre d'individus susceptibles d'avoir besoin de services de prise en charge. Les gains découlant du vieillissement en bonne santé proviennent en majeure partie du fait que le quatrième âge (population âgée de 80 ans et plus) est en meilleure santé et risque moins de ce fait d'avoir ce besoin (Lafortune *et al.*, 2007).

Les gains de productivité pourraient compenser l'augmentation du coût de la dépendance

Les troisième et quatrième scénarios examinent la sensibilité des dépenses publiques prévues de prise en charge de la dépendance à une évolution de la structure de coût de ces soins. La structure de coût dépend de divers facteurs, comme l'éventail des services proposés, l'intensité de la prise en charge, les conditions à remplir pour accéder aux services, le cadre dans lequel sont fournis les soins (en établissement ou à domicile) et la qualité des soins.

Dans le scénario de vieillissement pur comme dans celui de vieillissement en bonne santé, on suppose que la progression du coût de la fourniture de services de prise en charge est parallèle à celle des salaires dans les autres secteurs de l'économie (autrement dit, au PIB réel par travailleur). Le secteur de la dépendance affichant une forte intensité de main-d'œuvre, il semble s'agir là d'une hypothèse raisonnable, garantissant la capacité du secteur à fidéliser ses ressources humaines.

En revanche, dans le troisième scénario, le coût de la fourniture de services des soins de longue durée augmente plus lentement que le PIB réel par travailleur. Plus précisément, la croissance du coût réel de la fourniture de soins est supposée inférieure d'un point de pourcentage à celle du PIB réel par travailleur au cours des dix premières années sur lesquelles porte la projection[5]. Un tel changement pourrait se produire sous l'effet, par exemple, de la mise en œuvre d'une nouvelle réforme ou de l'introduction de nouvelles technologies permettant de fournir davantage de soins pour un coût identique. Il s'ensuivrait une diminution d'environ 10 % des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance prévues par rapport à leur niveau dans le scénario de vieillissement pur.

Mais l'augmentation de la demande de services de prise en charge et la diminution de l'offre de main-d'œuvre pourraient se traduire par des pressions sur les salaires dans le secteur de la dépendance

De son côté, le quatrième scénario examine ce qui se passerait si le coût de la fourniture de services de prise en charge de la dépendance augmentait plus vite que le salaire moyen en raison, par exemple, d'une revalorisation du niveau des salaires dans le secteur de la dépendance. La croissance du coût réel de la fourniture de soins est supposée supérieure d'un point de pourcentage à celle du PIB réel par travailleur au cours des dix premières années sur lesquelles porte la projection (voir note 5 à la fin du chapitre). Dans ce scénario, les dépenses publiques prévues pour prendre en charge la dépendance augmentent d'environ 10 % par rapport à leur niveau dans le scénario de référence.

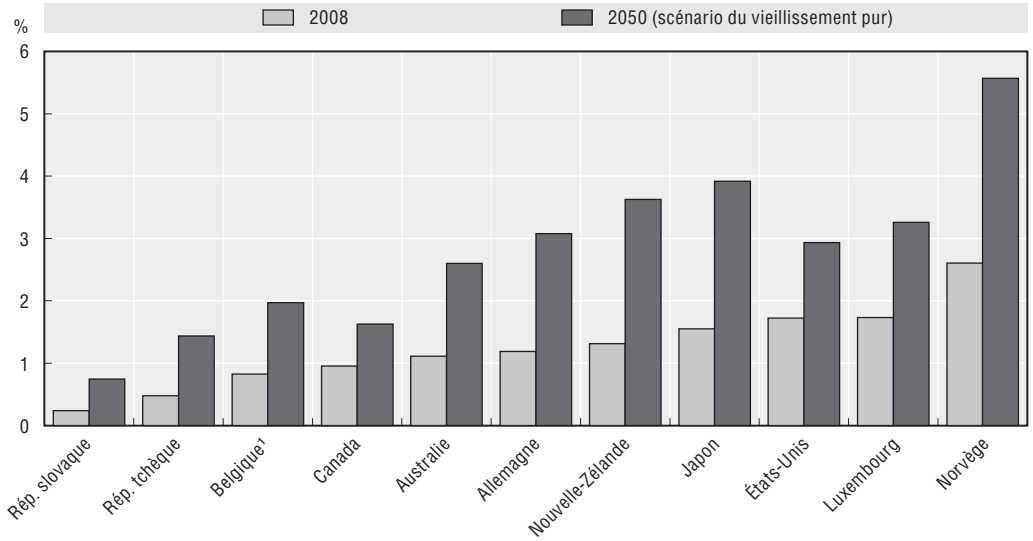
Ce quatrième scénario est très plausible si l'on tient compte du fait qu'il risque d'être difficile de répondre à la hausse de la demande de services liés à la dépendance en augmentant l'offre de travailleurs, dans la mesure où cette hausse va se produire dans un contexte de diminution de la main-d'œuvre. Comme souligné précédemment, même s'il est possible que certains pays continuent de voir la taille de leur population active augmenter dans les années à venir en *termes absolus*, les projections jusqu'en 2050 montrent que la population active va fortement diminuer dans la plupart des pays de l'OCDE en *part* de la population totale. Dans certains pays, cette diminution s'accompagne d'une réduction de la taille de la population en termes absolus. Il risque donc de devenir difficile de recruter et de fidéliser le personnel du secteur de la dépendance à l'avenir, ce qui pourrait accroître les pressions sur les salaires dans ce secteur, comme l'illustrent les données présentées ci-après.

Premièrement, la proportion de la main-d'œuvre employée dans le secteur de la dépendance est relativement faible et est appelée à connaître une forte augmentation. Dans les onze pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles, le nombre total, en équivalents plein temps, d'infirmiers et aidants employés dans le secteur de la dépendance représente actuellement, en moyenne, entre 1 et 2 % de la population active totale. Dans beaucoup de pays, cette proportion pourrait être multipliée par plus de deux d'ici à 2050, en supposant que le nombre d'employés dans le secteur de la dépendance par personne ayant besoin de soins reste constant par rapport à son niveau actuel (graphique 2.10). Ce résultat s'explique par la hausse attendue du nombre de personnes dépendantes ayant besoin de soins formels (demande de soins).

Deuxièmement, comme le montre le graphique 2.11, la croissance de la demande de personnel dans le secteur de la dépendance associée à la stagnation – voire la diminution – attendue de la population active totale va entraîner une nette progression de la part de la population active employée dans ce secteur. La demande de *main-d'œuvre dans le secteur de la dépendance* devrait augmenter à un rythme compris entre 2 et 3 % par an au cours de la période sur laquelle porte la projection – sauf au Japon, où cette demande devrait alentir entre 2025 et 2050. En termes absolus, à l'horizon 2050, elle devrait (en équivalents plein temps) approximativement doubler au Japon, aux États-Unis et au Canada, et tripler en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Luxembourg et en République slovaque. Quant à la *population active totale*, elle devrait augmenter à un rythme inférieur à 1 % par an dans ces pays au cours de la période sur laquelle porte la projection. Elle devrait stagner en Finlande et diminuer en Allemagne, en République tchèque, au Japon et en République slovaque (au-delà de 2025).

Graphique 2.10. **La demande de main-d'œuvre dans le secteur de la dépendance devrait au moins doubler à l'horizon 2050**

Pourcentage d'infirmiers, aides-soignants et auxiliaires de vie, en équivalent plein-temps, par rapport à la population active totale prévue



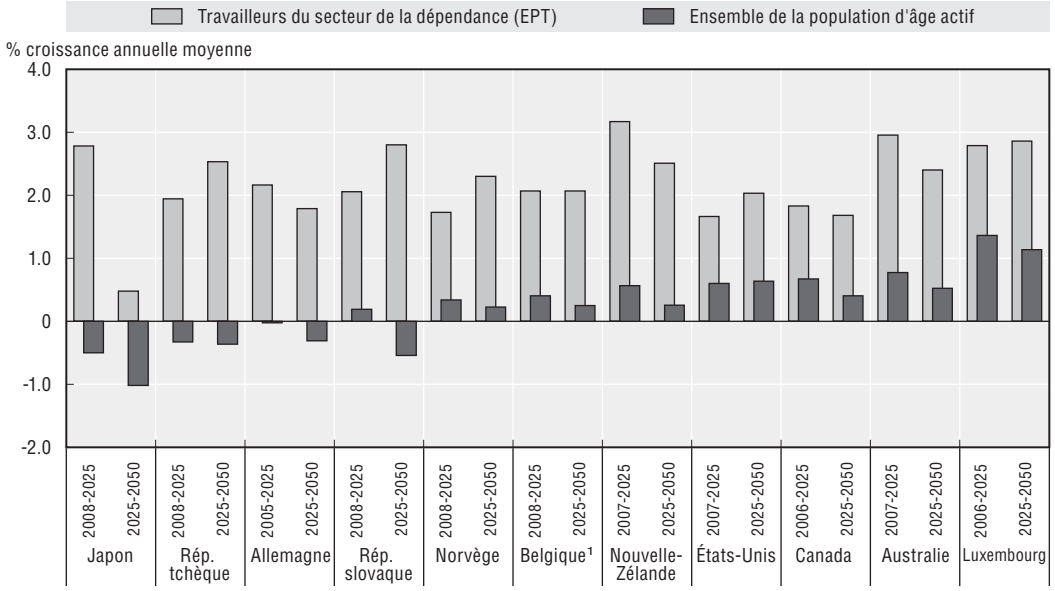
Note : Pour les besoins de l'analyse, le nombre de travailleurs du secteur de la dépendance est le nombre, en EPT, d'infirmiers, aides-soignants et auxiliaires de vie dispensant des soins en établissement ou à domicile. L'analyse est limitée aux travailleurs salariés et ne tient en général pas compte du personnel qui travaille selon d'autres modalités, par exemple en qualité de travailleur non salarié. Les professions entrant dans la catégorie des infirmiers, aides-soignants et auxiliaires de vie, ainsi que la définition d'équivalents plein temps, peuvent varier selon les pays. Les données relatives à l'Australie, à la Nouvelle-Zélande et aux États-Unis se rapportent à 2007; celles relatives au Canada et au Luxembourg se rapportent à 2006.

1. Les données ne tiennent compte que des personnels travaillant en établissement.

Source : Calculs de l'OCDE sur la base d'Éco-Santé OCDE 2010, du rapport de l'Union européenne sur le vieillissement (2009), de la *Base de données de l'OCDE sur la démographie et la population active*, 2010, et de Duval et de la Maisonneuve (2009).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932500890

Graphique 2.11. **Évolution de la demande de main-d'œuvre dans le secteur de la dépendance et de la population d'âge actif à l'horizon 2050**



EPT = équivalent plein temps.

1. Les données (en EPT) ne tiennent compte que des personnels travaillant en établissement.

Source : Calculs de l'OCDE sur la base d'Éco-Santé OCDE 2010, du rapport de l'Union européenne sur le vieillissement (2009), de la *Base de données de l'OCDE sur la démographie et la population active*, 2010, et de Duval et de la Maisonneuve (2009).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932500909

La diminution de l'offre de soins familiaux risque d'accroître la hausse des dépenses de prise en charge

Tous les scénarios examinés ci-dessus reposent sur une hypothèse de stabilité dans le temps de l'offre de soins informels. Or, comme expliqué dans la section 2.2, il existe une forte incertitude au sujet de l'évolution de l'offre de soins familiaux à l'avenir et de l'incidence de cette évolution sur l'augmentation de la demande de soins formels.

Les cinquième et sixième scénarios présentés dans le tableau 2.1 évaluent l'incidence d'un recul des soins familiaux au profit des soins formels dû, par exemple, à une diminution de l'offre de soins informels ou à une réforme des politiques. Ces scénarios reposent sur l'hypothèse que le nombre de personnes dépendantes recourant aux soins familiaux ou ne recourant pas aux soins va diminuer à raison de 1 % par an au cours des dix premières années de la période sur laquelle porte la projection (voir note 5 à la fin du chapitre). Dans le cinquième scénario, tous les « nouveaux » bénéficiaires reçoivent les soins à leur domicile tandis que dans le sixième scénario, ils reçoivent les soins en établissement.

Comparativement aux résultats obtenus dans le scénario de vieillissement en bonne santé et dans celui dans lequel le coût de la fourniture des soins augmente moins vite que le PIB par travailleur, l'incidence d'un recul des soins familiaux au profit des soins formels sur l'évolution des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance est beaucoup plus variable d'un pays de l'OCDE à l'autre. Ces disparités s'expliquent principalement par des différences entre pays au niveau de la proportion de la population dépendante recourant aux soins familiaux ou ne recourant pas aux soins et au niveau du coût moyen de la fourniture de soins à domicile ou en établissement.

En moyenne, dans les pays de l'OCDE appartenant également à l'Union européenne, la diminution attendue de la population recourant aux soins familiaux ou ne recourant pas aux soins devrait induire une hausse des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance comprise entre 5 et 20 %, contre une hausse de 10 à 35 % dans les cinq pays de l'OCDE non membres de l'Union européenne.

La modification de l'équilibre entre financement public et financement privé des services de prise en charge a d'importantes conséquences financières pour les usagers

Bien que la plupart des études internationales ne portent que sur la composante publique des dépenses de prise en charge de la dépendance du fait des limites des données et des inquiétudes relatives à la viabilité des finances publiques dans un contexte de vieillissement démographique, c'est l'équilibre entre financement public et financement privé qui détermine le coût de la prise en charge pour les individus (Kaye *et al.*, 2010). Cet équilibre a des conséquences majeures sur la capacité des individus à assumer le paiement de ces services.

Ces dernières années, beaucoup de pays de l'OCDE ont introduit des réformes de nature à modifier l'équilibre entre couverture publique et couverture privée des dépenses de soins de longue durée. La couverture publique fait assumer le risque de dépendance par une grande partie de la population d'un pays, réduisant ainsi considérablement le coût supporté par les usagers de services de prise en charge. Toutefois, les programmes publics universels réduisent inévitablement le coût à la charge de certains usagers qui

auraient les moyens de financer eux-mêmes tout ou partie des soins. Au fil du temps, certains pays (comme la France, le Japon, l'Espagne et la Corée) ont développé la couverture publique, tandis que d'autres (comme l'Allemagne, la Suède et les Pays-Bas) ont diminué ou davantage ciblé la part des dépenses de prise en charge financée par des fonds publics.

Les projections présentées ci-dessus ont été réalisées en supposant que la part du financement public resterait constante tout au long de la période considérée. On peut donc en déduire que la composante privée des dépenses de prise en charge en part du PIB va augmenter parallèlement à la composante publique, c'est-à-dire au minimum doubler, voire tripler, à l'horizon 2050. Dans les pays qui communiquent des données sur les dépenses privées dans *Éco-Santé OCDE*, la part privée des dépenses de prise en charge était généralement comprise entre 0.1 et 0.4 % du PIB en 2006 (sauf en Suisse, où elle était supérieure à 1 % du PIB).

Toutefois, certaines mesures pourraient aussi modifier l'équilibre entre financement privé et financement public (par exemple une augmentation ou une diminution de la part laissée à la charge des patients) et avoir d'importantes répercussions sur la part totale des coûts supportés par l'usager. La proportion des dépenses financées par des fonds privés étant relativement faible, cette part est relativement plus sensible à une hausse ou à une baisse des dépenses publiques de prise en charge des soins de longue durée (encadré 2.5). Il importe d'examiner de près l'impact redistributif de telles mesures pour en atténuer des effets indésirables tels que le risque de montants de dépense catastrophiques.

2.4. Conclusion : quelles politiques face aux défis qui attendent les systèmes de prise en charge de la dépendance ?

Dans les pays de l'OCDE, les besoins de services de prise en charge de la dépendance vont être élevés du fait de l'augmentation de la proportion de personnes de plus de 80 ans dans la population totale. La transition démographique aura vraisemblablement des conséquences différentes selon les pays, mais l'augmentation de la proportion d'individus ayant besoin d'aide va probablement accroître les pressions qui s'exercent dans la sphère familiale pour que certains de ses membres deviennent aidants familiaux, d'autant plus que la réserve de personnes potentiellement en mesure de fournir des soins devrait se contracter et vieillir.

Les projections relatives aux soins familiaux montrent que compte tenu du nombre actuel d'aidants et du vieillissement de la population, le nombre d'individus en mesure de fournir des soins dans ce cadre va probablement diminuer, même si l'on tient compte de l'allongement de la durée de vie des hommes. Face à cette situation : i) une proportion de plus en plus forte de la population devra fournir des soins non rémunérés ; ou ii) ceux qui fournissent déjà des soins sans rétribution vont être contraints d'en fournir davantage ; ou iii) la nécessité se fera davantage sentir de remplacer une partie des soins familiaux par des soins formels. L'augmentation de la proportion de la population impliquée dans la fourniture de soins, en particulier le fait que des conjoints de plus en plus âgés et fragiles deviendront plus souvent la première source d'aide familiale, pourrait avoir des conséquences supplémentaires sur la santé de cette population (voir chapitre 3). Le chapitre 4 évalue le soutien que des mesures comme l'accompagnement psychologique et les soins-relais apporte aux aidants. Ces mesures peuvent aider les conjoints âgés à rester le plus longtemps possible à domicile, ainsi qu'améliorer la reconnaissance des aidants familiaux et accroître le nombre d'individus prêts à jouer ce rôle.

Encadré 2.5. **Modifications potentielles de l'équilibre entre financement privé et financement public des dépenses liées à la dépendance**

Le tableau ci-après présente l'incidence que pourrait avoir une modification de l'équilibre entre composante publique et composante privée des dépenses de prise en charge de la dépendance due à l'introduction d'une mesure modifiant le niveau de la couverture publique. Deux scénarios sont examinés. Dans le premier, la part des dépenses publiques augmente de 5 points de pourcentage, tandis que dans le second, elle diminue de 5 points de pourcentage. Les deux scénarios reposent sur l'hypothèse que les dépenses totales (publiques et privées) ne changent pas.

Tableau 2.2. **Incidence potentielle d'une modification de l'équilibre entre financement public et financement privé des services de prise en charge de la dépendance**

% du PIB, en prix de 2006

Étude de cas	Année de référence	2005		
		Scénarion de référence	Modification de l'équilibre financement public/financement privé	
	2006	Vieillissement pur	Diminution de la couverture publique (– 5 p.p.)	Augmentation de la coucerture publique (+ 5 p.p.)
Australie	Part publique : 78 %			
Public	0.8	1.8	1.7	1.95
Privé	0.2	0.6	0.7	0.45
Canada	Part publique : 83 %			
Public	1.2	2.7	2.55	2.85
Privé	0.2	0.55	0.7	0.4
États-Unis	Part publique : 69 %			
Public	1	1.9	1.8	2.1
Privé	0.4	0.9	1	0.7
Japon	Part publique : 89 %			
Public	1.4	4	3.8	4.2
Privé	0.2	0.5	0.7	0.3
Nouvelle-Zélande	Part publique : 92 %			
Public	1.4	3.9	3.7	4.1
Privé	0.1	0.3	0.5	0.1

Source : Calculs effectués par l'OCDE sur la base d'*Éco-Santé OCDE 2010*, de la *Base de données de l'OCDE sur la démographie et la population active*, 2010, et de Duval et de la Maisonneuve (2009). Les chiffres ayant été arrondis, les totaux ne correspondent pas nécessairement à la somme des termes.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932501726*

Comme le montre le tableau, dans les cinq pays de l'OCDE sélectionnés, le poids relatif des dépenses publiques dans les dépenses totales de prise en charge de la dépendance varie d'environ 70 % aux États-Unis à approximativement 90 % au Japon et en Nouvelle-Zélande.

Une hausse/baisse de 5 points de pourcentage de la part publique entraîne une hausse/baisse de 5 points de pourcentage environ du montant des dépenses publiques de prise en charge. Toutefois, la part des dépenses privées étant plus faible, le montant des dépenses privées est plus sensible à une telle variation. Par exemple, une hausse/baisse de 5 points de la part publique entraînerait une baisse/hausse des dépenses privées allant de plus de 15 % aux États-Unis à quelque 65 % en Nouvelle-Zélande.

Encadré 2.5. **Modifications potentielles de l'équilibre entre financement privé et financement public des dépenses liées à la dépendance** *(suite)*

Cette analyse est une simplification de la réalité, dans la mesure où l'élasticité des dépenses publiques et privées pourrait ne pas être identique, si bien que les dépenses totales de prise en charge de la dépendance pourraient varier selon qu'une mesure entraîne une hausse des dépenses publiques ou des dépenses privées. Elle indique néanmoins qu'une modification de l'équilibre entre financement public et financement privé pourrait être lourde de conséquences sur le montant des dépenses privées assumées par les usagers de services de prise en charge et leur famille, et aurait ainsi une incidence disproportionnée sur les ménages à revenu faible ou moyen ou sur ceux qui ont un besoin de soins relativement fort.

L'analyse souligne également que l'utilisation de services formels dispensant les soins de longue durée et les dépenses afférentes vont fortement augmenter à l'horizon 2050. Toutes choses égales par ailleurs, cette hausse devrait entraîner une augmentation de la demande de main-d'œuvre dans le secteur de la dépendance, ce qui conduit à s'interroger sur le nombre de personnes y travaillant dans les pays de l'OCDE et sur leurs conditions de travail (chapitre 6). Il sera nécessaire d'adopter des mesures en faveur de la main-d'œuvre formelle de ce secteur, afin d'améliorer le recrutement, de fidéliser les ressources humaines et d'améliorer leur productivité. Cette situation pose aussi la question du partage des coûts au sein d'une même génération et entre les générations, ainsi qu'entre les secteurs public et privé (chapitres 7, 8 et 9).

Compte tenu de l'augmentation attendue des besoins de soins et de la diminution prévue de la population active et du nombre d'aidants, la recherche de solutions aux difficultés qui vont se poser dans le secteur de la dépendance suppose l'adoption d'une approche plurielle, axée à la fois sur des formes d'aide formelles et familiales, ainsi que sur la coordination de ces formes d'aide. Par exemple, il pourrait s'avérer difficile d'accroître l'offre de main-d'œuvre dans le secteur de la dépendance dans un contexte de diminution de la population active. Il deviendra plus ardu de recruter et de fidéliser du personnel dans ce secteur à l'avenir, ce qui devrait accentuer les pressions sur les salaires. Or la réalisation de gains de productivité pourrait augmenter l'offre de soins à un coût donné ; il s'agit là d'un axe d'action prometteur pour les pouvoirs publics. De même, les politiques destinées à promouvoir le vieillissement en bonne santé pourraient atténuer l'augmentation des dépenses de santé ou de prise en charge de la dépendance, mais aussi augmenter la taille potentielle de la population active et l'offre familiale. Les bénéficiaires de soins pourraient en outre se prendre davantage en charge grâce à une meilleure prévention et aux nouvelles technologies (chapitre 10). Les politiques examinées dans les chapitres suivants du présent rapport donnent le menu des interventions envisageables.

Notes

1. Les projections pour le Royaume-Uni reposent sur la probabilité de fournir des soins informels par sexe, âge et situation matrimoniale en 2003, et sur des projections de l'évolution de la situation matrimoniale et du nombre d'individus par âge et par sexe.
2. L'évolution de la mortalité constitue un meilleur facteur explicatif de la probabilité de vivre avec un conjoint que la formation ou la séparation de couples, et indique que le nombre de personnes âgées vivant en couple augmentera plus rapidement que le nombre total de personnes âgées (Keilman et Christiansen, 2010).

3. Les chercheurs étudient l'incidence d'une diminution de 20 % du nombre de femmes devenant aidantes entre 1998 et 2013 en utilisant des données sur le taux d'activité à plein temps et à temps partiel et sur le nombre d'heures travaillées par les femmes après et avant le changement. Comparativement au scénario de référence, la diminution du nombre de femmes aidantes risque d'entraîner une diminution de 1 % du nombre d'aidants de 25 à 59 ans.
4. Cette partie se rapporte aux dépenses de services *formels* de prise en charge des soins de longue durée.
5. Conformément à la méthodologie utilisée dans le Rapport 2009 sur le vieillissement démographique de la Commission européenne. Il s'agit là d'une hypothèse raisonnable étant donné qu'une telle modification de la structure de coût de la prise en charge de la dépendance ne s'appliquerait pas à toute la période sur laquelle porte la projection.

Bibliographie

ABS – Australian Bureau of Statistics (2003), « Disability, Ageing and Carers, Australia: Summary of Findings, 2003 », Canberra.

AIHW – Australian Institute of Health and Welfare (2008), « Health Expenditure Australia 2006-07 », Health and Welfare Expenditure Series, n° 35, Canberra.

AOK (2009), *Trendbericht Pflege II*.

Bernd, B., Y. Doyle, E. Grundy et M. Mc Kee (2009), « How Can Health Systems Respond to Population Ageing? », *Policy Brief,* n° 10, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, Copenhague.

Brault, M. W. (2008), « Americans with Disabilities: 2005 », Household Economic Studies, U.S. Census Bureau, Washington, DC, décembre.

Carrière, Y., Keefe, J., Légaré, J., Lin, X., Rowe, G., Martel, L. et S. Rajbhandary (2008), *Projecting the Future Availability of the Informal Support Network of the Elderly Population and Assessing its Impact on Home Care Services*, Statistique Canada, Ministère de l'Industrie.

Chung, R.Y. *et al.* (2009), « Long-term Care Cost Drivers and Expenditure Projection to 2036 in Hong Kong », BioMed Central Health Services Ltd.

Comas-Herrera, A. *et al.* (2003), « European study of Long-term Care Expenditure: Investigating the Sensitivity of Projections of Future Long-term Care Expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to Changes in Assumptions About Demography, Dependency, Informal Care, Formal Care and Unit Costs », PSSRU, LSE Health and Social Care, London School of Economics, Londres.

Commission européenne et Comité de politique économique de l'OCDE (2009) (version provisoire), « Rapport 2009 sur le vieillissement démographique : projections économiques et budgétaires pour les États membres de l'UE-27 (2008-2060) », *Économie européenne*, n° 2/2009.

Commonwealth d'Australie (2007), « Intergenerational Report 2007 », Ministère de la Justice de l'Australie, Canberra.

Commonwealth d'Australie (2010), « Intergenerational Report 2010 », Ministère de la Justice de l'Australie, Canberra.

Department of Health and Human Services' Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation *et al.* (2003), « The Future Supply of Long-term Care Workers in Relation to the Aging Baby Boom Generation », Rapport pour le Congrès, 14 mai.

Duval, R. et C. de la Maisonneuve (2009), « Long-Run GDP Growth Scenarios for the World Economy », Documents de travail du Département des affaires économiques de l'OCDE, n° 663, Éditions de l'OCDE, Paris.

EASPD (2006), « The Graz Declaration on Disability and Ageing », *www.dielebenshilfe.at/fileadmin/inhalte/pdfs/GRAZDECLARATION_final.pdf*.

FMI (2007), « Manual on Fiscal Transparency », FMI, Washington, DC, Glossaire.

Gaymu, J., P. Ekamper et G. Beets (2008), « Future Trends in Health and Marital Status : Effects on the Structure of Living Arrangements of Older Europeans in 2030 », *European Journal of Ageing,* vol. 5, n° 1, pp. 5-17.

Gouvernement australien (2008), « Report on the Operation of the Age Care Act 1997, 1 July 2007 – 30 June 2008 », Ministère de la Santé et du Vieillissement, Commonwealth d'Australie 2009.

Häkkinen, U. *et al.* (2007), « Aging, Health Expenditure, Proximity of Death and Income in Finland », Documents de réflexion, STAKES, Helsinki.

Hancock, R., A. Comas-Herrera, R. Wittenberg et L. Pickard (2003), « Who Will Pay for Long-term Care in the UK ? Projections Linking Macro- and Micro-Simulation Models », *Fiscal Studies*, vol. 24, pp. 387-426.

Institut canadien d'information sur la santé (2007), « Dépenses du secteur public et utilisation des services à domicile au Canada : Examen des données », Ottawa.

Jagger, C., C. Gillies, E. Cambois, H. van Oyen et W. Nusselder (2009), « Trends in Disability-free Life Expectancy at Age 65 in the European Union, 1995-2001: A Comparison of 13 EU Countries », EHEMU Technical Report n° 2009-5/1, European Health Expectancy Monitoring Unit, *www.ehemu.eu/pdf/Reports_2009/2009TR5_1_Trends_13EUMS.pdf*.

Jenkins, A., F. Rowland, P. Angus et C. Hales (2003), « The Future Supply of Informal Care 2003 to 2013: Alternative Scenarios », AIHW Cat n° AGE 32, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra, octobre.

Jones, A.L., L.L. Dwyer, A.R. Bercovitz et G.W. Strahan (2009), « The National Nursing Home Survey: 2004 Overview », U.S. Department of Health and Human Resources, Vital and Health Statistics, vol. 13, n° 167.

Kaye, S., C. Harrington et M.P. LaPlante (2010), « Long-term Care: Who Gets It, Who provides It, Who Pays and How Much », *Health Affairs*, vol. 29, n° 1, janvier.

Keefe, J., J. Légaré et Y. Carrière (2007), « Developing New Strategies to Support Future Caregivers of the Aged in Canada: Projections of Need and their Policy Implications », *Analyse de politiques,* vol. 33, pp. S65-S80.

Keilman, N. et S. Christiansen (2009), « Norwegian Elderly Less Likely to Live Alone in the Future », *Revue européenne de démographie*.

Lafortune, G. et G. Balestat (2007), « Trends in Severe Disability among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications », Documents de travail de l'OCDE sur la santé n° 26, Éditions de l'OCDE, Paris.

Martin, B. et D. King (2008), « Who Cares for Older Australians ? A Picture of the Residential and Community Based Aged Care Workforce, 2007 », Commonwealth d'Australie.

Mercer Ltd. (2002), « Study to Examine the Future Financing of Long-term Care in Ireland », pour le Ministère des Affaires sociales et familiales, Gouvernement irlandais.

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande (2006), « Older People's Health Chart Book 2006 », Ministère de la Santé, Wellington.

Ministère de la Santé et des Affaires sociales de la Suède (2010), « The Future Need for Care. Results from the LEV Project », Bureaux du gouvernement suédois, septembre.

Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Japon (2006), « Projection of Benefits and Costs of Social Security », *www.mhlw.go.jp/houdou/2006/05/h0526-3.html*.

Ministère de la Statistique et de l'Information du Japon (2004), « Comprehensive Survey of Living Conditions of the People on Health and Welfare 2004 ».

Ministère des Services de santé et de soins de la Norvège (2007), « Long-term Care – Future Challenges. Care Plan 2015 », Rapport au Parlement n° 25, chapitres 1, 2 et 3, Oslo.

Mühlberger, U. *et al.* (2008), « Medium- and Long-term Financing of Long-term Care Provision », WIFO, Vienne.

NDA/NCAOP – National Disability Authority/National Council on Ageing and Older People (2006), *Ageing & Disability: A Discussion Paper*, Dublin, février.

OCDE (2006), « Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What are the Main Drivers? », Documents de travail du département des affaires économiques, n° 477, Éditions de l'OCDE, Paris.

Office for Disability Issues and Statistics New Zealand (2009), « Disability and Informal Care in Zealand in 2006: results from new Zealand Disability Survey », Statistics New Zealand, Wellington.

Official Statistics of Finland (2007), « Care and Services for Older People 2005 », Social Protection, Helsinki.

Oliveira Martins, J. et C. de la Maisonneuve (2006), « Les déterminants des dépenses publiques de santé et de soins de longue durée : une métode de projection intégrée », *Revue économique de l'OCDE*, vol. 2006/2, n° 43, Éditions de l'OCDE, Paris.

Oxley, H. (2009), « Policies for Healthy Ageing: An Overview », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 42, Éditions de l'OCDE, Paris.

Pickard, L. (2008), « Informal Care for Older People Provided by Their Adult Children: Projections of Supply and Demand to 2041 in England », Documents de réflexion du GRRSU, n° 2515, mars.

Ruggeri, J. (2006), « Fiscal Sustainability, and Public Investment », Public Policy Paper n° 42, Saskatchewan Institute of Public Policy.

Scholz, R. et A. Schulz (2010), « Assessing Old-age Long-term Care Using the Concepts of Healthy Life Expectancy and Care Duration: The New Parameter Long-term Care-free Life Expectancy (LTCF) », Document de travail du MPIDR n° WP 2010-001, Max Planck-Institut für demografische Forschung, Rostock, janvier.

Simizutani, S. et N. Inakura (2007), « Japan's Public Long-term Care Insurance and the Financial Condition of Insurers: Evidence from Municipality-Level Data », *Government Auditing Review*, vol. 14, mars 2007.

Statistics and Information Department (2004), « Comprehensive Survey of Living Conditions of the People on Health and Welfare 2004 », Japon.

Statistique Canada (2008), « Établissements de soins pour bénéficiaires internes – 2006/2007 », Division de la statistique de la santé, n° 83-237-X, Ottawa.

Statistique Canada (2009), « L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006 : l'incapacité au Canada », Division de la statistique de la santé, n° 89-628-XWE, Ottawa.

Sturm, R., J. Ringel and T. Andryeva (2004), « Increasing Obesity Rates and Disability Trends », *Health Affairs*, vol. 23, n° 2, pp. 199-205.

Weaver, F. *et al.* (2008), « Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse », Document de travail n° 34, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.

Wiener, J.M. *et al.* (2007), « The NIC Compendium Project : A Guide to Long-term Care Projections and Simulation Models, décembre 2007 », préparé pour le National Investment Center for the Seniors Housing and Care Industry, Annapolis.

Wittenberg, R. *et al.* (2008), « Future Demand for Social Care, 2005 to 2041 : Projections of Demand for Social Care for Older People in England », Document de réflexion n° 2514, Rapport au Strategy Unit (Cabinet Office) et au Personal Social Services Research Unit du ministère de la Santé, Londres.

Chapitre 3

Impact de la prise en charge de personnes dépendantes sur les aidants familiaux

Il est important de promouvoir le rôle des aidants informels (cercle familial et amical fournissant aux personnes âgées fragilisées une assistance essentiellement non rémunérée) pour instaurer un bon continuum de soins entre la sphère informelle et la sphère formelle. Cette prise en charge de personnes dépendantes peut renforcer l'estime qu'ont d'eux-mêmes ceux qui s'y consacrent, mais les aidants d'âge actif peuvent rencontrer des difficultés pour concilier travail rémunéré et soins informels, et être amenés à cesser d'exercer leur activité rémunérée ou à réduire les horaires de cette dernière. De tels choix peuvent avoir une incidence négative sur leur future aptitude à l'emploi et conduire à leur exclusion définitive du marché du travail. En outre, la prise en charge de personnes dépendantes peut être source de surmenage et d'anxiété pour les aidants et se traduire par une dégradation de leur santé physique ou mentale. Le présent chapitre décrit les caractéristiques des aidants familiaux et l'incidence de l'assistance qu'ils apportent à une ou des personnes âgées sur leur situation au regard de l'emploi et sur leur état de santé. Il fournit ainsi un éclairage sur la manière d'élaborer au profit des aidants des réformes destinées : 1) à les aider à concilier la prise en charge d'une personne dépendante et une activité professionnelle rémunérée ; et 2) à renforcer leur bien-être physique et mental en amoindrissant leurs problèmes de santé mentale. Les pays qui souhaitent préserver ou accroître le rôle de l'aide familiale doivent aussi se préoccuper d'alléger la charge qui pèse sur les aidants familiaux et de réduire le coût économique de cette forme d'aide.

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

3.1. Prendre en charge des personnes dépendantes : impact sur les aidants informels

Ce chapitre brosse un portrait des aidants et analyse l'impact de la prise en charge de la dépendance sur les dispensateurs de soins à la personne au sein ou à l'extérieur de leur foyer en s'appuyant sur des enquêtes réalisées auprès des ménages en Australie et au Royaume-Uni, sur une enquête auprès des ménages portant sur les individus de plus de 45 ans en Corée du Sud (KLoSA) et sur deux enquêtes portant sur les individus de plus de 50 ans, à savoir l'enquête SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe, et l'enquête américaine HRS sur la santé et la retraite.

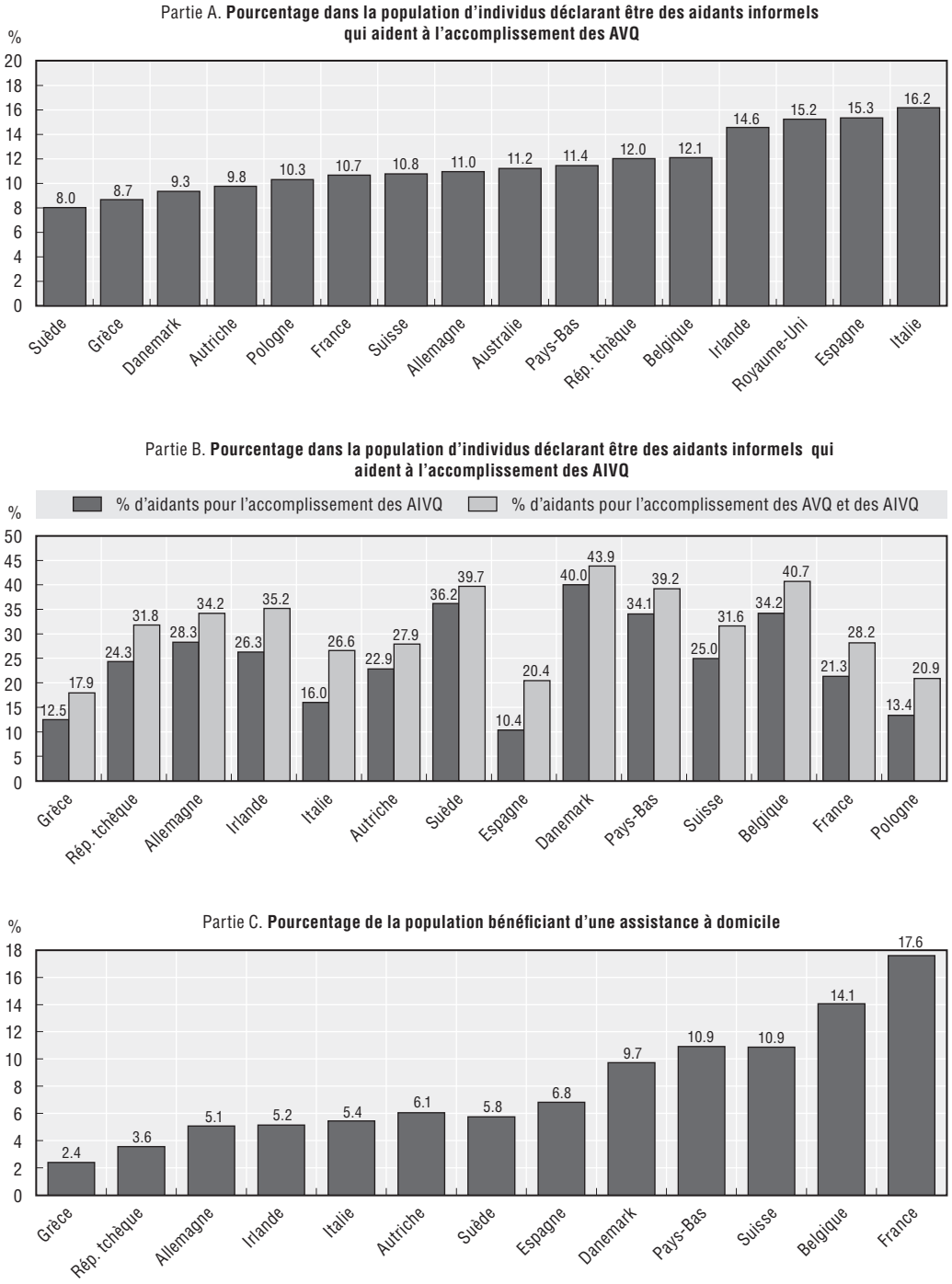
L'analyse montre que la prise en charge d'une personne dépendante va de pair avec une diminution sensible du taux d'emploi et du temps de travail. Toutefois, une fois pris en compte les effets d'autres caractéristiques, les aidants ne semblent pas percevoir des salaires inférieurs à ceux du reste de la population. Ils sont en revanche davantage exposés au risque de pauvreté. Enfin, la prise en charge d'une personne dépendante conduit à une détérioration de la santé mentale même lorsque l'on tient compte d'éventuels problèmes préexistants en la matière.

3.2. La plupart des aidants sont des femmes, s'occupent de proches et assurent un horaire de soins restreint

Dans les pays de l'OCDE, plus d'un adulte sur dix (dans le cercle familial et amical) apporte une assistance informelle[1], le plus souvent non rémunérée, à des personnes dont les capacités fonctionnelles sont limitées, c'est-à-dire leur dispense des soins à la personne ou les aide à l'accomplissement des activités élémentaires de la vie quotidienne (AVQ). La part de la population qui dispense ce type d'assistance est très variable d'un pays de l'OCDE à l'autre. Comme le montre la partie A du graphique 3.1, dans les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données, ce pourcentage d'aidants informels (autodéclarés), oscille entre 8 % et un peu plus de 16 %. Il n'existe pas de répartition géographique claire du pourcentage d'aidants informels : certains pays d'Europe du Sud (Italie, Espagne) se classent parmi les pays affichant les pourcentages les plus élevés, mais la Grèce fait partie, avec le Danemark et la Suède, de ceux où les pourcentages sont les plus faibles. Ces écarts entre pays s'expliquent en partie par de légères différences de définition et d'interprétation de la notion de prise en charge de personnes dépendantes (encadré 3.1).

Ceux qui aident à l'accomplissement des AIVQ (c'est-à-dire par exemple à faire les courses ou à effectuer des démarches administratives) sont plus nombreux, même dans les pays dotés d'une couverture publique complète de la dépendance. Lorsque l'on retient cette définition plus large de l'assistance informelle, près d'un adulte de plus de 50 ans sur trois fournit son aide sans rémunération (graphique 3.1, partie B). La proportion d'adultes aidant à l'accomplissement des AIVQ est supérieure à la proportion d'adultes qui aident

Graphique 3.1. **La prise en charge de personnes dépendantes varie selon le pays et le type d'assistance**



Note : Les échantillons incluent les personnes de 50 ans et plus. Les données relatives aux États-Unis n'incluent que les soins prodigués aux parents. Les années examinées pour les différents pays sont les suivantes : 2005-07 pour l'Australie ; 1991-2007 pour le Royaume-Uni ; 2004-06 pour les autres pays européens ; 1996-2006 pour les États-Unis.

Source : Estimations réalisées par l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA pour l'Australie, BHPS pour le Royaume-Uni, SHARE pour les autres pays européens, et HRS pour les États-Unis.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932500928*

Encadré 3.1. **Définir les aidants : complexité de la tâche et choix effectués pour la présente étude**

On manque de données internationales exhaustives ou comparables sur les aidants. Il est difficile de définir et d'évaluer l'activité d'aidant non rémunéré, en particulier dans une étude qui vise à effectuer des comparaisons internationales. Nombreux sont les aidants qui ne se voient pas comme tels et qui, même si on les interrogeait à ce sujet, ne se déclareraient pas aidant. Les attitudes de la société vis-à-vis des obligations familiales et l'offre de services destinés à soutenir les aidants et les personnes dépendantes varient considérablement d'un pays à l'autre et influent sur les caractéristiques des soins informels et sur leur déclaration. Les études n'utilisent pas toutes la même définition de la notion d'aidant ; cette définition diffère au niveau des services inclus et des caractéristiques des personnes prises en charge, incluant ou excluant les activités dites instrumentales de la vie quotidienne et incluant ou excluant les personnes dépendantes jeunes et les individus souffrant de problèmes de santé. Glendinning *et al.* (2009) montrent qu'il est difficile, en raison de différences de définition et de liens de causalité complexes, de tirer des conclusions générales sur l'expérience internationale.

Nous exploitons dans ce chapitre plusieurs études nationales et transnationales afin de cerner les caractéristiques des aidants et d'évaluer l'impact des soins informels. Aucun seuil n'est utilisé dans la définition générale des aidants et tous les individus qui assurent une prise en charge à raison d'au moins une heure par semaine sont inclus. Toutes les définitions sont centrées sur les soins à la personne apportés au sein ou à l'extérieur du foyer (AVQ), mais la portée de la définition est variable. En Australie en particulier, la question posée précise la nature des interventions qui font partie des soins et indique que les soins doivent être dispensés en faveur d'une personne atteinte d'une affection de longue durée, d'une personne âgée ou d'un individu handicapé. Au contraire, au Royaume-Uni, la définition est plus large, la fourniture de soins consistant à s'occuper d'une personne malade, âgée ou handicapée, ou à lui apporter une aide particulière. Il est possible que les résultats soient sensibles aux variations de définition et aux erreurs de mesure.

L'analyse descriptive des caractéristiques des aidants est limitée à un échantillon d'individus de 50 ans et plus. Ce choix se justifie d'un côté par les limites des données et de l'autre par le fait que ce groupe est davantage susceptible de dispenser des soins et plus exposé à un risque de sortie du marché du travail. Les données recueillies en Australie et au Royaume-Uni montrent que 75 à 80 % des individus qui prennent en charge une personne dépendante sont âgés de 45 ans ou plus. En outre, les travailleurs plus âgés (50 à 64 ans) sont plus susceptibles de prendre une retraite anticipée, en particulier lorsqu'ils ont à assumer des obligations familiales.

à l'accomplissement des AVQ, sauf dans les pays d'Europe du Sud. Malgré l'exhaustivité de leur couverture publique de la dépendance, les pays d'Europe du Nord sont ceux où la proportion d'individus apportant une aide informelle à l'accomplissement des AIVQ est la plus élevée.

Les aidants sont le plus souvent des femmes, mais les hommes sont plus nombreux à devenir aidant à un âge plus avancé (graphique 3.2). Dans les 16 pays de l'OCDE étudiés, près des deux tiers des aidants informels de plus de 50 ans sont des femmes. La prise en charge d'une personne dépendante tend à devenir moins fréquente à un âge plus

avancé, le pourcentage d'aidants parmi les personnes de 75 ans et plus étant plus faible, probablement en raison de contraintes de santé. Parallèlement, la répartition des aidants par sexe change avec l'âge. Il y a relativement plus d'aidants parmi les hommes de 75 ans et plus : dans les deux tiers des pays, au sein de cette classe d'âge, le pourcentage d'hommes assumant une fonction d'aidant est similaire, voire supérieur, au pourcentage de femmes remplissant cette fonction.

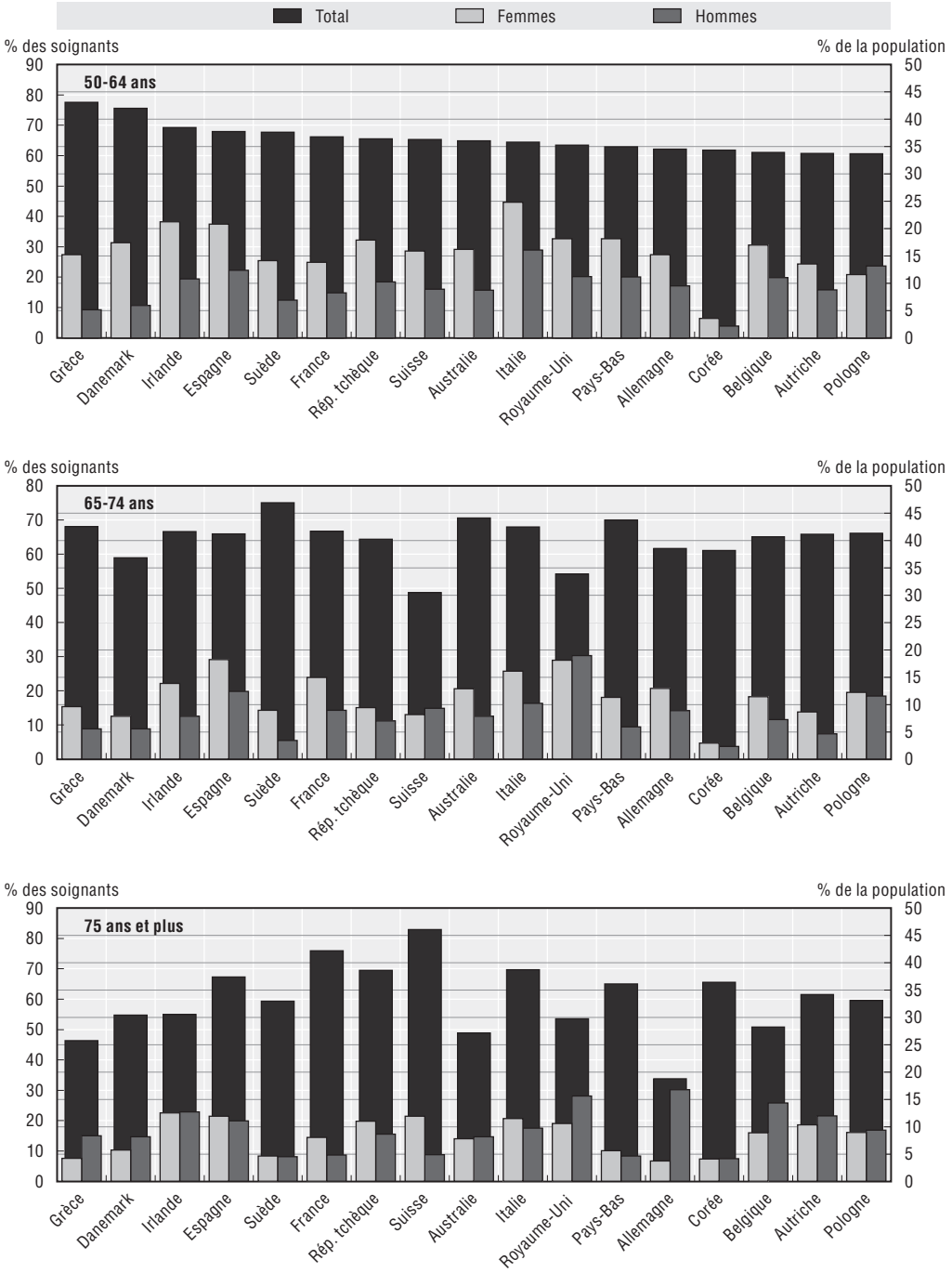
En moyenne, les aidants non rémunérés consacrent davantage de temps à des proches tels que leurs parents ou leur conjoint. Pourtant, une proportion non négligeable d'aidants indique également s'occuper d'un ami ou d'un voisin (18 %), ou d'autres membres de la famille tels que des frères ou sœurs ou des oncles ou tantes (18 % également). Les aidants de sexe masculin prennent plus fréquemment en charge leur partenaire que d'autres membres de leur famille (tableau 3.1).

La plupart des aidants informels dispensent un nombre limité d'heures de soins, mais ce nombre est très variable d'un pays à l'autre (graphique 3.3). Globalement, un peu plus de 50 % d'entre eux interviennent à raison de moins de 10 heures par semaine en moyenne. Cette prise en charge peu intensive est particulièrement répandue dans les pays nordiques et en Suisse. Dans ces pays, moins de 20 % des aidants assurent une prise en charge intensive supérieure à 20 heures par semaine. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait qu'une proportion relativement plus forte de personnes âgées y reçoit des soins formels à domicile ou en établissement. En revanche, en Europe du Sud, en République tchèque et en Pologne, un peu plus de 30 % des aidants assurent une prise en charge intensive, cette proportion étant même légèrement supérieure à 50 % en Espagne. L'exemple de la Corée est aussi frappant : plus de 60 % des aidants informels apportent leur aide à raison de plus de 20 heures par semaine. Il est toutefois possible que la répartition du nombre d'heures selon les pays soit influencée par la définition des soins retenue, ainsi que par des erreurs de rétrospection et de déclaration des données[2].

Les soins dispensés dépendent, dans une large mesure, de l'état de santé de ceux qui en bénéficient (graphique 3.4). Alors que 25 % des adultes de 50 ans et plus rencontrant des difficultés pour accomplir une AVQ bénéficient d'une aide familiale ou amicale, cette proportion double lorsque les difficultés concernent au moins deux AVQ. Dans la moitié des pays, le pourcentage de personnes bénéficiant d'une aide informelle ne varie pas énormément lorsque deux AVQ au moins sont concernées, mais dans l'autre moitié, il augmente progressivement. C'est en République tchèque, en Irlande et en Europe du Sud que les individus qui rencontrent des difficultés pour accomplir les AVQ ont une probabilité plus grande de bénéficier d'une prise en charge non rémunérée, quel que soit le nombre d'AVQ concernées. Ces résultats confirment ceux d'autres études sur les profils géographiques de la prise en charge en Europe (Lamura *et al.*, 2008).

Graphique 3.2. **La plupart des aidants informels sont des femmes**

Pourcentage d'aidants informels de sexe féminin, par classe d'âge (axe de gauche)
Pourcentage dans la population d'individus déclarant être aidants, par sexe et par classe d'âge (axe de droite)



Note : Les échantillons incluent les personnes de 50 ans et plus, réparties dans 3 classes d'âge. Les données relatives aux États-Unis n'incluent que les soins prodigués aux parents. Les années examinées pour les différents pays sont les suivantes : 2005-07 pour l'Australie ; 1991-2007 pour le Royaume-Uni ; 2004-06 pour les autres pays européens ; 2005 pour la Corée ; 1996-2006 pour les États-Unis.

Source : Estimations réalisées par l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA pour l'Australie, BHPS pour le Royaume-Uni, SHARE pour les autres pays européens, KLoSA pour la Corée et HRS pour les États-Unis.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932500947*

Tableau 3.1. **L'aide non rémunérée concerne essentiellement les parents ou le conjoint**

Pourcentage d'aidants par type de relation avec la personne prise en charge, par pays

	Conjoint	Parent	Autre membre de la famille	Ami
Australie	26.3	41.0	9.7	8.8
Autriche	36.3	34.7	14.7	16.8
Belgique	33.7	40.4	16.6	23.4
Rép. tchèque	27.5	11.2	33.0	16.2
Danemark	39.7	41.3	15.9	20.9
France	31.8	40.5	19.6	13.7
Allemagne	34.9	44.2	13.0	21.5
Grèce	33.2	35.2	14.9	14.7
Irlande	28.5	35.2	22.4	18.8
Italie	23.1	36.2	22.6	24.1
Corée	43.2	33.5	9.6	–
Pays-Bas	27.4	46.9	17.2	24.7
Pologne	33.8	10.6	27.9	8.0
Espagne	28.0	39.9	20.6	10.9
Suède	26.5	48.5	19.0	18.1
Suisse	30.1	42.8	17.2	24.1
Royaume-Uni	34.1	32.2	5.4	27.4
OCDE (16)	**31.6**	**31.6**	**17.6**	**18.2**

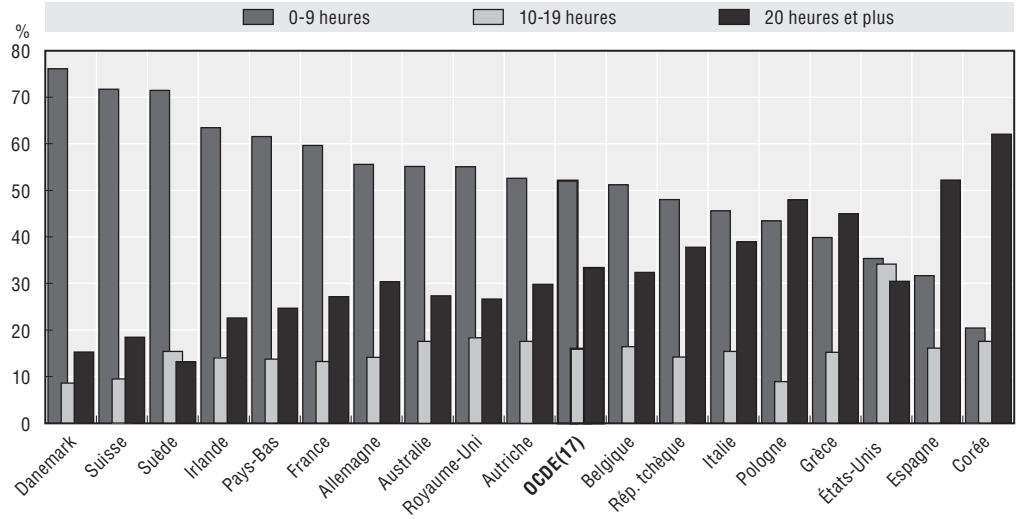
Note : Les échantillons incluent les personnes de 50 ans et plus (sauf en Corée : 45 ans et plus). Les années examinées pour les différents pays sont les suivantes : 2005-07 pour l'Australie ; 1991-2007 pour le Royaume-Uni ; 2004-06 pour les autres pays européens ; 2005 pour la Corée ; 1996-2006 pour les États-Unis. La somme des pourcentages n'est pas égale à 100 % dans la mesure où il arrive qu'un même soignant s'occupe de plusieurs personnes ; de plus, les soins aux enfants ne sont pas pris en compte pour éviter tout risque de confusion entre garde des enfants et prise en charge d'enfants dépendants.

Source : Estimations réalisées par l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA pour l'Australie, BHPS pour le Royaume-Uni, SHARE pour les autres pays européens, KLoSA pour la Corée et HRS pour les États-Unis.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501745

Graphique 3.3. **Les aidants assurent souvent un horaire d'assistance restreint**

Pourcentage d'aidants par tranche d'horaire hebdomadaire de prise en charge



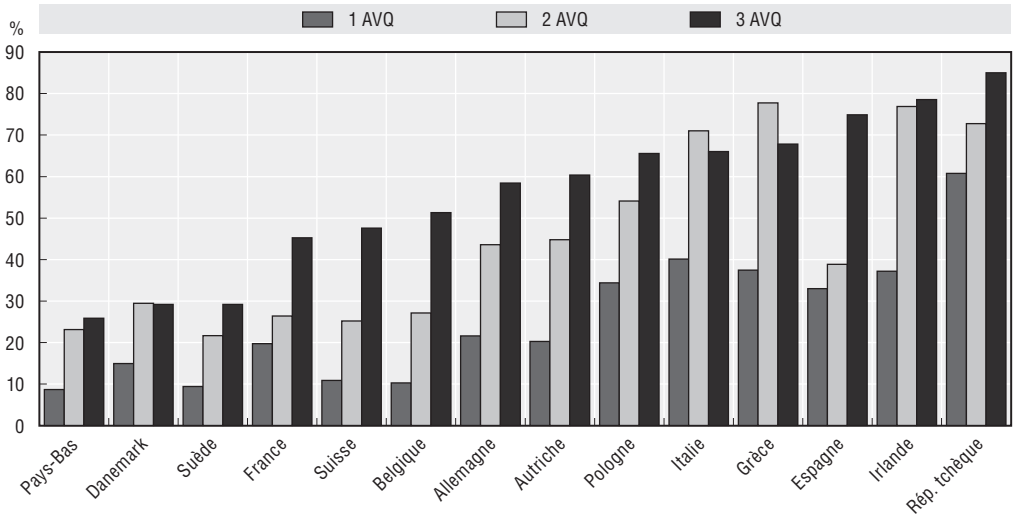
Note : Les échantillons incluent les personnes de 50 ans et plus (sauf en Corée : 45 ans et plus). Les données relatives aux États-Unis n'incluent que les soins prodigués aux parents.
Les années examinées pour les différents pays sont les suivantes : 2005-07 pour l'Australie ; 1991-2007 pour le Royaume-Uni ; 2004-06 pour les autres pays européens ; 2005 pour la Corée ; 1996-2006 pour les États-Unis.

Source : Estimations réalisées par l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA pour l'Australie, BHPS pour le Royaume-Uni, SHARE pour les autres pays européens, KLoSA pour la Corée et HRS pour les États-Unis.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932500966

Graphique 3.4. **Les personnes restreintes dans leurs AVQ ont davantage besoin d'assistance**

Pourcentage de la population bénéficiant de soins informels en fonction du nombre d'AVQ ne pouvant être accomplies



Note : AVQ : activités de la vie quotidienne. Les échantillons incluent les personnes de 50 ans et plus. Les années examinées pour les différents pays sont les suivantes : 2004-06.

Source : Estimations réalisées par l'OCDE sur la base de l'enquête SHARE.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932500985

3.3. Une prise en charge intensive peut se solder par une réduction des taux d'emploi et du temps de travail

L'un des coûts économiques de la prise en charge de personnes dépendantes a trait au taux d'activité professionnelle. Les personnes qui fournissent des soins ont une probabilité moindre d'être salariées et une plus grande probabilité (50 %) d'être au foyer que celles qui n'en dispensent pas (tableau 3.2). L'écart observé dans les différents pays entre le taux d'emploi des aidants informels et celui du reste de la population pourrait être lié aux taux d'activité globaux et aux possibilités de travail à temps partiel. Ainsi, cet écart est faible dans les pays nordiques et souvent plus élevé en Grèce, en Espagne et en Pologne. Parallèlement, en Grèce comme en Espagne, une forte proportion d'aidants informels (plus de 40 %) est au foyer. Dans d'autres pays comme l'Autriche et l'Italie, les retraités constituent une forte proportion des aidants. En revanche, on n'observe pas de corrélation univoque entre le nombre d'aidants informels et la profession exercée.

La faiblesse de la participation au marché du travail se traduit non seulement par des taux d'emploi plus faibles, mais aussi par une durée d'activité à plein temps moins élevée. Lorsqu'ils ont un emploi, les aidants informels travaillent en moyenne deux heures par semaine de moins que les autres et tendent à être surreprésentés parmi les personnes employées à temps partiel (graphique 3.5). De plus, il se peut que la prise en charge d'une personne dépendante ait une incidence en termes de continuité de carrière et de choix professionnels, ce qui pourrait expliquer que les aidants soient plus susceptibles que les autres d'être employés, contractuellement, à titre temporaire. Ainsi, en Australie et au Royaume-Uni, pays pour lesquels on dispose de données sur la nature des contrats de travail, les aidants sont 30 % plus susceptibles que les autres d'occuper un emploi temporaire. Les données relatives à l'Australie montrent en outre que la carrière professionnelle des aidants est, en moyenne, plus courte de près de trois années que celle du reste de la population.

Tableau 3.2. **Les aidants ont une plus forte probabilité d'être au foyer et une plus faible probabilité d'être salariés**

Pourcentage d'aidants et de non-aidants selon la situation au regard de l'emploi

	Retraité		Salarié		Chômeur		Au foyer	
	Aidant	Non-aidant	Aidant	Non-aidant	Aidant	Non-aidant	Aidant	Non-aidant
Australie	16.8	16.2	53.1	66.2	1.6	1.8	21.7	6.9
Autriche	48.9	44.0	31.8	38.9	3.3	4.0	11.6	9.8
Belgique	22.3	25.6	39.0	42.7	10.5	6.0	16.5	13.0
Rép. tchèque	34.7	43.4	44.7	48.1	11.2	5.6	0.3	0.0
Danemark	19.1	22.2	59.0	60.6	7.0	5.9	1.3	1.7
France	24.0	25.5	51.6	52.7	4.3	6.1	13.8	9.3
Allemagne	23.5	20.5	48.2	53.8	9.7	11.2	11.9	8.9
Grèce	18.7	23.3	31.4	47.2	2.4	2.8	46.0	25.1
Irlande	11.1	17.0	55.6	51.9	1.7	4.0	24.7	17.8
Italie	36.2	35.5	33.5	35.8	3.2	4.0	24.5	22.3
Corée	7.0	10.6	45.0	48.9	3.8	3.0	36.9	33.2
Pays-Bas	6.5	11.0	52.4	5.1	2.9	3.0	27.0	17.6
Pologne	37.6	36.2	33.6	60.3	3.4	7.9	9.8	5.3
Espagne	10.0	13.8	33.0	45.1	5.9	7.5	43.9	25.7
Suède	12.9	16.3	75.4	73.9	1.4	3.5	0.8	1.1
Suisse	7.3	10.2	67.0	69.5	3.5	2.8	15.7	10.0
Royaume-Uni	10.6	7.3	77.9	80.9	1.4	0.9	5.3	5.0
États-Unis	17.7	15.5	58.5	62.0	2.3	1.8	10.7	9.1
OCDE (17)	**20.3**	**21.9**	**49.5**	**52.4**	**4.4**	**4.5**	**17.9**	**12.3**

Note : Les échantillons incluent les personnes âgées de 50 à 65 ans (sauf pour la Corée : 45-65 ans). Les données relatives aux États-Unis ne tiennent compte que des soins prodigués aux parents. Les années examinées pour les différents pays sont les suivantes : 2005-07 pour l'Australie ; 1991-2007 pour le Royaume-Uni ; 2004-06 pour les autres pays européens ; 2005 pour la Corée ; 1996-2006 pour les États-Unis.

Source : Estimations réalisées par l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA pour l'Australie, BHPS pour le Royaume-Uni, SHARE pour les autres pays européens, KLoSA pour la Corée et HRS pour les États-Unis.

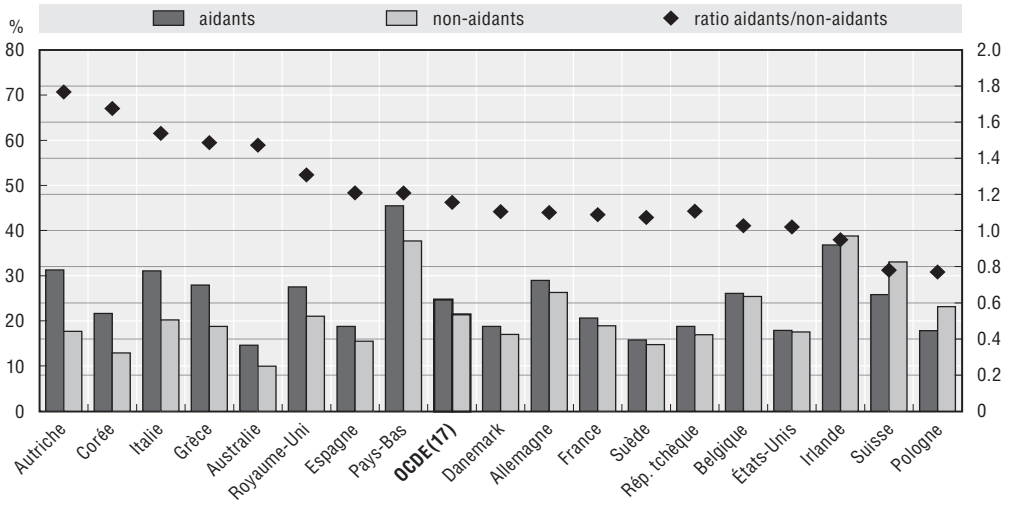
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501764

Les soins à la personne peuvent être une activité éprouvante, incompatible avec l'exercice d'un travail à plein temps, voire d'un travail rémunéré quel qu'il soit, ce qui explique les constatations ci-dessus. Les emplois disponibles n'offrent pas toujours la souplesse nécessaire en termes d'horaires ou de possibilités de congé pour être conciliables avec la prise en charge d'une personne dépendante. De plus, l'intensité de la prise en charge peut être difficile à prévoir, ce qui conduit à un absentéisme au travail.

Toutefois, les aidants n'ont pas tous les mêmes caractéristiques socioprofessionnelles ni le même niveau de capital humain, ce qui peut avoir une incidence sur les choix professionnels. Les décisions prises au sein des familles sur l'identité de celui qui assumera la fonction d'aidant ou sur le recours à une assistance plutôt formelle qu'informelle sont parfois motivées par des différences de perspectives professionnelles et de capacité de gain, les aidants étant souvent plus âgés et ayant un niveau d'instruction plus faible. Les décisions de nature professionnelle sont susceptibles d'être influencées par d'autres caractéristiques des aidants, observées et inobservées, dont il est important de tenir compte dans l'évaluation de l'incidence de la prise en charge de personnes dépendantes sur la situation des aidants au regard de l'emploi. Les enquêtes qui suivent les individus dans le temps permettent de déterminer si la corrélation entre l'exercice d'une activité (ou le temps de travail) et la fonction d'aidant s'explique par une incidence négative de cette fonction

Graphique 3.5. **Les aidants ont des horaires de travail moindres**

Pourcentage d'aidants et de non-aidants travaillant à temps partiel et prévalence relative



Note : Les échantillons incluent les personnes âgées de 50 à 65 ans (sauf pour la Corée : 45-65 ans). Les données relatives aux États-Unis ne tiennent compte que des soins prodigués aux parents. Les années examinées pour les différents pays sont les suivantes : 2005-07 pour l'Australie ; 1991-2007 pour le Royaume-Uni ; 2004-06 pour les autres pays européens ; 2006 pour la Corée ; 1996-2006 pour les États-Unis.
Une activité est dite à temps partiel dès lors que le temps de travail est inférieur à 30 heures par semaine.

Source : Estimations réalisées par l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA pour l'Australie, BHPS pour le Royaume-Uni, SHARE pour les autres pays européens, KLoSA pour la Corée et HRS pour les États-Unis.

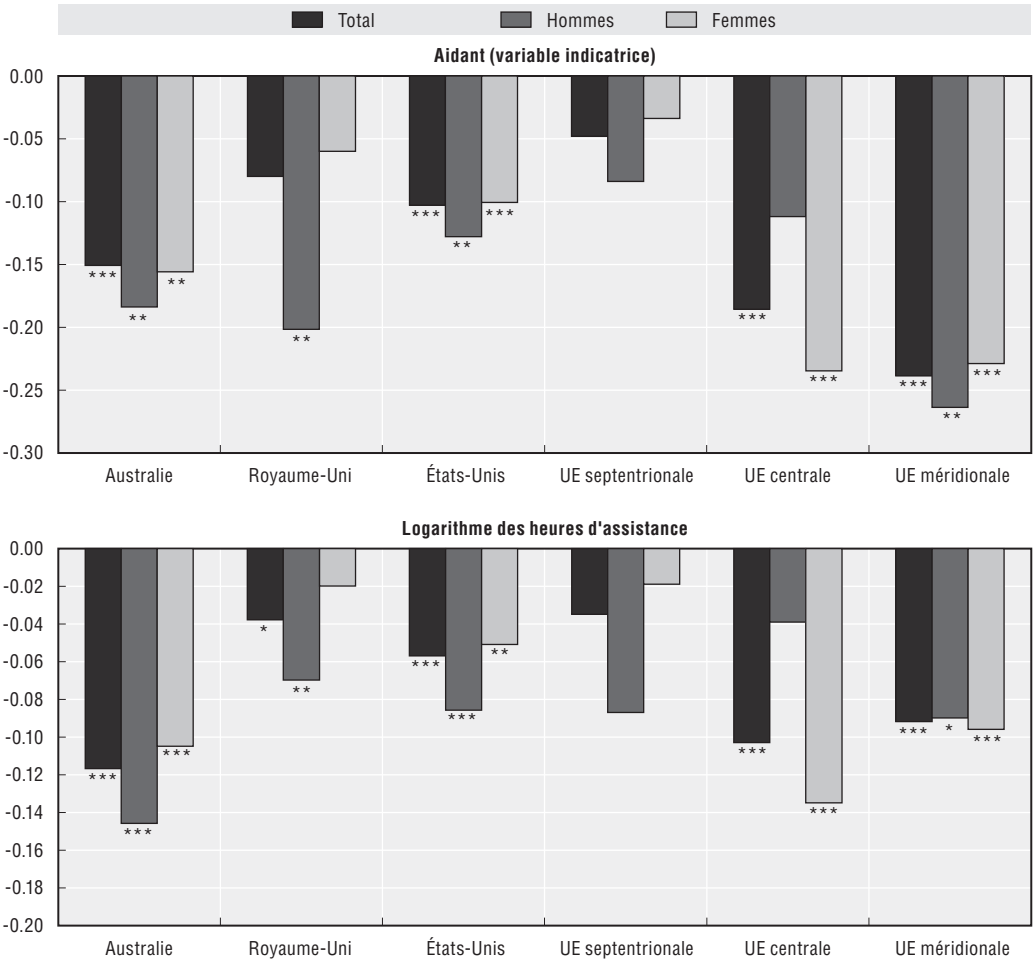
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501004

sur la disponibilité professionnelle ou par le fait que les individus qui ont des perspectives professionnelles médiocres choisissent de devenir aidants. Cette partie examine, après prise en compte des effets d'autres caractéristiques des aidants, l'incidence de la prise en charge de personnes dépendantes sur l'emploi puis, pour les aidants qui exercent une activité professionnelle, sur le temps de travail, et enfin la décision de travailler ou de réduire son temps de travail simultanément (voir l'annexe 3.A3 pour un descriptif des méthodes).

Les aidants ont une probabilité moindre d'occuper un emploi rémunéré, même après prise en compte de leur situation antérieure au regard de l'emploi et d'autres caractéristiques individuelles observées et inobservées (graphique 3.6)[3]. Pour réaliser l'estimation, nous avons tenu compte d'autres facteurs sociodémographiques susceptibles d'avoir une incidence sur la situation au regard de l'emploi, tels que le niveau d'instruction, la propriété du logement (variable indicatrice des revenus d'origine non professionnelle) et la situation matrimoniale. La situation socioéconomique, par exemple, a une incidence à la fois sur la prise en charge d'une personne dépendante et sur la situation au regard de l'emploi du fait que les familles défavorisées sur le plan social sont souvent plus susceptibles de s'occuper d'une personne dépendante et ont des possibilités d'emploi plus limitées. Un coefficient négatif traduit une moindre probabilité d'occuper un emploi rémunéré. Les résultats montrent que la prise en charge d'une personne dépendante a un impact variable selon son intensité : plus le nombre d'heures de soins est élevé, plus il est probable que les aidants renoncent à exercer un travail rémunéré. Une augmentation de 1 % de ce nombre d'heures se traduit par une hausse de 10 % de la probabilité de renoncer à travailler. L'impact de la prise en charge d'une personne dépendante sur l'emploi est inférieur à celui d'autres facteurs : un faible niveau d'instruction ou l'existence d'un handicap entraînent une diminution beaucoup plus nette des taux d'emploi.

Graphique 3.6. **L'activité d'aidant informel s'accompagne d'une plus faible probabilité d'activité professionnelle**

Coefficients issus d'un modèle probit dynamique



*, **, *** : statistiquement significatif aux seuils de 10 %, 5 % et 1 %, respectivement.

Note : Les échantillons incluent les personnes de moins de 65 ans en Australie et au Royaume-Uni, âgées de 50 à 65 ans dans les autres pays européens et aux États-Unis. Les années examinées pour les différents pays sont les suivantes : 2005-07 pour l'Australie ; 1991-2007 pour le Royaume-Uni ; 2004-06 pour les autres pays européens ; 1996-2006 pour les États-Unis. L'échantillon inclut les individus présents dans au moins trois vagues consécutives en Australie, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Toutes les régressions incluent les variables de contrôle suivantes : âge, nombre d'enfants, situation matrimoniale, niveau d'instruction, propriété du logement et autres revenus non professionnels le cas échéant, état de santé et région (en Australie et au Royaume-Uni). Les données relatives aux États-Unis ne tiennent compte que des soins prodigués aux parents. La situation au regard de l'emploi en t-1 et la situation au regard de l'emploi initiale sont incluses pour tous les pays sauf les pays européens (à l'exception du Royaume-Uni).

Source : Estimations réalisées par l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA pour l'Australie, BHPS pour le Royaume-Uni, SHARE pour les autres pays européens et HRS pour les États-Unis.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501023

L'impact de la prise en charge d'une personne dépendante sur l'exercice d'une activité professionnelle se fait uniquement sentir lorsque l'assistance est intensive, c'est-à-dire atteint ou dépasse 20 heures de soins par semaine (graphique 3.A2.1). De même, cet impact n'est significatif que lorsque l'aidant et la personne prise en charge vivent sous le même toit. Les modes d'organisation dans lesquels aidants et personne prise en charge cohabitent ainsi pourraient s'expliquer par l'ampleur des besoins de la personne prise en charge ou par les carences de l'offre d'assistance formelle. À l'inverse, la prise en charge d'une personne

dépendante n'entraîne pas de diminution de l'activité professionnelle lorsqu'elle ne mobilise que quelques heures par semaine. En pareil cas, il est plus facile de concilier les deux. Il est également possible que les aidants concernés interviennent auprès d'individus plus autonomes ou en complément d'une autre personne (l'aidant principal), ce qui leur offre davantage de souplesse. La poursuite d'une activité professionnelle aide peut-être ces aidants à faire face à l'augmentation de leurs dépenses et à la diminution de leur revenu disponible.

Bien que les différences de définition de ce qu'est un aidant informel (voir encadré 3.1) limitent la validité des comparaisons internationales de l'impact de la prise en charge de personnes dépendantes, des caractéristiques générales se dégagent. En particulier, le fait de prodiguer des soins sans rémunération n'est pas associé à une réduction significative de l'emploi dans les pays d'Europe du Nord. À l'opposé, dans les pays d'Europe du Sud, la diminution de l'emploi chez les aidants informels est plus importante. Cette disparité géographique pourrait s'expliquer par le lien plus fort avec le marché du travail qui existe dans les pays d'Europe du Nord et par la mise en œuvre de politiques susceptibles de faciliter la conciliation entre vie professionnelle et obligations familiales. Les différences déjà observées d'un pays à l'autre au niveau de l'intensité de la prise en charge et du cadre dans lequel les soins sont dispensés peuvent également influer sur le lien entre prise en charge de personnes dépendantes et exercice d'une activité professionnelle.

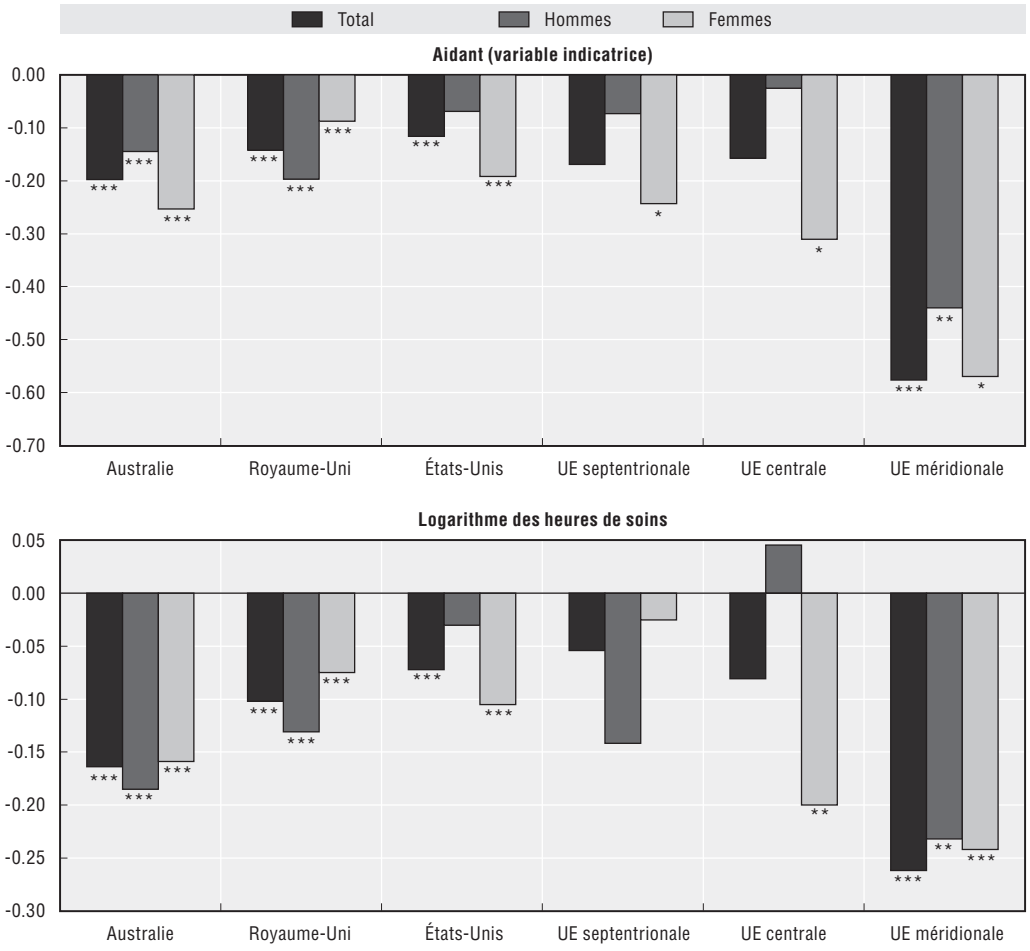
La prise en charge d'une personne dépendante entraîne par ailleurs une diminution du temps de travail dans tous les pays, sauf dans ceux d'Europe du Nord (graphique 3.7). Cette diminution est plus marquée en Europe méridionale que centrale. Le temps de travail est sensible à l'évolution du nombre d'heures de prise en charge : une augmentation de 1 % de ce nombre d'heures se traduit, en moyenne, par une baisse d'un peu plus de 1 % du temps de travail. D'autres facteurs sociodémographiques, tels que le niveau d'instruction et la situation matrimoniale, sont aussi d'importantes variables explicatives du temps de travail.

La prise en charge de personnes dépendantes n'entraîne pas de diminution du temps de travail lorsqu'elle est peu intensive et compensable par une souplesse des horaires de travail. En Australie et au Royaume-Uni, la prise en charge d'une personne dépendante va de pair avec une diminution du temps de travail quel que soit le nombre d'heures d'intervention de l'aidant (moins de 10 heures, entre 10 et 19 heures ou plus de 20 heures par semaine), mais cette diminution est rarement sensible lorsque l'intensité de la prise en charge est faible (inférieure à 10 heures) (graphique 3.A2.2). Une prise en charge très intensive se répercute deux fois plus sur le temps de travail qu'une prise en charge moyennement intensive (entre 10 et 19 heures par semaine). Aux États-Unis et dans les pays d'Europe autres que le Royaume-Uni, la prise en charge n'a une incidence significative que lorsqu'elle mobilise l'aidant 20 heures par semaine ou plus. En Corée, une prise en charge intensive a pour corollaire une diminution du temps de travail des femmes (Do, 2008). La possibilité pour les aidants d'aménager leurs horaires de travail ou d'obtenir un congé se traduit généralement par une augmentation de leur temps de travail.

Il ressort d'analyses antérieures que la prise en charge non rémunérée d'une personne dépendante est associée à une probabilité plus faible de travailler et à une diminution du temps de travail des aidants qui exercent une activité professionnelle (Carmichael et Charles, 2003 ; Heitmüller, 2004 ; Johnson et Lo Sasso, 2000 ; Viitanen, 2005). Toutefois, la plupart des aidants qui travaillent sont confrontés à un processus de prise de décision dans lequel les deux solutions – arrêter de travailler ou réduire leur temps de travail – sont envisagées simultanément. Cette décision dépend de multiples facteurs, dont notamment la situation socioéconomique de l'aidant et les possibilités d'aménagement du temps de

Graphique 3.7. **Les aidants informels qui travaillent tendent à réduire leur temps de travail**

Coefficients issus d'un modèle tobit à effets aléatoires



*, **, *** : statistiquement significatif aux seuils de 10 %, 5 % et 1 %, respectivement.

Note : Les échantillons incluent les personnes de moins de 65 ans en Australie et au Royaume-Uni, âgées de 50 à 65 ans dans les autres pays européens et aux États-Unis. Les années examinées pour les différents pays sont les suivantes : 2005-07 pour l'Australie ; 1991-2007 pour le Royaume-Uni ; 2004-06 pour les autres pays européens ; 1996-2006 pour les États-Unis. L'échantillon inclut les individus présents dans au moins trois vagues consécutives en Australie, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Toutes les régressions incluent les variables de contrôle suivantes : âge, nombre d'enfants, situation matrimoniale, niveau d'instruction, propriété du logement et autres revenus non professionnels le cas échéant, état de santé et région (en Australie et au Royaume-Uni). Les données relatives aux États-Unis ne tiennent compte que des soins prodigués aux parents. La situation au regard de l'emploi en t-1 et la situation au regard de l'emploi initiale sont incluses pour tous les pays sauf les pays européens (à l'exception du Royaume-Uni).

Source : Estimations réalisées par l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA pour l'Australie, BHPS pour le Royaume-Uni, SHARE pour les autres pays européens et HRS pour les États-Unis.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501042

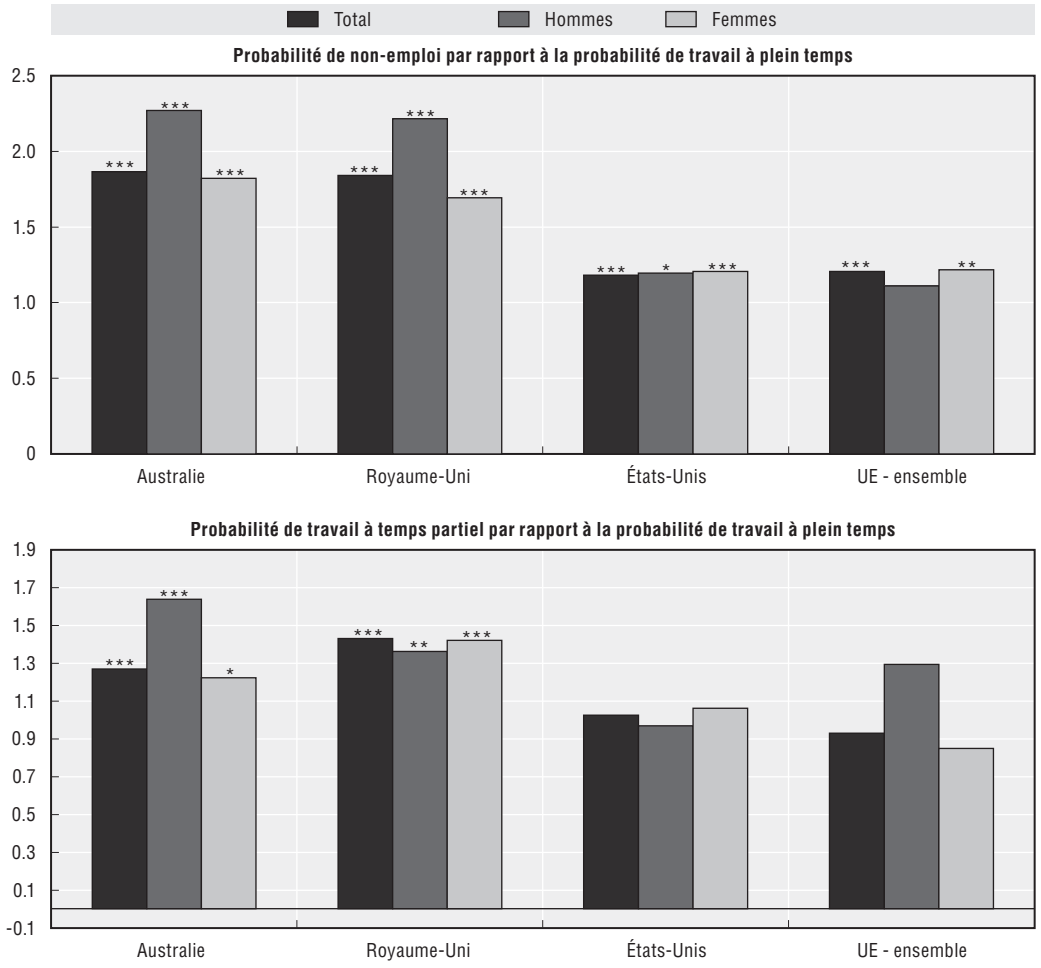
travail qui s'offrent à lui. Une procédure d'estimation simplifiée, dans laquelle le travailleur choisit entre ne pas travailler et travailler à temps partiel, est présentée ici. Les coefficients représentent la probabilité qu'un aidant cesse de travailler ou opte pour un travail à temps partiel au lieu de continuer de travailler à plein temps.

Les aidants ont beaucoup plus tendance à arrêter de travailler qu'à réduire leur temps de travail. En Australie et au Royaume-Uni, ils ont une plus forte probabilité à la fois de cesser de travailler et d'opter pour le temps partiel. Les ratios de risque relatif sont

toutefois beaucoup plus élevés pour la probabilité de non-emploi que pour celle de travail à temps partiel. Aux États-Unis, le fait d'être aidant conduit à arrêter de travailler mais n'a pas d'incidence significative sur le passage à temps partiel. Le même résultat est observé au sein de la population féminine des pays européens autres que le Royaume-Uni ; en revanche, les aidants de sexe masculin ont tendance à choisir le travail à temps partiel.

Graphique 3.8. **Les aidants sont plus susceptibles de cesser de travailler que de travailler à temps partiel**

Ratios de risque relatif issus d'un modèle logit multinomial



*, **, *** : statistiquement significatif aux seuils de 10 %, 5 % et 1 %, respectivement.

Note : Les échantillons incluent les personnes de moins de 65 ans en Australie et au Royaume-Uni, âgées de 50 à 65 ans dans les autres pays européens et aux États-Unis. Les années examinées pour les différents pays sont les suivantes : 2005-07 pour l'Australie ; 1991-2007 pour le Royaume-Uni ; 2004-06 pour les autres pays européens ; 1996-2006 pour les États-Unis. L'échantillon inclut les individus présents dans au moins trois vagues consécutives en Australie, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Toutes les régressions incluent les variables de contrôle suivantes : âge, nombre d'enfants, situation matrimoniale, niveau d'instruction, propriété du logement et autres revenus non professionnels le cas échéant, état de santé et région (en Australie et au Royaume-Uni). Les données relatives aux États-Unis ne tiennent compte que des soins prodigués aux parents. La situation au regard de l'emploi en t-1 et la situation au regard de l'emploi initiale sont incluses pour tous les pays sauf les pays européens (à l'exception du Royaume-Uni).

Source : Estimations réalisées par l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA pour l'Australie, BHPS pour le Royaume-Uni, SHARE pour les autres pays européens et HRS pour les États-Unis.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501061

3.4. Pour les aidants d'âge actif, la prise en charge d'une personne dépendante est associée à un risque de pauvreté plus élevé

La perception d'un salaire moins élevé est un autre coût économique potentiel de la prise en charge familiale ou amicale non rémunérée de personnes dépendantes. Les aidants informels peuvent, par exemple, être pénalisés en termes de rémunération par des interruptions de carrière, qui entraînent une dégradation du capital humain ou une dépréciation de leurs compétences, ou compromettent leurs perspectives d'évolution de carrière. Cette perte de rémunération peut également être due au fait qu'ils manifestent un moindre engagement professionnel. Cependant, la perception de salaires inférieurs par les aidants ne constitue pas nécessairement une sanction subie : elle peut également traduire un choix personnel, à savoir celui d'occuper un emploi moins rémunéré permettant un meilleur équilibre des obligations professionnelles et familiales. Pour évaluer l'impact de la prise en charge de personnes dépendantes sur les salaires, il est donc important, comme dans le domaine de l'emploi, de tenir compte des effets de différentes caractéristiques et préférences des aidants (voir un descriptif des méthodes à l'annexe 3.A4).

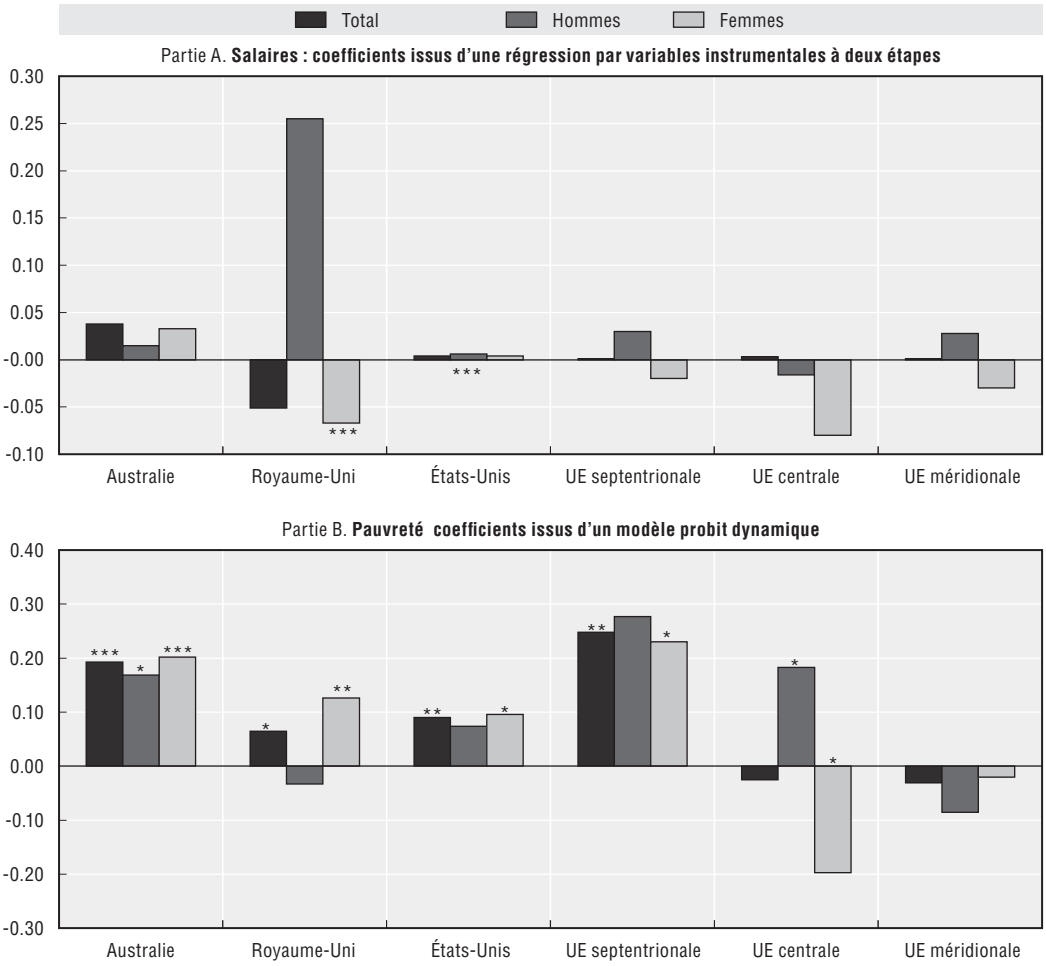
Une fois pris en compte les effets des caractéristiques individuelles et la décision de participer ou non au marché du travail, il y a peu de raisons de penser que la prise en charge d'une personne dépendante aille de pair avec une rémunération plus faible (graphique 3.9, partie A). Les salaires des aidants informels sont en effet inférieurs de 5 à 7 % seulement à ceux des autres individus au Royaume-Uni et la différence est négligeable pour les hommes. Si l'on tient compte des caractéristiques des emplois, les écarts salariaux entre aidants et non-aidants sont encore plus faibles (de l'ordre de 3 à 4 %).

Il n'en reste pas moins que les aidants sont exposés à un plus grand risque de pauvreté (graphique 3.9, Partie B). La prise en charge de personnes dépendantes est associée, dans tous les pays sauf dans ceux d'Europe du Sud, à une plus forte probabilité de faire l'expérience de la pauvreté. Les femmes semblent particulièrement exposées à ce risque. La pauvreté étant mesurée au niveau du ménage et le calcul incluant le revenu de différentes sources (ajusté en fonction de la taille et de la composition du ménage), plusieurs raisons pourraient expliquer ces constatations. Ce taux de pauvreté plus élevé pourrait ainsi être lié au fait que les taux d'emploi et le temps de travail des aidants sont plus faibles, ce qui entraîne une diminution de leur revenu annuel total. D'autre part, autre explication possible, la composition des ménages qui comprennent des aidants est différente de celle des autres ménages, car les membres qui disposent de revenus du travail y sont moins nombreux. Les résultats pourraient également s'expliquer en partie par le risque plus élevé de dépendance et de problèmes de santé associé à un statut socioéconomique inférieur.

3.5. Une prise en charge intensive a un impact négatif sur la santé mentale

Si les aidants non rémunérés fournissent un service utile à la société et s'il est très gratifiant de s'occuper de membres de sa famille ou d'amis, l'augmentation des problèmes de souffrance psychologique, de surmenage et de santé en général que connaissent les aidants familiaux suscite une inquiétude de plus en plus vive. L'isolement et le manque de soutien peuvent être difficiles à assumer, et engendrer un désarroi ou des problèmes de santé mentale. Dans cette partie, nous comparons, à l'aide des mêmes sources de données que celles utilisées dans les parties précédentes, la santé mentale des aidants et celle des non-aidants. La prévalence des problèmes de santé mentale est appréciée à l'aide d'indicateurs de la souffrance psychologique calculés sur la base d'une série de

Graphique 3.9. **La prise en charge familiale et amicale de personnes dépendantes est associée à un revenu plus faible, mais ne va pas nécessairement de pair avec un salaire moindre**



*, **, *** : statistiquement significatif aux seuils de 10 %, 5 % et 1 %, respectivement.

Note : Les échantillons incluent les personnes de moins de 65 ans en Australie et au Royaume-Uni, âgées de 50 à 65 ans dans les autres pays européens et aux États-Unis. Les années examinées pour les différents pays sont les suivantes : 2005-07 pour l'Australie ; 1991-2007 pour le Royaume-Uni ; 2004-06 pour les autres pays européens ; 1996-2006 pour les États-Unis. L'échantillon inclut les individus présents dans au moins trois vagues consécutives en Australie, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Toutes les régressions de la partie A incluent les variables de contrôle suivantes : durée d'activité depuis la fin des études à plein temps et son carré (ou âge, comme variable de substitution, si disponible), nombre d'enfants, niveau d'instruction et région (en Australie et au Royaume-Uni). Les données relatives aux États-Unis ne tiennent compte que des soins prodigués aux parents. Toutes les régressions de la partie B incluent les variables de contrôle suivantes : âge, nombre d'enfants, situation matrimoniale, niveau d'instruction, état de santé et région (en Australie et au Royaume-Uni). Les données relatives aux États-Unis ne tiennent compte que des soins prodigués aux parents.

Source : Estimations réalisées par l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA pour l'Australie, BHPS pour le Royaume-Uni, SHARE pour les autres pays européens et HRS pour les États-Unis.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501080

critères. Chaque ensemble de données utilisant un indicateur différent (voir annexe 3.A1), il convient d'accorder davantage d'attention à la comparabilité des données entre aidants et non-aidants au sein de chaque ensemble de données qu'à la comparabilité des données de prévalence entre pays.

Dans les pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données, la prévalence des problèmes de santé mentale est plus élevée de 20 %, globalement, parmi les aidants que parmi les non-aidants. Aucune répartition géographique claire de cette prévalence ne se dégage, l'écart le plus large étant observé en Grèce et le plus petit en Suisse (graphique 3.10). Les femmes tendent à rencontrer davantage de problèmes de santé mentale que les hommes, mais le ratio de prévalence entre aidants et non-aidants est plus élevé au sein de la population masculine. L'écart observé chez les hommes et les femmes varie aussi d'un pays à l'autre.

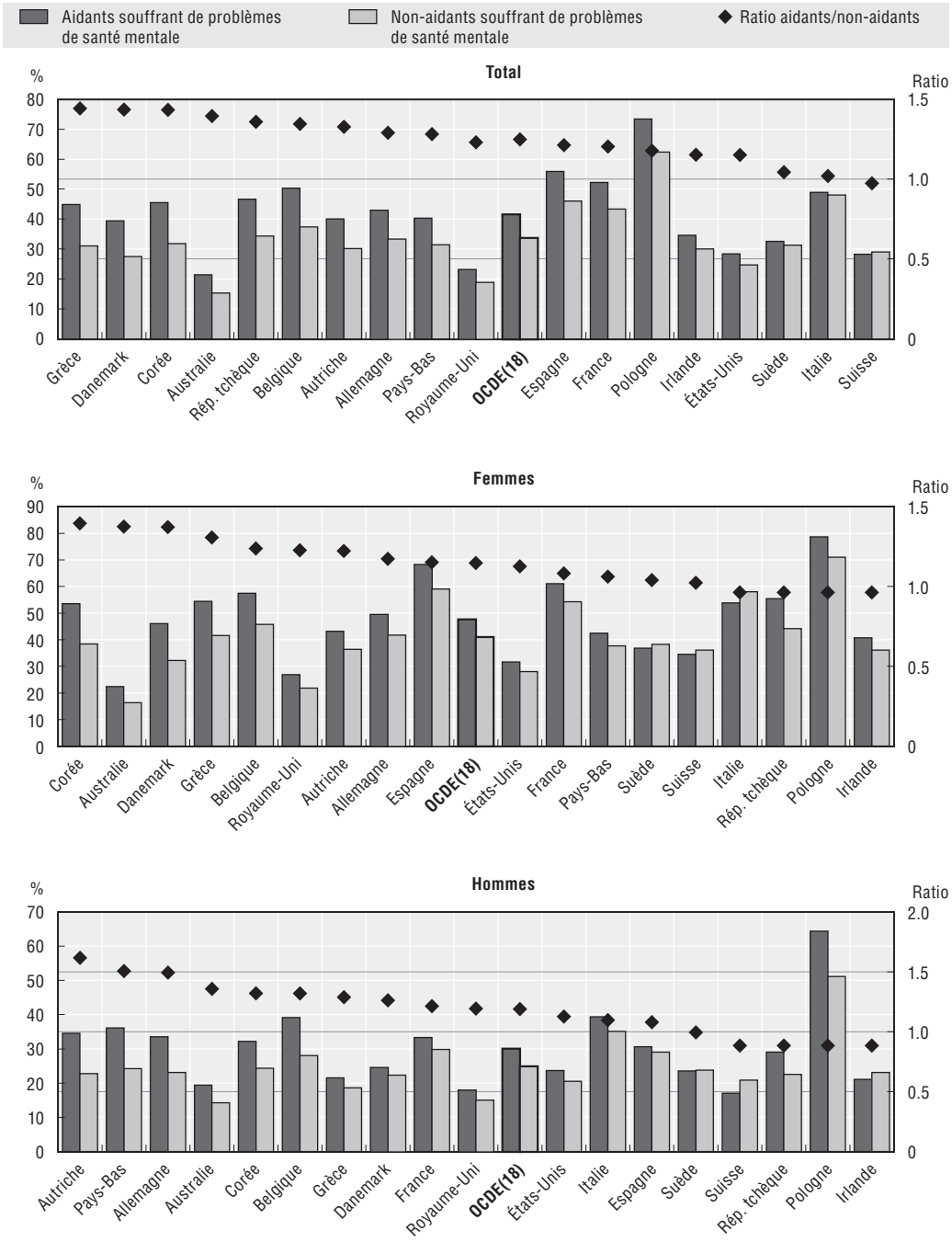
Il est possible que les problèmes de santé mentale dépendent de l'intensité de la prise en charge. Comme le montre le graphique 3.11, dans la plupart des pays, la prévalence des problèmes de santé mentale varie nettement en cas de prise en charge très intensive (plus de 20 heures par semaine). Dans ce cas, cette prévalence est, en moyenne, plus élevée de 20 % parmi les aidants que parmi les non-aidants, cet écart atteignant même 70 % ou 80 % en Australie, aux États-Unis et en Corée. En revanche, une prise en charge moins intensive (d'une durée inférieure à 10 heures par semaine, ou comprise entre 10 et 20 heures par semaine) ne va pas systématiquement de pair avec une prévalence des problèmes de santé mentale plus élevée parmi les aidants que parmi les non-aidants.

D'autres différences entre aidants et non-aidants ont peut-être une incidence sur la santé mentale. Ainsi, les aidants peuvent être plus âgés ou présenter différentes caractéristiques sociodémographiques les exposant à un risque accru de fragilité mentale. Les problèmes de santé mentale rencontrés dépendent aussi dans une large mesure des antécédents en la matière. Toutefois, les études portant sur cet aspect sont relativement peu nombreuses, et les rares qui existent reposent rarement sur des données longitudinales ou nationalement représentatives. Il ressort des quelques études réalisées que le lien entre prise en charge d'une personne dépendante et dépression est faible, voire nul (Amirkhanyan et Wolf, 2006 ; Cameron *et al.*, 2008 ; Coe et Van Houtven, 2009 ; Leigh, 2010). Il est possible d'analyser l'impact de la prise en charge de personnes dépendantes sur la santé mentale en utilisant les mêmes sources de données que celles employées pour l'analyse économétrique de l'activité professionnelle. Ainsi, une analyse de régression tenant compte des effets d'autres caractéristiques observées et inobservées, ainsi que de l'état mental au cours de l'année précédente, permet de distinguer les effets de l'activité d'aidant non rémunérée de ceux d'autres caractéristiques. La méthode d'estimation utilisée est la même que celle appliquée pour déterminer la probabilité d'emploi.

Les résultats de l'analyse de régression confirment que l'activité d'aidant informel va de pair avec une plus forte probabilité de souffrir de problèmes de santé mentale. Cette activité a un effet plus large et un impact plus fort sur la santé mentale que d'autres variables sociodémographiques, exception faite d'autres indicateurs de l'état de santé, comme l'existence d'une affection de longue durée. Cette probabilité plus forte s'observe dans tous les pays, parmi les hommes comme parmi les femmes, sauf parmi les hommes en Australie[4] (graphique 3.12). La prise en charge d'une personne dépendante a une incidence plus négative pour les femmes, sauf dans les pays d'Europe du Sud. À noter qu'être bénéficiaire d'une indemnité d'aidant n'induit pas de modification sensible de l'impact négatif sur la santé mentale en Australie et au Royaume-Uni (où l'on dispose d'informations sur les indemnités et allocations).

Graphique 3.10. **Davantage de problèmes de santé mentale chez les aidants**

Pourcentage de personnes souffrant de problèmes de santé mentale parmi les aidants et les non-aidants, et ratios



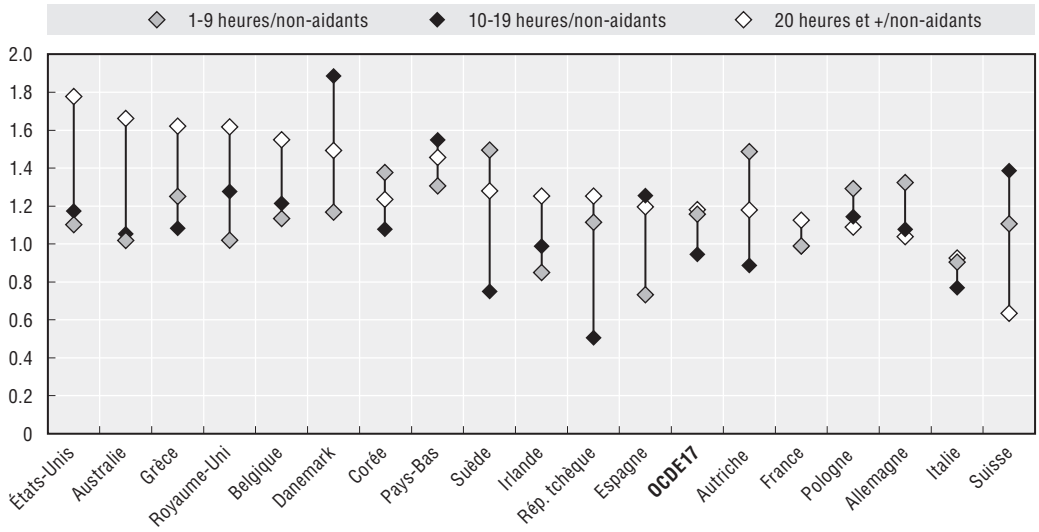
Note : Les ratios correspondent à la prévalence relative des problèmes de santé mentale parmi les aidants par rapport aux non-aidants. Les échantillons incluent les personnes de 50 ans et plus (sauf en Corée : 45 ans et plus). Les données relatives aux États-Unis n'incluent que les soins prodigués aux parents. Les années examinées pour les différents pays sont les suivantes : 2005-07 pour l'Australie ; 1991-2007 pour le Royaume-Uni ; 2004-06 pour les autres pays européens ; 2005 pour la Corée ; 1996-2006 pour les États-Unis.

Source : Estimations réalisées par l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA pour l'Australie, BHPS pour le Royaume-Uni, SHARE pour les autres pays européens, KLoSA pour la Corée et HRS pour les États-Unis.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501099

Graphique 3.11. **Les problèmes de santé mentale dépendent de l'intensité de la prise en charge**

Prévalence relative (1 = non-aidants)



Note : Les chiffres présentés correspondent à la prévalence relative des problèmes de santé mentale parmi les aidants en fonction de l'intensité de la prise en charge par rapport aux non-aidants. Les échantillons incluent les personnes de 50 ans et plus (sauf en Corée : 45 ans et plus). Les données relatives aux États-Unis n'incluent que les soins prodigués aux parents. Les années examinées pour les différents pays sont les suivantes : 2005-07 pour l'Australie ; 1991-2007 pour le Royaume-Uni ; 2004-06 pour les autres pays européens ; 2005 pour la Corée ; 1996-2006 pour les États-Unis.

Source : Estimations réalisées par l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA pour l'Australie, BHPS pour le Royaume-Uni, SHARE pour les autres pays européens, KLoSA pour la Corée et HRS pour les États-Unis.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932501118*

Encadré 3.2. **Les aidants intensifs sont plus âgés et sont socialement moins favorisés que les autres aidants**

Les « aidants intensifs » (définis comme ceux qui dispensent plus de 20 heures de soins par semaine) ont une probabilité plus élevée de cesser de travailler et de souffrir de problèmes de santé mentale à cause de leur activité d'aidant. Pour que les pouvoirs publics puissent cibler les mesures d'aide en fonction des besoins de ce groupe vulnérable, il est important de comprendre qui sont ces aidants et ce qui les distingue des autres. L'analyse descriptive montre qu'ils sont généralement plus âgés, ont un niveau d'instruction plus faible et sont plus pauvres que les autres aidants informels.

La plupart d'entre eux appartiennent à la classe d'âge 50-64 ans, mais tendent à être beaucoup plus âgés que les aidants qui assurent une prise en charge moins intensive (sauf aux États-Unis). Ainsi, dans les pays de l'échantillon, on dénombre en moyenne deux fois plus de personnes âgées de 75 ans ou plus parmi les aidants qui assurent une prise en charge intensive que parmi les autres (graphique 3.A2.4).

L'aide intensive est essentiellement prodiguée aux conjoints. Au Royaume-Uni, plus de 70 % des aidants qui assurent une prise en charge intensive interviennent auprès de leur conjointe ou conjoint, et 17 % seulement auprès de leurs parents. En Europe centrale, 42.3 % de l'aide intensive sont prodigués à la conjointe ou au conjoint, ce qui est le cas de seulement 3.4 % de l'aide non intensive. À noter que dans les pays d'Europe du Sud,

Encadré 3.2. **Les aidants intensifs sont plus âgés et sont socialement moins favorisés que les autres aidants** *(suite)*

la proportion de la prise en charge intensive qui s'adresse aux conjoints est plus faible que dans les autres pays de l'OCDE (33 % en Europe du Sud contre 50 % en moyenne dans les autres pays européens de l'échantillon) : une forte proportion de cette prise en charge intensive s'y adresse aux parents et aux autres proches (respectivement 14 % et 25.5 %).

Les aidants qui assurent une prise en charge intensive semblent aussi souffrir de handicaps sociaux plus importants que les autres. Ils disposent généralement d'un revenu plus faible, 60 % d'entre eux appartenant aux premier et deuxième quintiles de revenu, contre 40 % des autres aidants. Ils sont aussi plus nombreux à vivre en dessous du seuil de pauvreté, puisqu'ils affichent un taux de pauvreté deux fois plus élevé que les autres aidants. Ce phénomène apparaît de façon particulièrement évidente dans les pays anglo-saxons et en Europe du Sud, où près de 40 % des aidants qui assurent une prise en charge intensive vivent en dessous du seuil de pauvreté. Au contraire, en Europe du Nord, moins de 10 % d'entre eux sont considérés comme pauvres et leur taux de pauvreté est comparable à celui des autres aidants. Cette situation s'explique peut-être en partie par le fait que, dans bon nombre des pays étudiés, les aidants qui assurent une prise en charge intensive ont un niveau d'instruction plus faible. L'écart entre leur niveau d'instruction et celui des autres aidants est important, puisque la proportion de personnes ayant un faible niveau d'instruction est plus élevée de 30 % parmi eux que parmi les autres aidants.

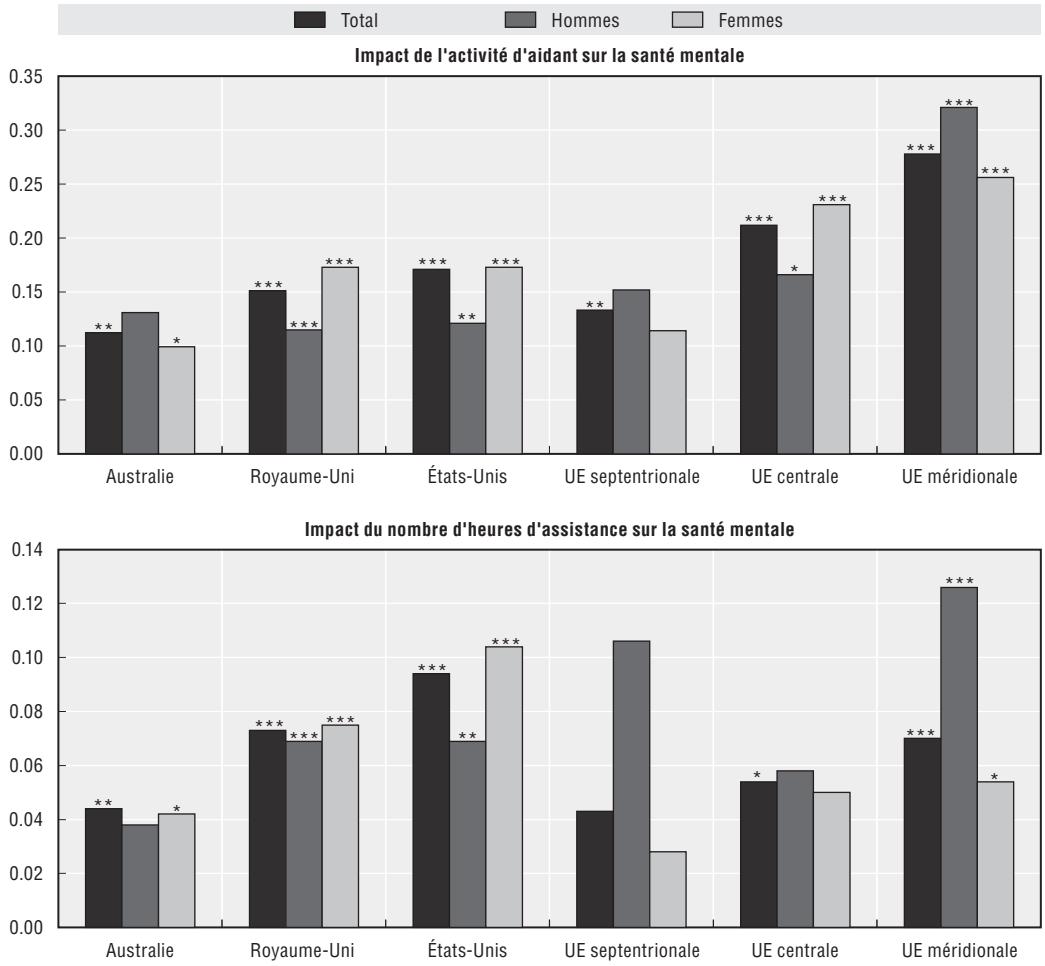
L'incidence négative de l'activité d'aidant sur la santé mentale est plus forte lorsque la prise en charge est intensive ou que l'aidant et le bénéficiaire des soins résident sous le même toit. En Australie et dans la plupart des pays européens, la dégradation de la santé mentale n'est significative que lorsque l'aidant intervient au moins 20 heures par semaine (graphique 3.A2.3 de l'annexe 3.A2). Les aidants qui interviennent de façon intensive semblent cumuler les handicaps, dans la mesure où ils sont généralement plus âgés, ont un niveau d'instruction plus faible et sont plus pauvres que ceux qui interviennent de façon moins intensive (voir encadré 3.2). Au Royaume-Uni, les problèmes de santé mentale sont observés dès le niveau intermédiaire de l'intensité de la prise en charge (10 à 19 heures par semaine), mais l'impact est moins fort. Aux États-Unis, l'aggravation des problèmes de santé mentale à mesure que l'intensité de la prise en charge augmente apparaît clairement parmi les femmes. De même, dans tous les pays, la cohabitation de l'aidant et de la personne prise en charge a pour corollaire une plus forte probabilité d'occurrence de problèmes de santé mentale.

3.6. Conclusion

Surtout lorsqu'elle est intensive, la prise en charge d'une personne dépendante peut avoir une forte incidence sur l'investissement professionnel et la santé. Comme elle n'influe apparemment pas sur la décision de travailler lorsqu'elle est peu intensive (moins de 10 heures par semaine) et lorsqu'elle est assurée hors du domicile de l'aidant, il conviendrait que les mesures prises par les pouvoirs publics visent en priorité les aidants qui assurent une prise en charge intensive et qui cohabitent avec les bénéficiaires des soins. L'aide prodiguée hors du domicile de l'aidant et la prise en charge moins intensive

Graphique 3.12. **La prise en charge de personnes dépendantes accroît la probabilité de souffrir de problèmes de santé mentale**

Coefficients issus d'un modèle probit dynamique



*, **, *** : statistiquement significatif aux seuils de 10 %, 5 % et 1 %, respectivement.

Note : Un coefficient positif indique une probabilité plus forte de souffrir de problèmes de santé mentale. Les échantillons incluent les personnes de 50 ans et plus dans les pays européens autres que le Royaume-Uni et aux États-Unis. Les années examinées pour les différents pays sont les suivantes : 2005-07 pour l'Australie ; 1991-2007 pour le Royaume-Uni ; 2004-06 pour les autres pays européens ; 1996-2006 pour les États-Unis. L'échantillon inclut les individus présents dans au moins trois vagues consécutives en Australie, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Toutes les régressions incluent les mêmes variables de contrôle que dans le graphique 3.6. Les problèmes de santé mentale en t-1 sont pris en compte. Les données relatives aux États-Unis ne tiennent compte que des soins prodigués aux parents.

Source : Estimations réalisées par l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA pour l'Australie, BHPS pour le Royaume-Uni, SHARE pour les autres pays européens et HRS pour les États-Unis.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501137

ont également des effets – modestes toutefois – sur la santé mentale. Dans tous les pays (hors Europe méridionale), la prise en charge est également associée, tout particulièrement pour les femmes, à une plus forte probabilité de pauvreté.

L'analyse montre que de nombreux aidants assurent une prise en charge peu intensive, même si certains d'entre eux sous-estiment peut-être le nombre d'heures qu'ils consacrent à cette activité. Il est permis d'en conclure qu'il existe une marge pour accroître l'offre de services informels, dans la mesure où les aidants qui assurent une prise en charge peu intensive pourraient augmenter le nombre d'heures d'assistance

qu'ils dispensent sans incidence majeure sur leur investissement professionnel et leur état de santé mentale. Cependant, dans un contexte de vieillissement de la population, une plus forte proportion d'aidants sera vraisemblablement amenée à assurer une prise en charge intensive. En l'absence de soutien adéquat, cette catégorie d'aidants pourrait alors voir s'accentuer les inégalités dont elle est victime au regard de l'emploi et de la santé. En outre, les aidants d'âge actif pourraient également voir diminuer leurs chances de se réinsérer sur le marché du travail pendant ou après la période de prise en charge.

Lorsqu'ils conçoivent des mesures en faveur des aidants, les pouvoirs publics devraient prendre en compte ces répercussions négatives de la prise en charge de personnes dépendantes. L'analyse montre que pour les aidants qui cumulent travail et soins, disposer d'une souplesse dans l'aménagement des horaires de travail pourrait atténuer l'incidence de la prise en charge sur la réduction du temps de travail. Il convient donc de favoriser cette flexibilité. Des programmes de formation et d'aide à l'emploi pourraient faciliter le retour à la vie active de ceux qui choisissent de quitter provisoirement le marché du travail pour s'occuper d'une personne dépendante. La mise au point d'allocations en faveur des aidants et des bénéficiaires de soins (telles que les prestations en espèces) devrait également tenir compte des éventuelles incitations économiques à quitter le marché du travail pour certains groupes. Quant à l'impact de la prise en charge de personnes dépendantes sur la santé mentale, il pourrait être atténué par des mesures ou des programmes allant de l'accueil temporaire à une aide pratique, en passant par un soutien physiologique aux aidants (voir au chapitre 4 un examen des mesures destinées à épauler les aidants familiaux). Selon les études existantes, panacher des mesures de ce type et assister spécifiquement telle ou telle catégorie d'aidants pourraient s'avérer les actions les plus efficaces pour aider ces derniers (Glendenning *et al.*, 2009). Le chapitre 4 examinera plus précisément les politiques mises en place par les pays pour épauler ceux qui assistent les personnes âgées fragilisées et, lorsque des données existent, analysera l'efficacité avec laquelle elles permettent de concilier prise en charge d'une personne dépendante et activité professionnelle, et d'alléger la charge qui pèse sur les aidants.

Enfin, s'il est essentiel de promouvoir des solutions permettant d'une part de concilier prise en charge d'une personne dépendante et activité professionnelle et d'autre part d'apporter un soutien aux aidants, il importe également qu'existe une offre de services formels. Les inégalités d'accès à ces services influent probablement sur les possibilités qu'ont les aidants de moduler quantité et intensité de la prise en charge qu'ils souhaitent assurer. Comme nous le verrons dans les chapitres suivants, même si les méthodes varient d'un pays de l'OCDE à l'autre, la plupart d'entre eux ont mis en place des dispositifs de couverture de l'assistance formelle qui viennent compléter l'assistance informelle.

Notes

1. La plupart des analyses statistiques qui se sont penchées sur le rôle de l'aide et des soins apportés par la sphère familiale emploient le vocable de « prise en charge informelle » (*informal caregiving*). Toutefois, dans les débats d'orientation, cette assistance est plutôt dite « familiale et amicale ».
2. Le chapitre 1 (« Cuisiner, s'occuper des enfants, construire ou réparer : le travail non rémunéré à travers le monde ») de *Panorama de la société* (OCDE, 2011) utilise des enquêtes chronologiques pour analyser le travail familial non rémunéré, y compris des activités telles que la préparation culinaire, le ménage et la prise en charge d'autrui. Sur la base du temps passé, ces enquêtes concluent que

0.2 à 6 minutes par jour sont consacrées, en moyenne, à la prise en charge d'adultes (OCDE, 2011) ; ces données ne font toutefois pas la distinction entre l'aide aux personnes et l'aide à domicile. La plupart des enquêtes portant sur le temps passé ne font pas non plus le distinguo entre les soins aux parents, au conjoint ou à d'autres membres de la famille, et les autres tâches. Quelle que soit la taxinomie employée, les femmes consacrent en moyenne plus de temps que les hommes à la prise en charge d'un ou plusieurs adultes.

3. Il est possible que les erreurs de mesure de la prise en charge d'une personne dépendante, dont les effets ne sont pas neutralisés dans l'analyse, faussent les estimations. Premièrement, la variable ne mesure pas la qualité de l'assistance apportée. Deuxièmement, il se peut que les réponses sur la prise en charge et le temps qui lui est consacré soient influencées par la situation au regard de l'emploi (visant à justifier de ne pas travailler ou d'avoir des horaires de travail plus légers). Enfin, l'activité d'aidant informel peut être corrélée à des facteurs inobservés qui ont une incidence sur la capacité professionnelle. Tous ces facteurs sont de nature à conduire à une surestimation de l'impact de la prise en charge de personnes dépendantes sur le travail. Toutefois, d'autres études, qui neutralisent les effets de l'endogénéité de cette prise en charge, constatent que traiter celle-ci comme une variable exogène conduit à en sous-estimer les effets (Watts, 2008).

4. Les coefficients mesurant l'impact de l'activité d'aidant informel sur la probabilité de souffrir de problèmes de santé mentale sont significatifs pour l'échantillon global dans les pays d'Europe du Nord ; en revanche, ils ne le sont pas pour les régressions par sexe. L'absence de résultats significatifs par sexe est peut-être due à la petite taille de l'échantillon.

Bibliographie

Amirkhanyan, A.A., et D.A. Wolf (2006), « Parent Care and the Stress Process : Findings from Panel Data », *Journal of Gerontology Series B. Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 61, n° 5, pp. S248-S255.

Cameron, J.I., D.E. Stewart, G.A. Tomlinson, R.-L. Franche, I. Hyman et A.M. Cheung (2008), « Emotional Distress among Family Caregivers in Canada : Longitudinal Analysis of the National Population Health Survey », *Archives of Public Health*, vol. 66, pp. 35-45.

Carmichael, F. et S. Charles (2003), « The Opportunity Costs of Informal Care: Does Gender Matter ? », *Journal of Health Economics*, vol. 22, n° 5, pp. 781-803.

Coe, N.B. et C.H. Van Houtven (2009), « Caring for Mom and Neglecting Yourself? The Health Effects of Caring for an Elderly Parent », *Health Economics*, vol. 18, n° 9, pp. 991-1010.

Do, Y.K. (2008), « Informal Care for the Elderly in South Korea and the Impact on Caregivers' Labor Force Participation », Documents de travail de l'Asia Health Policy Program, n° 1.

Glendinning, C., H. Arksey, F. Tjadens, M. Moree, N. Moran et H. Nies (2009), « Care Provision within Families and its Socio-economic Impact on Care Providers across the European Union », *Research Works*, n° 2009-05, Social Policy Research Unit.

Heitmueller, A. (2007), « The Chicken or the Egg ? : Endogeneity in Labour Market Participation of Informal Carers in England », *Journal of Health Economics*, Elsevier, vol. 26, n° 3, pp. 536-559, mai.

Johnson, R. W. & Lo Sasso, A. T. (2000), *The Trade-Off between Hours of Paid Employment and Time Assistance to Elderly Parents at Mid-Life*, The Urban Institute, Washington, DC.

Lamura G., H. Döhner et C. Kofahl, pour le projet EUROFAMCARE (2008), *Services for Supporting Family Carers of Older People in Europe : Characteristics, Coverage and Usage. A Six-Country Comparative Study*, Lit Verlag, Hambourg.

Lamura, G. *et al.* (2008), « Les travailleurs immigrés dans le secteur de l'aide aux personnes âgées : l'exemple de l'Italie », *Retraite et société*, vol. 3, n° 55, p. 71-97.

Leigh, A. (2010), « Informal Care and Labour Market Participation », *Labour Economics*, vol. 17, pp. 140-149.

Lo Sasso, A.T. et R.W. Johnson (2002), « Does Informal Care from Adult Children Reduce Nursing Home Admissions for the Elderly ? », *Inquiry*, vol. 39, n° 3, pp. 279-297.

Norma, B., C. Coea et C. H. Van Houtven (2009), « Caring for Mom and Neglecting Yourself ? The Health Effects of Caring for an Elderly Parent », *Health Economics*, vol. 18, pp. 991-1010.

OCDE (2011), *Panorama de la société*, Éditions de l'OCDE, Paris.

Viitanen, T.K. (2005), « Informal Elderly Care and Women's Labour Force Participation across Europe », Rapports de recherche de l'ENEPRI, n° 13, 1er juillet.

Watts, M.J. (2008), « The Impact of the Provision of Informal Care on Labour Force Participation », Documents de travail du CREPP, n° 2008/08.

Wooldridge, M. (2002), *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*, MIT Press, Cambridge, Massachusetts.

ANNEXE 3.A1

Sources de données

L'analyse présentée dans la partie 3.1 du chapitre s'appuie sur les enquêtes longitudinales auprès des ménages présentées ci-après. Ces ensembles diachroniques couvrent tous un large éventail de sujets, dont les traits de personnalité, les antécédents professionnels et familiaux, l'emploi, l'activité et la mobilité professionnelle, les revenus et la santé.

British Household Panel Survey (BHPS) – Royaume-Uni

Lancée en 1991, la *British Household Panel Survey** (BHPS) est une enquête nationalement représentative menée auprès des ménages, dans laquelle tous les adultes membres des ménages de l'échantillon sont interrogés. La première vague du panel comprenait quelque 5 500 ménages et 10 300 individus. L'échantillon principal a été complété en 1999 par des échantillons complémentaires comportant chacun 1 500 ménages, écossais d'une part et gallois d'autre part, puis en 2001 par un échantillon de 2 000 ménages d'Irlande du Nord. Les mêmes personnes sont réinterrogées chaque année. Si elles quittent leur ménage initial pour en former un nouveau, les enquêteurs continuent de les suivre et interrogent tous les membres adultes du nouveau ménage.

Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA) – Corée

La *Korean Longitudinal Study of Ageing* (KLoSA) a été lancée par l'Institut coréen du travail *(Korean Labor Institute)*. La première vague disponible date de 2005, mais une autre vague a été conduite depuis lors. La version de 2005 (publiée en 2006) est représentative de la population de 45 ans et plus (hors personnes en établissement et résidents de l'Île de Jeju) et inclut des données sur plus de 10 000 individus. Le questionnaire couvre de nombreux sujets liés au vieillissement, notamment le recours à des soins formels ou non et de nombreuses autres caractéristiques personnelles et sociodémographiques. KLoSA est la seule étude d'envergure sur la situation financière des personnes âgées conduite en Corée. Une enquête de suivi doit être organisée un an sur deux, suivant le modèle de l'enquête HRS aux États-Unis.

* Les données de la BHPS ont été obtenues sur le site des archives administratives du Royaume-Uni (*www.data-archive.ac.uk*).

Health and Retirement Study (HRS) – États-Unis

Depuis le lancement, en 1992, de l'enquête *Health and Retirement Study* (HRS), conduite par l'Université du Michigan, plus de 22 000 Américains de plus de 50 ans sont interrogés tous les deux ans. L'étude, qui bénéficie du soutien de l'Institut national sur le vieillissement (*National Institute on Aging*) et de l'Administration de la Sécurité sociale *(Social Security Administration)*, recueille des données sur la santé physique ou mentale, la couverture sociale, la situation matrimoniale, les systèmes d'aide familiale, la situation au regard de l'emploi et la planification de la retraite. La cohorte initiale incluait tous les adultes des 48 États contigus nés entre 1931 et 1941 et vivant dans un ménage. De nouvelles cohortes sont ajoutées tous les six ans, si bien qu'en 1998, la population cible incluait les adultes nés en 1947 ou avant. En 2004, un échantillon supplémentaire a été ajouté pour que l'échantillon global soit représentatif de la population née en 1953 ou avant.

Household, Income, Labour Dynamics in Australia (HILDA) – Australie

L'enquête *Household, Income, Labour Dynamics in Australia* (HILDA) est une enquête menée régulièrement sur un panel de ménages et financée par le ministère de la Famille, des Services communautaires et des Affaires indigènes. Lancée en 2001, elle se compose actuellement de sept vagues. La première vague du panel comportait 7 682 ménages et 19 914 individus.

The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) – Europe

L'enquête *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) est une base de données de panel multidisciplinaire et transnationale qui regroupe des microdonnées sur la santé, la situation socioéconomique et les réseaux sociaux et familiaux de plus de 45 000 individus de 50 ans et plus. Onze pays ont collecté des données pour la vague d'enquête de 2004 de référence, de la Scandinavie (Danemark et Suède) aux pays méditerranéens (Espagne, Italie et Grèce), en passant par l'Europe centrale (Autriche, France, Allemagne, Suisse, Belgique et Pays-Bas). Les données sont collectées tous les deux ans. L'échantillon est constitué de la population de 50 ans et plus ne résidant pas en établissement et la sélection se fait sur la base d'échantillons aléatoires dans tous les pays participants.

Variables de santé mentale

Échelle CES-D

L'échelle CES-D est une échelle d'évaluation des symptômes de dépression. Il s'agit d'un indice composite de 20 questions couvrant les thèmes suivants : humeur dépressive, fatigue, pessimisme, sommeil, plaisir, intérêt. Le score est obtenu en additionnant des réponses binaires. On construit ensuite un indicateur binaire qui prend la valeur 1 pour un score de question supérieur ou égal à 3, dont on a démontré qu'il correspondait à un niveau de dépression cliniquement significatif, et la valeur 0 dans les autres cas.

Échelle EURO-D Depression

L'échelle EURO-D est une échelle d'évaluation des symptômes de dépression. Il s'agit d'un indice composite couvrant les 12 thèmes suivants : humeur dépressive, pessimisme, idées suicidaires, culpabilité, sommeil, intérêt, irritabilité, appétit, fatigue, concentration, plaisir et tendance à pleurer. Le score est obtenu en additionnant les réponses binaires.

On construit ensuite un indicateur binaire qui prend la valeur 1 pour un score de question supérieur ou égal à 3, dont on a démontré qu'il correspondait à un niveau de dépression cliniquement significatif, et la valeur 0 dans les autres cas.

General Health Questionnaire (GHQ)

Le GHQ est un instrument de dépistage multidimensionnel, reposant sur l'auto-évaluation, qui permet de dépister les troubles psychiatriques existants et diagnosticables. Il est axé sur l'incapacité à accomplir des activités normales et mesure l'apparition de la souffrance psychologique à travers quatre critères : la dépression, l'anxiété, le handicap social et l'hypochondrie. Il existe des versions à 60, 30, 28, 20 et 12 questions. Toutes les questions figurant dans les versions abrégées sont aussi présentes dans les versions plus longues. Le répondant doit indiquer s'il a récemment eu un symptôme ou comportement particulier. Les réponses doivent être formulées à l'aide de l'une des deux échelles à 4 points fournies, selon la nature de la question, c'est-à-dire soit « mieux que d'habitude ; comme d'habitude ; moins bien que d'habitude ; beaucoup moins bien que d'habitude » ou « pas du tout ; pas plus que d'habitude ; plutôt plus que d'habitude ; beaucoup plus que d'habitude ».

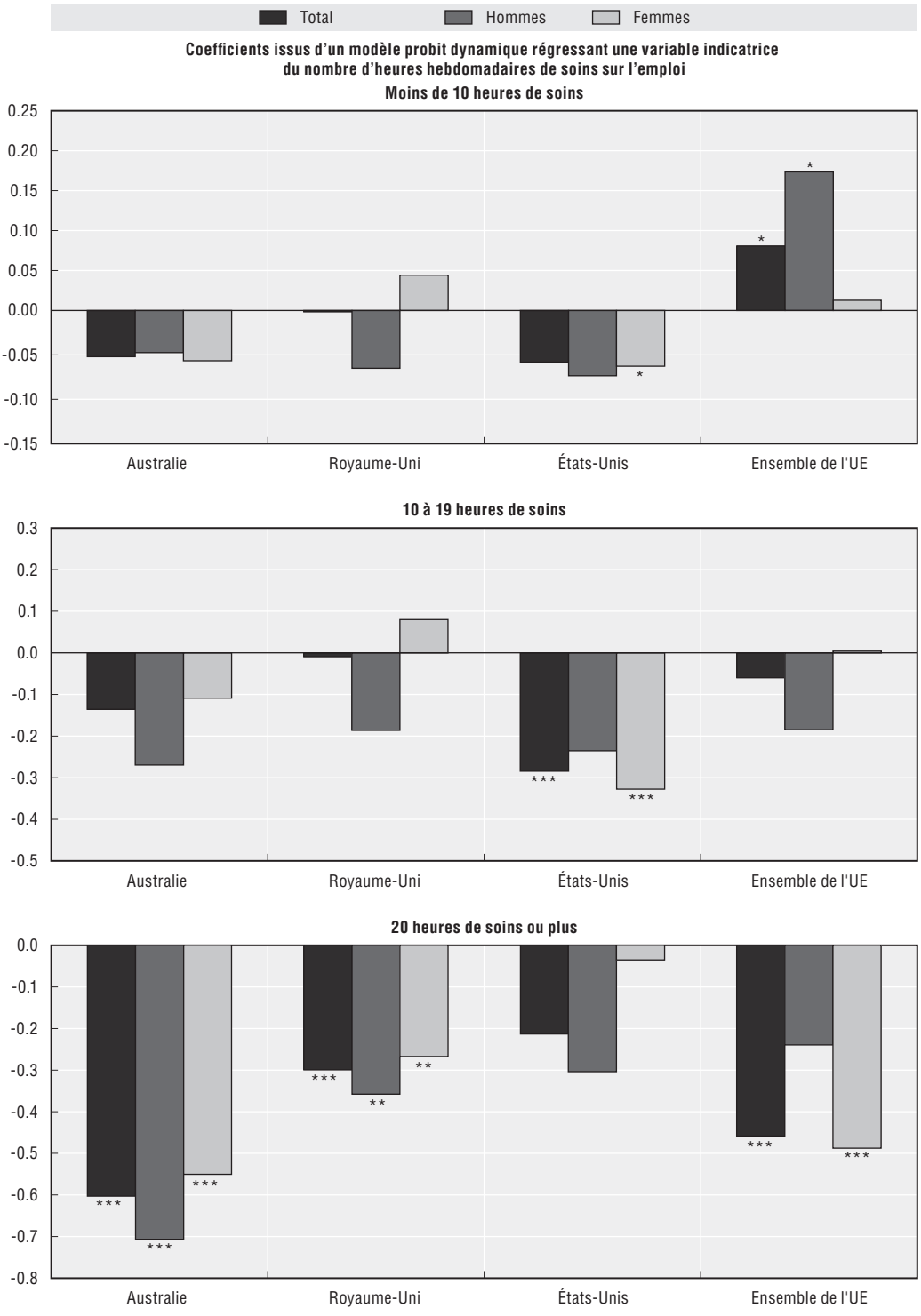
The Short-Form Health Survey (SF-36, SF-20, SF-12)

Le *Short-Form Health Survey* est un questionnaire sur la santé à objectifs multiples qui peut être auto-administré ou rempli dans le cadre d'entretiens, et qui couvre à la fois la santé physique et la santé mentale. La version la plus fréquemment utilisée, le SF-36, comporte 36 questions. Le SF-36 porte sur huit grands aspects de la santé et permet d'obtenir des scores synthétiques sur la santé physique et mentale. Ces huit aspects sont évalués à l'aide de quatre échelles d'évaluation de la santé physique (fonctionnement physique, limitations de l'activité liées à la santé physique, douleurs corporelles, état général) et quatre échelles d'évaluation de la santé mentale (vitalité, fonctionnement social, limitations de l'activité liées à la santé mentale et santé mentale). Pour chacune de ces huit échelles, le score peut aller de 0 à 100, un score de 100 représentant un fonctionnement optimal selon le SF-36. Des algorithmes normalisés de calcul des scores pour les huit échelles ont été introduits en 1998, ce qui permet d'effectuer, sur le même graphique, des comparaisons significatives des scores obtenus sur les huit échelles et des indicateurs synthétiques de la santé physique et mentale. Le SF-12 est une version abrégée du SF-36 qui calcule les scores synthétiques de santé physique et mentale à partir d'un plus petit nombre de questions.

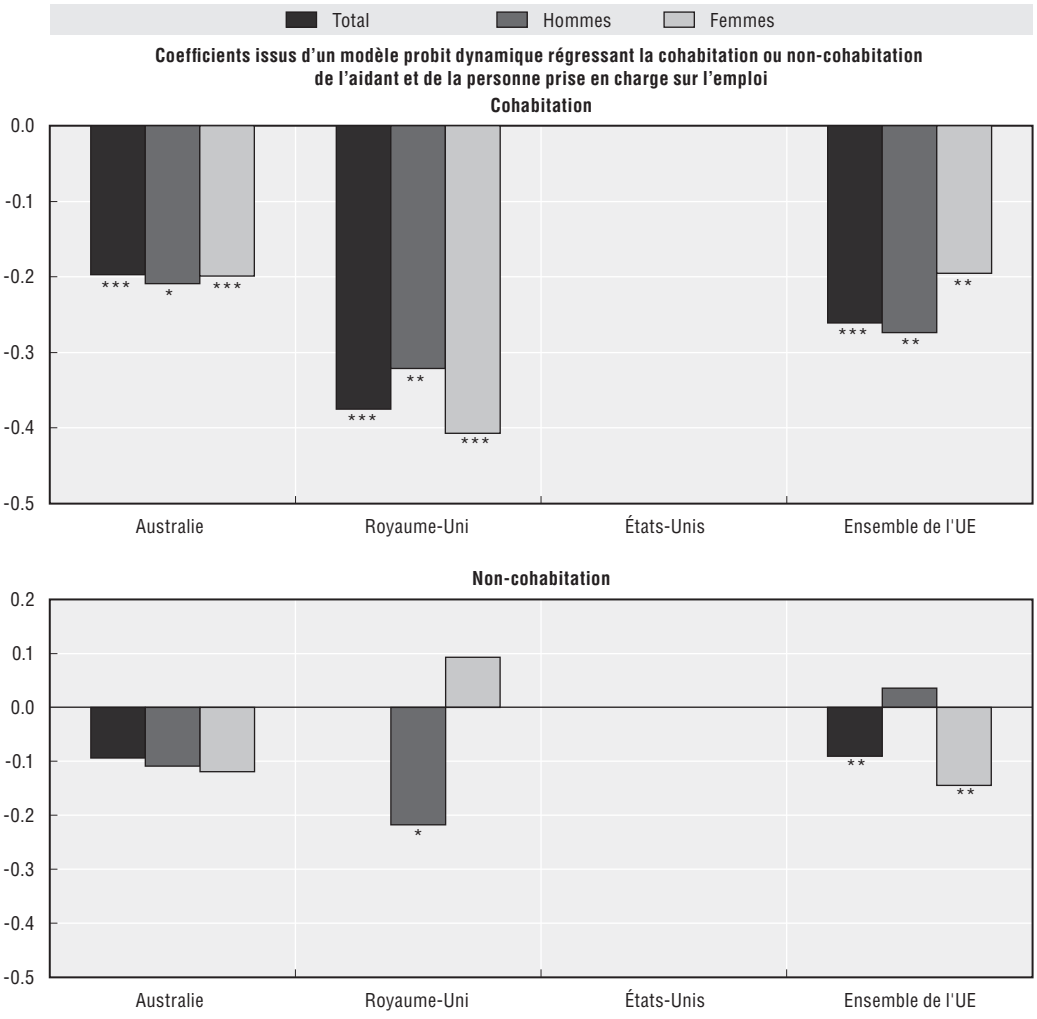
ANNEXE 3.A2

Chiffres complémentaires

Graphique 3.A2.1. **Une prise en charge plus intensive et la cohabitation de l'aidant avec la personne prise en charge ont une incidence négative plus forte sur l'emploi**



Graphique 3.A2.1. **Une prise en charge plus intensive et la cohabitation de l'aidant avec la personne prise en charge ont une incidence négative plus forte sur l'emploi** *(suite)*



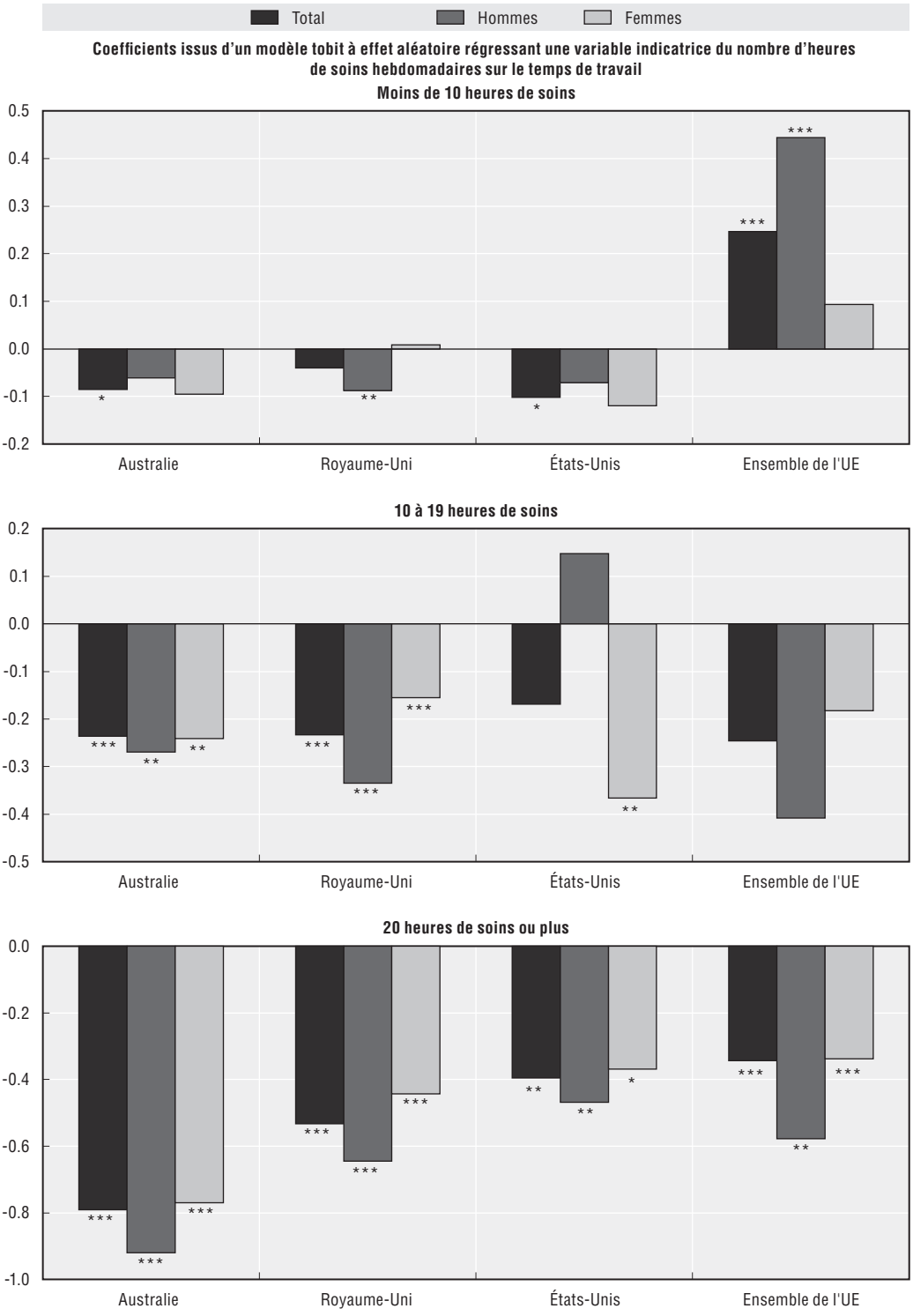
*, **, *** : statistiquement significatif aux seuils de 10 %, 5 % et 1 %, respectivement.

Note : Les échantillons incluent les personnes de moins de 65 ans en Australie et au Royaume-Uni, âgées de 50 à 65 ans dans les autres pays européens et aux États-Unis. Les années examinées pour les différents pays sont les suivantes : 2005-07 pour l'Australie ; 1991-2007 pour le Royaume-Uni ; 2004-06 pour les autres pays européens ; 1996-2006 pour les États-Unis. L'échantillon inclut les individus présents dans au moins trois vagues consécutives en Australie, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Toutes les régressions incluent les mêmes variables de contrôle que dans le graphique 3.6. Les données relatives aux États-Unis ne tiennent compte que des soins prodigués aux parents. La situation au regard de l'emploi en t-1 et la situation au regard de l'emploi initiale sont incluses pour tous les pays sauf les pays européens (à l'exception du Royaume-Uni).

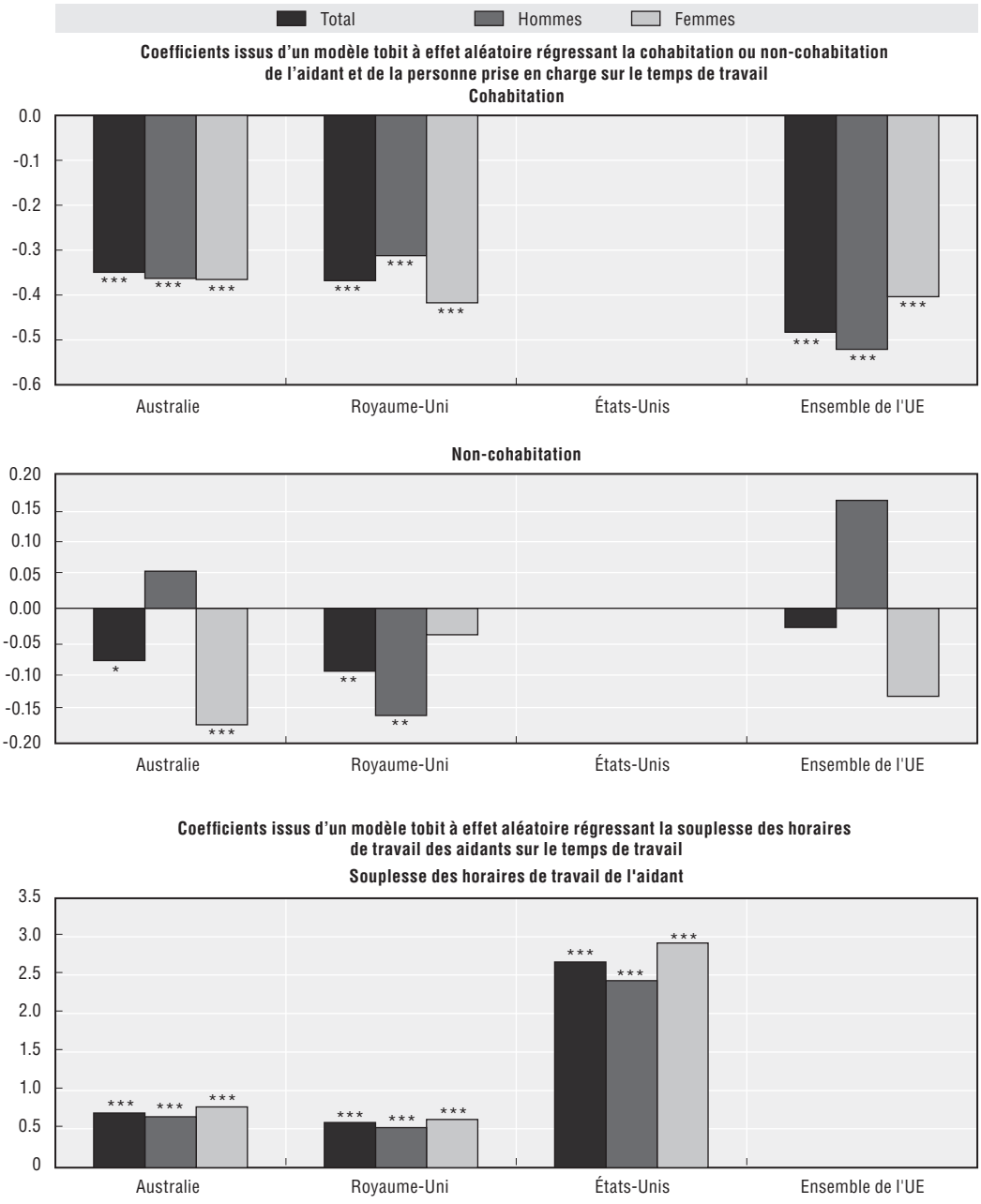
Source : Estimations réalisées par l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA pour l'Australie, BHPS pour le Royaume-Uni, SHARE pour les autres pays européens et HRS pour les États-Unis.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501156

Graphique 3.A2.2. **Une prise en charge plus intensive et la cohabitation de l'aidant avec la personne prise en charge ont une incidence négative plus forte sur le temps de travail**



Graphique 3.A2.2. **Une prise en charge plus intensive et la cohabitation de l'aidant avec la personne prise en charge ont une incidence négative plus forte sur le temps de travail** *(suite)*



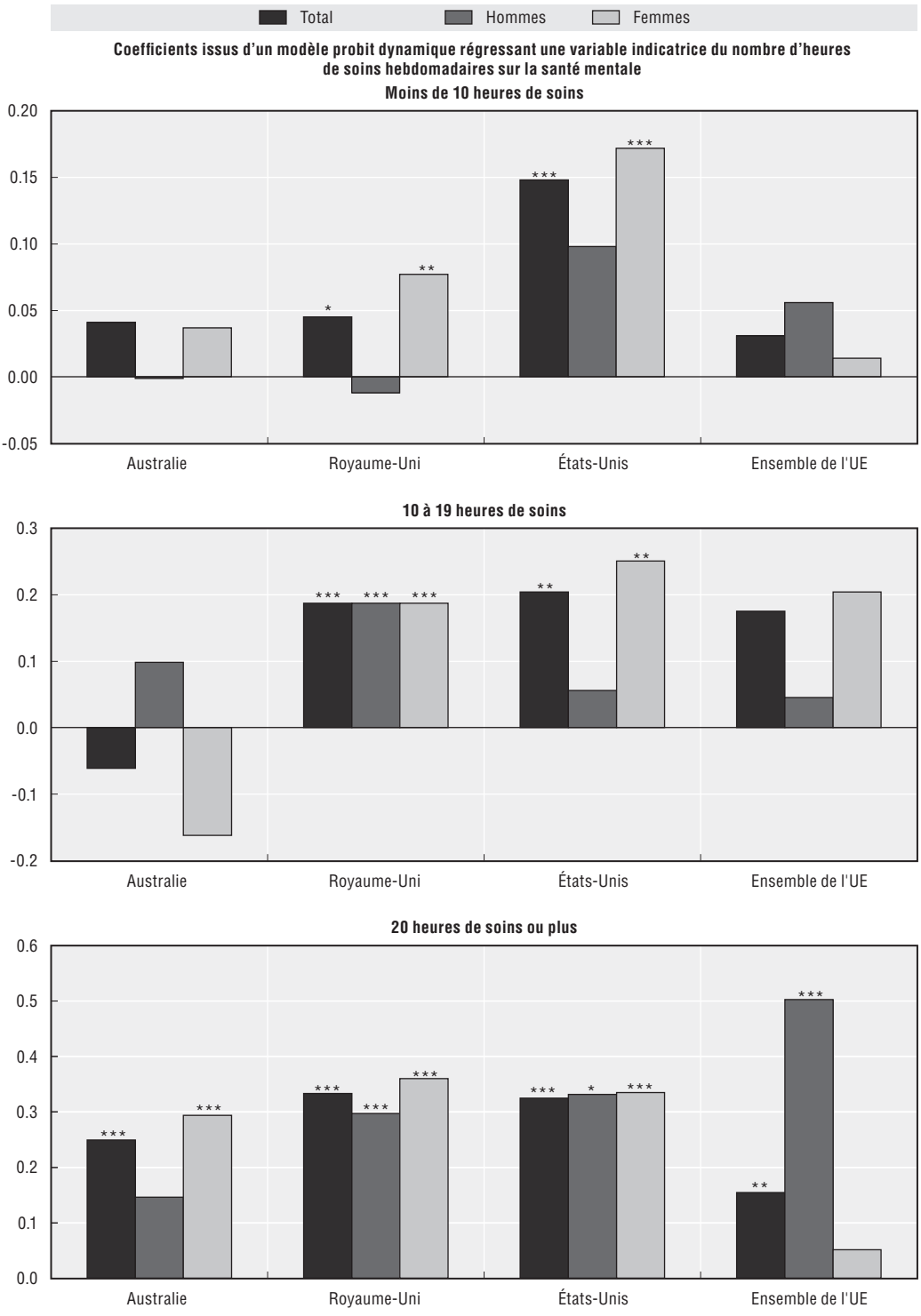
*, **, *** : statistiquement significatif aux seuils de 10 %, 5 % et 1 %, respectivement.

Note : Les échantillons incluent les personnes de moins de 65 ans en Australie et au Royaume-Uni, âgées de 50 à 65 ans dans les autres pays européens et aux États-Unis. Les années examinées pour les différents pays sont les suivantes : 2005-07 pour l'Australie ; 1991-2007 pour le Royaume-Uni ; 2004-06 pour les autres pays européens ; 1996-2006 pour les États-Unis. L'échantillon inclut les individus présents dans au moins trois vagues consécutives en Australie, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Toutes les régressions incluent les mêmes variables de contrôle que dans le graphique 3.6. Les données relatives aux États-Unis ne tiennent compte que des soins prodigués aux parents. La situation au regard de l'emploi en t-1 et la situation au regard de l'emploi initiale sont incluses pour tous les pays sauf les pays européens (à l'exception du Royaume-Uni).

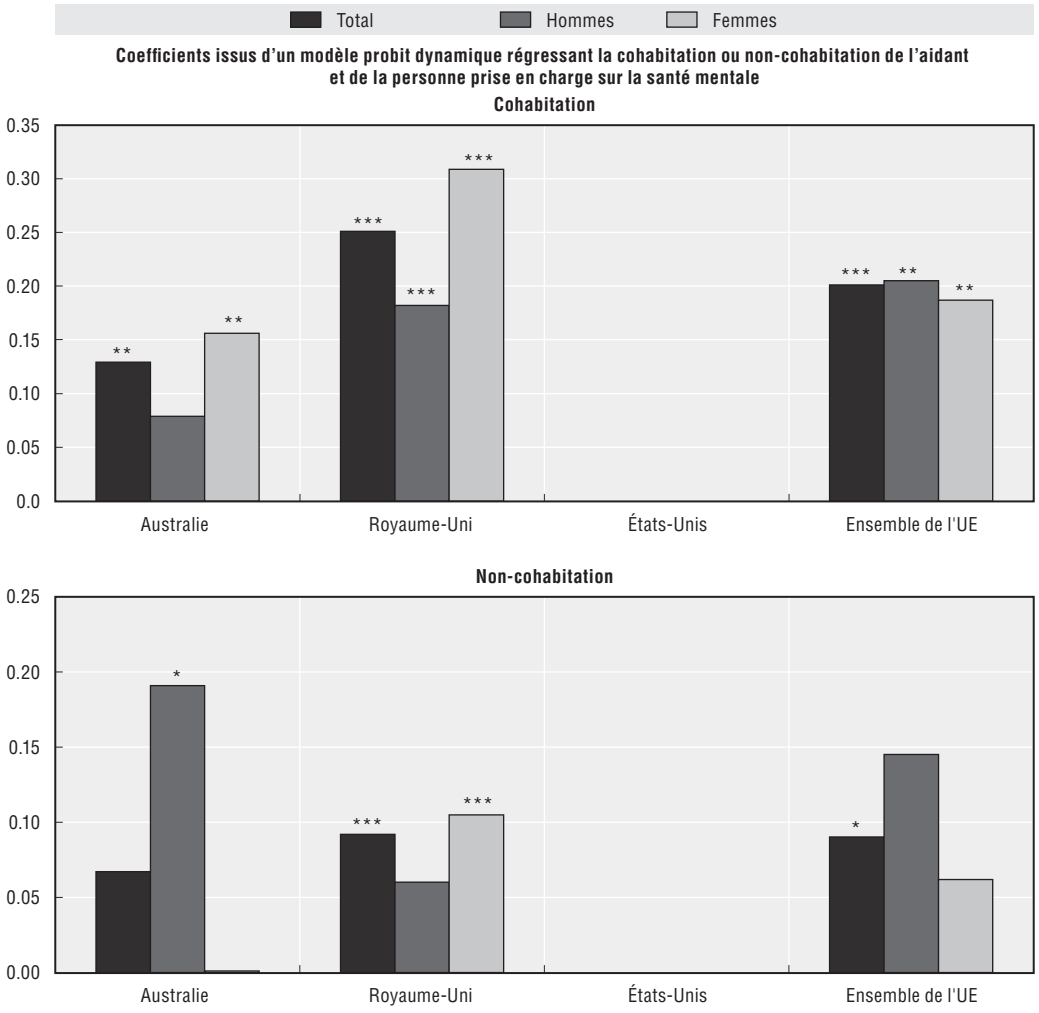
Source : Estimations réalisées par l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA pour l'Australie, BHPS pour le Royaume-Uni, SHARE pour les autres pays européens et HRS pour les États-Unis.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501175

Graphique 3.A2.3. **Une prise en charge plus intensive et la cohabitation de l'aidant avec la personne prise en charge ont une incidence négative plus forte sur la santé mentale**



Graphique 3.A2.3. **Une prise en charge plus intensive et la cohabitation de l'aidant avec la personne prise en charge ont une incidence négative plus forte sur la santé mentale** *(suite)*



*, **, *** : statistiquement significatif aux seuils de 10 %, 5 % et 1 %, respectivement.

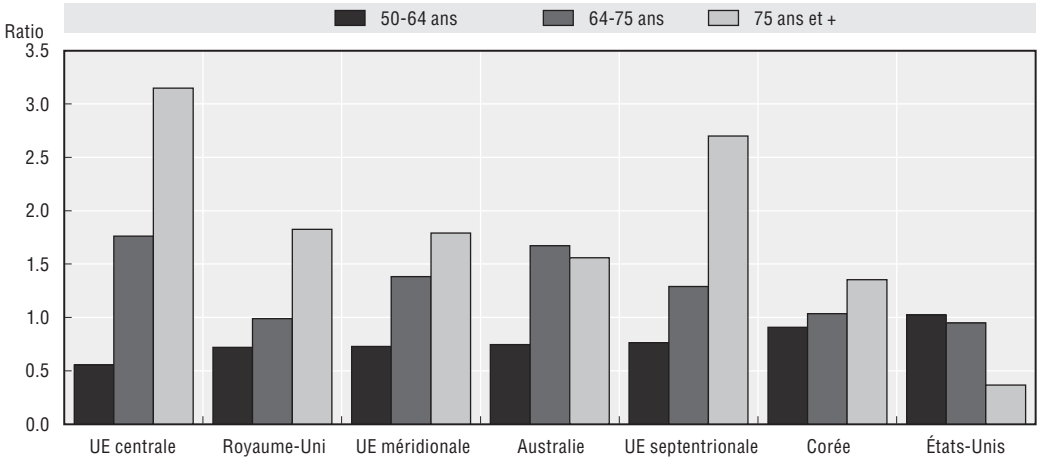
Note : Les échantillons incluent les personnes de moins de 65 ans en Australie et au Royaume-Uni, de 50 ans à 65 ans dans les autres pays européens et aux États-Unis. Les années examinées pour les différents pays sont les suivantes : 2005-07 pour l'Australie ; 1991-2007 pour le Royaume-Uni ; 2004-06 pour les autres pays européens ; 1996-2006 pour les États-Unis. L'échantillon inclut les individus présents dans au moins trois vagues consécutives en Australie, au Royaume-Uni et aux États-Unis. Toutes les régressions incluent les mêmes variables de contrôle que dans le graphique 3.6. Les données relatives aux États-Unis ne tiennent compte que des soins prodigués aux parents. La situation au regard de l'emploi en t-1 et la situation au regard de l'emploi initiale sont incluses pour tous les pays sauf les pays européens (à l'exception du Royaume-Uni).

Source : Estimations réalisées par l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA pour l'Australie, BHPS pour le Royaume-Uni, SHARE pour les autres pays européens et HRS pour les États-Unis.

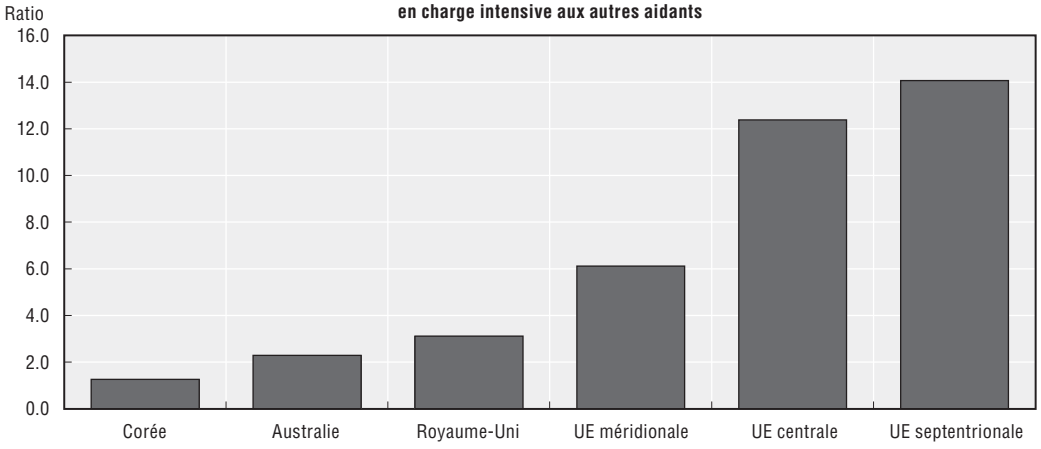
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501194

Graphique 3.A2.4. **Les aidants qui assurent une prise en charge intensive ont une probabilité plus forte d'être plus âgés et plus défavorisés socialement**

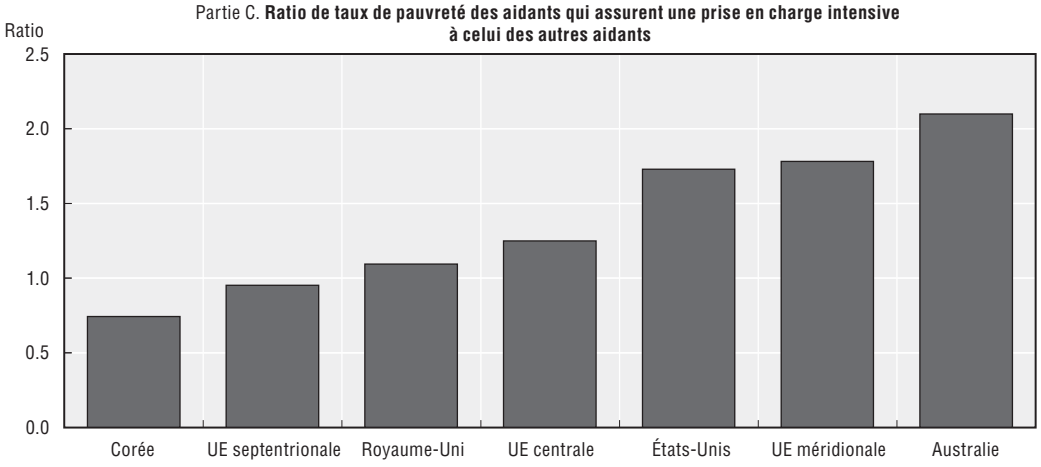
Partie A. **Ratio âge des aidants qui assurent une prise en charge intensive/autres aidants**



Partie B. **Soins dispensés au conjoint : ratio rapportant les aidants qui assurent une prise en charge intensive aux autres aidants**

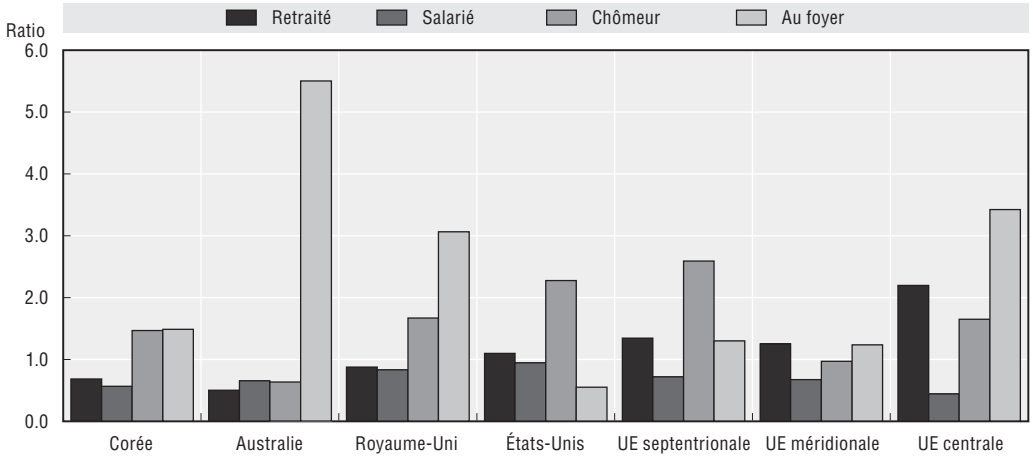


Partie C. **Ratio de taux de pauvreté des aidants qui assurent une prise en charge intensive à celui des autres aidants**

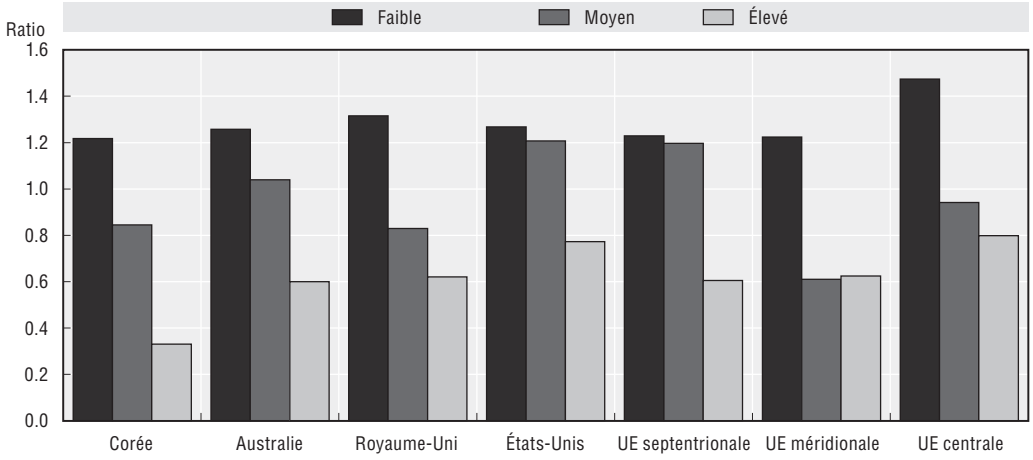


Graphique 3.A2.4. **Les aidants qui assurent une prise en charge intensive ont une probabilité plus forte d'être plus âgés et plus défavorisés socialement** *(suite)*

Partie D. **Situation au regard de l'emploi : ratio aidants qui assurent une prise en charge intensive/autres aidants**



Partie E. **Niveau d'instruction : ratio aidants qui assurent une prise en charge intensive/autres aidants**



Note : Les échantillons incluent les personnes de 50 ans et plus (sauf en Corée : 45 ans et plus). Les données relatives aux États-Unis ne tiennent compte que des soins prodigués aux parents. Les années examinées pour les différents pays sont les suivantes : 2005-07 pour l'Australie ; 1991-2007 pour le Royaume-Uni ; 2004-06 pour d'autres pays européens ; 2005 pour la Corée ; 1996-2006 pour les États-Unis.

Source : Estimations réalisées par l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA pour l'Australie, BHPS pour le Royaume-Uni, SHARE pour les autres pays européens et HRS pour les États-Unis.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932501213*

ANNEXE 3.A3

Estimer l'impact de la prise en charge d'une personne dépendante sur les caractéristiques professionnelles des aidants informels

Probabilité de travailler

L'analyse de l'emploi est effectuée à l'aide d'un modèle incluant une variable dépendante retardée, à savoir un modèle probit dynamique. Ce modèle estime la probabilité de travailler en fonction de la situation antérieure au regard de l'emploi (*d*), de la prise en charge d'une personne dépendante (C) ainsi que des caractéristiques démographiques et des caractéristiques du travail (X), après prise en compte des conditions initiales (δ) pour un individu *i* à l'instant *t* :

$$\Pr(d_{it} = 1 \mid d_{it-1}, X_{it}, \delta_i) = \Phi(d_{it-1}^{'}\phi + X_{it}^{'}\beta + C_{it}^{'}\gamma + \delta_i)$$

Les conditions initiales sont modélisées selon la méthode proposée par Wooldridge (2005) en incluant la moyenne des régresseurs variant dans le temps et la valeur initiale de la variable dépendante. Les estimations du modèle probit à effets aléatoires étant biaisées en présence d'effets de rétroaction, on a utilisé l'estimateur groupé, qui permet d'obtenir des estimations cohérentes mais inefficientes.

Temps de travail

Le temps de travail est une variable continue, mais l'intervalle est contraint parce qu'il est égal à zéro pour une proportion non négligeable de la population (les personnes qui ne travaillent pas) et positif pour le reste, c'est-à-dire :

$$y_{it} = z'_{it}\theta + \alpha_i + \varepsilon_{it}$$

mais $y_{it} = y^*_{it}$ si $y_{it} \geq\leq 0$

$y_{it} = 0$ si $y_{it} \leq 0$

où y représente le nombre d'heures de travail, z un ensemble de caractéristiques individuelles, ε un terme d'erreur idiosyncratique et α les effets individuels.

Un modèle tobit à effets aléatoires est utilisé lorsque la fonction de vraisemblance du temps de travail est :

$$f(y_{it} \mid x_{it}, \alpha_i, \theta) = 1 - \Phi(\frac{z_{it}^{'}\theta + \alpha_i}{\sigma_\varepsilon})$$

Modèle logit multinomial

Le choix individuel entre ne pas travailler, travailler à temps partiel et travailler à plein temps a été modélisé à l'aide d'un modèle logit multinomial. Dans le cadre de la présente analyse, ce modèle examine l'incidence de la prise en charge d'une personne dépendante et d'autres caractéristiques individuelles sur la probabilité de travailler à temps partiel ou de ne pas travailler, les probabilités de chaque choix étant :

$$P\{l_i = j\} = \frac{\exp\{\omega_{ij}^{'} \upsilon\}}{1 + \exp\{\varpi_{i2}^{'} \upsilon\} + ... + \exp\{\varpi_{iM}^{'} \nu\}} \quad j = 1, 2, ..., M$$

Pour un individu *I* et un choix *j* avec M=3, M correspondant aux trois modalités de travail possibles indiquées ci-dessus.

Une analyse de sensibilité a été réalisée pour toutes les estimations sur la base : 1) des heures continues de prise en charge par semaine (exprimées en logarithme), au lieu d'une variable indicatrice, pour modéliser la prise en charge d'une personne dépendante, et 2) de trois catégories pour le nombre d'heures de prise en charge par semaine pour mesurer l'intensité de la prise en charge (moins de 10 heures par semaine, entre 10 et 20 heures et plus de 20 heures par semaine). De plus, l'analyse a aussi été effectuée séparément pour la prise en charge opérée au sein et à l'extérieur du foyer.

ANNEXE 3.A4

Mesurer l'impact de la prise en charge d'une personne dépendante sur les salaires

Dans cette annexe, la perte de rémunération induite par l'activité d'aidant informel est analysée à l'aide des salaires horaires issus de plusieurs bases de données longitudinales. Les salaires ne pouvant être observés que pour les individus qui travaillent, il est possible que les salaires observés soient faussés par des problèmes d'échantillonnage si les déterminants inobservés des salaires ont également une incidence sur les décisions individuelles relatives à la participation au marché du travail.

Pour les analyses transversales, on a utilisé le modèle d'estimation en deux étapes de Heckman. Pour les analyses longitudinales, on a utilisé la méthode de correction de Wooldridge consistant à calculer l'inverse du ratio de Mills à partir d'un modèle probit de l'équation de sélection. L'inverse du ratio de Mills est ensuite intégré à un estimateur des doubles moindres carrés sur données groupées déterminé en incorporant, à la première étape, une équation de participation.

$$w_{it} = x_{it}^{'}\beta + \gamma_i + \hat{\lambda}_{it} + \mu_{it}$$

$$p_{it}^{*} = z_{it}^{'}\nu + \alpha_i + \varepsilon_{it}$$

$$p_{it} = 1[p_{it}^{*} \geq 0]$$

Dans l'équation de salaire, w est le salaire horaire, exprimé en logarithme, de l'individu i à l'instant t, en fonction de plusieurs variables sociodémographiques incluant la décision et l'inverse du ratio de Mills λ. Dans l'équation de participation, p est une variable binaire qui prend la valeur 1 si l'individu participe au marché du travail et la valeur 0 dans le cas contraire. La décision de participer ou non au marché du travail dépend de plusieurs variables explicatives z, ainsi que d'effets invariants dans le temps α et d'une erreur variant dans le temps ε. Parmi les variables explicatives de l'équation de participation figurent des variables supplémentaires qui ont une incidence sur la sélection, mais pas sur les salaires.

Il est possible que l'équation de salaire soit affectée par d'éventuels problèmes d'hétérogénéité et d'endogénéité. Pour corriger ces biais, une analyse de sensibilité a été réalisée pour le Royaume-Uni et pour les États-Unis (où il existe des décalages dans le temps suffisants). Semykina et Wooldridge (2005) recommandent d'utiliser les moyennes des variables strictement exogènes comme instruments.

Chapitre 4

Les mesures de soutien des aidants familiaux

Dans la plupart des pays, ce sont les aidants familiaux et les amis qui fournissent la majeure partie des soins de longue durée ; la valeur économique estimée de cette dernière est très supérieure à celle des soins prodigués par les effectifs du secteur. Compte tenu des difficultés démographiques et des problèmes de coût auxquels vont être confrontés à l'avenir les systèmes de prise en charge de la dépendance de la zone OCDE, il est essentiel que l'assistance informelle continue de jouer un rôle, d'autant plus qu'elle correspond à la forme d'aide que préfèrent les bénéficiaires eux mêmes. Continuer de rechercher des solutions pour soutenir et préserver l'offre familiale de services pourrait donc être une stratégie avantageuse pour tous les acteurs concernés – bénéficiaires, aidants et dispositifs publics. Ce chapitre présente une vue d'ensemble et une évaluation des mesures actuellement en place en faveur des aidants familiaux sous trois angles principaux, à savoir les soins de longue durée et le marché du travail, le bien être des aidants et leur reconnaissance financière. Il examine ensuite la question de savoir si ces mesures facilitent réellement la conciliation de la prise en charge d'une personne dépendante et d'un emploi rémunéré, atténuent le surmenage et les tensions psychologiques des aidants, et permettent une reconnaissance des autres coûts associés à la prise en charge de la dépendance.

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

4.1. Renforcer le rôle des aidants et améliorer leur bien-être

Les pays ont adopté un certain nombre de mesures visant directement ou indirectement les aidants informels[1]. Pourtant, certains d'entre eux continuent de rencontrer d'importantes difficultés pour concilier travail et prise en charge d'une personne dépendante, et souffrent souvent de problèmes de santé mentale, ce qui porte à croire que ces mesures pourraient être améliorées. L'ampleur et la nature des mesures adoptées dans ce domaine, telles que prestations en espèces et services en nature (soins-relais par exemple), ou mesures visant à faciliter la conciliation entre fonction d'aidant et activité professionnelle (possibilités d'aménagement du temps et des horaires de travail par exemple), varient d'un pays de l'OCDE à l'autre.

4.2. Aider à concilier la prise en charge de personnes dépendantes et un travail rémunéré

La prise en charge de la dépendance va de pair avec une diminution non négligeable du taux d'emploi et du temps de travail, en particulier pour les individus qui assurent une assistance intensive (chapitre 3). D'autres études montrent qu'en plus de réduire le taux d'activité, la fonction d'aidant informel génère de l'absentéisme, une irrégularité des horaires de travail (arrivée tardive et heure de départ contrainte) et un manque de concentration au travail (Gautun et Hagen, 2007). Par conséquent, les mesures qui allègent la double pression liée au cumul de la prise en charge d'une personne dépendante et d'un travail pourraient améliorer l'aptitude à l'emploi des aidants qui travaillent, et faire de la prise en charge des soins de longue durée une perspective réellement envisageable pour un plus grand nombre d'individus. La partie suivante examine les mesures destinées à aider l'emploi d'aidants et la façon de les améliorer.

Congés

Bien que beaucoup de pays de l'OCDE reconnaissent le rôle important que jouent les aidants familiaux et soient conscients de la nécessité de les aider à concilier travail et prise en charge d'une personne dépendante, cette reconnaissance ne se retrouve pas toujours dans la pratique des services. Les deux tiers des pays de l'OCDE pour lesquels on dispose de données prévoient un congé pour les aidants, même si les conditions à satisfaire pour en bénéficier sont souvent restrictives et que la rémunération de ce congé n'est assurée que dans un peu moins de la moitié de ces pays (voir en annexes 4.A1 et 4.A2 une description des formes de congé en place dans chaque pays). Au contraire, le congé parental, qui permet aux parents de s'occuper de leurs enfants, est très répandu – bien que sa nature et son contenu varient – et est rémunéré dans trois pays de l'OCDE sur quatre, même si cette rémunération est souvent faible (OCDE, 2007). Les études sur l'utilisation du congé parental montrent que ce dernier a une incidence positive sur le temps de travail et le taux d'activité des femmes lorsqu'il est de courte durée (Spiess et Wrohlich, 2006). Bien que les travaux publiés sur les congés pour prise en charge de la dépendance soient moins

nombreux, certaines études longitudinales montrent que ces congés et les possibilités d'aménagement des horaires de travail ont un impact positif en termes de probabilité de maintien des femmes dans l'emploi, même si l'impact global de ces mesures sur l'emploi reste incertain dans la mesure où il est possible qu'elles réduisent les possibilités d'emploi des aidants qui ne travaillent pas (Pavalko et Henderson, 2006).

Dans les trois quarts des pays où il existe, le congé rémunéré pour prise en charge d'une personne dépendante est d'une durée plafonnée à un mois ou n'est accordé que pour s'occuper d'un malade en phase terminale. C'est la Belgique qui offre le congé indemnisé par des fonds publics le plus long, puisque sa durée peut aller jusqu'à 12 mois ; ce congé ne peut être refusé par l'employeur que pour raison de service impérieuse. Au Japon, le congé indemnisé est aussi assez long, puisqu'il peut atteindre 93 jours, avec prise en charge de 40 % du salaire par l'assurance d'État si l'employeur ne rémunère pas son salarié pendant ledit congé. En termes d'indemnisation, les pays les plus généreux sont les pays scandinaves : le congé est ainsi rémunéré à hauteur de 100 % du salaire en Norvège et de 80 % en Suède ; au Danemark, lorsque l'employeur continue de verser l'intégralité du salaire pendant le congé, la municipalité lui rembourse au moins l'équivalent de 82 % du plafond appliqué aux prestations de maladie.

S'agissant des congés sans solde, on observe un clivage géographique. Certains pays (comme la Belgique, la France, l'Espagne et l'Irlande) prévoient un congé long, pouvant durer une ou plusieurs années. En Irlande et en Espagne, le congé est relativement long mais ne constitue pas un droit prévu par la loi, si bien que l'employeur peut opposer un refus pour raison de service. En France, le congé ne peut être refusé par l'employeur, mais les conditions à remplir pour en bénéficier sont relativement restrictives, puisqu'il ne peut être pris que pour s'occuper d'un membre de la famille présentant une perte d'autonomie de 80 %. Un deuxième groupe de pays (auquel appartiennent les pays anglophones et les Pays-Bas) prévoit un congé relativement court, d'une durée maximale de trois mois[2], et deux autres pays (Autriche et Allemagne) ont mis en place un congé de six mois, ce qui représente une durée moyenne. En Autriche, le congé sans solde est réservé aux personnes s'occupant d'un membre de leur famille en phase terminale.

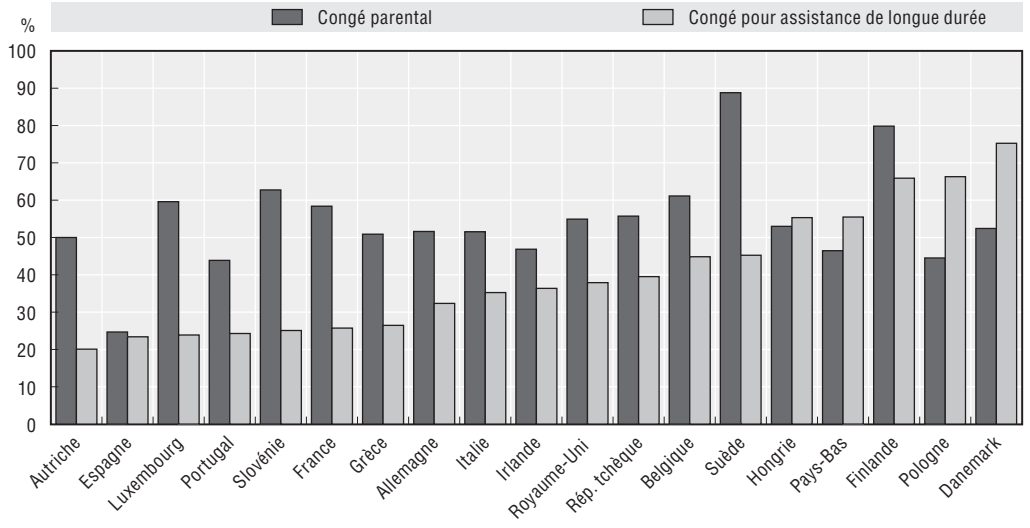
Concrètement, le recours à ces congés est peut-être encore plus limité du fait que les salariés redoutent des retombées négatives sur leur carrière et sur le revenu du ménage. À cet égard, il est possible que l'intensité de la prise en charge assurée et le montant de l'indemnisation du congé influent sur l'utilisation effective des droits prévus par la loi. Les aidants qui assurent une prise en charge limitée pourraient préférer utiliser leurs congés annuels ou prendre un congé de maladie, en particulier lorsqu'ils craignent qu'une demande de congé pour soins n'hypothèque leurs perspectives de carrière. Selon toute vraisemblance, plus l'indemnisation du congé est modeste, moins ce dernier est utilisé. La perte de revenu durant le congé est souvent l'une des raisons avancées par les salariés pour justifier leur choix d'utiliser leurs congés payés annuels ou un congé de maladie, dans la mesure où ils reçoivent un plein traitement pendant leurs congés annuels et où le taux de remplacement des prestations de maladie est généreux dans bon nombre de pays (Ikeda *et al.*, 2006). En revanche, les personnes qui, prenant leur conjoint en charge, dispensent davantage d'heures de soins, peuvent être plus enclines à faire valoir le droit à congé prévu par la loi même s'il est sans solde.

Bien qu'il soit difficile d'obtenir des données sur l'utilisation du congé, une enquête conduite auprès des entreprises de pays européens sur le temps de travail et l'équilibre vie de famille – vie professionnelle *(Establishment Survey on Working Time and Work-Life Balance*,

ESWT) contient des informations sur les congés pour soins accordés par les entreprises (graphique 4.1). Environ 37 % des entreprises européennes déclarent que leurs salariés peuvent prendre un congé de longue durée pour s'occuper d'une personne âgée ou d'un proche malade, tandis que le droit au congé parental existe dans la quasi-totalité d'entre elles et que 51 % des salariés employés dans les entreprises interrogées en ont bénéficié au cours des trois années précédant l'enquête. La proportion d'entreprises proposant un congé pour soins est plus forte en Scandinavie et en Pologne (60 % en moyenne) et nettement plus faible dans les pays d'Europe du Sud (environ 25 %). Des données similaires recueillies au Canada (pour les besoins de l'édition 2008 de l'Enquête sur les milieux de travail de compétence fédérale) montrent que 20 % environ des entreprises relevant de la compétence fédérale offrent des congés annuels rémunérés pour obligations familiales ou personnelles. Un tableau comparable prévaut au Japon, où les données (ne portant que sur la préfecture de Tokyo) indiquent que 10.7 % des entreprises comptent des salariés ayant pris un congé pour assistance à personne dépendante, alors que 90.9 % des femmes ayant donné naissance ont pris un congé parental (Tokyo Metropolitan Government Bureau of Industrial and Labour Affairs, 2008).

Graphique 4.1. **Le congé pour soins de longue durée est moins répandu que le congé parental**

Part des entreprises offrant un congé à leurs employés



Source : European Establishment Survey on Working Time and Work-Life Balance, 2004.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932501232*

L'utilisation du congé dépend dans une large mesure du secteur d'activité de l'entreprise, si bien qu'en l'absence de droits prévus par la loi, il existe un risque de disparités entre les travailleurs. Les congés de longue durée accordés pour s'occuper d'un proche âgé ou malade sont plus répandus dans le secteur public et les grandes entreprises[3]. S'agissant des entreprises, elles sont plus nombreuses à accorder ces congés lorsqu'elles emploient une forte proportion de personnel féminin ou un personnel relativement qualifié ; en outre, ces congés sont plus répandus dans le secteur des services que dans le secteur manufacturier. Ces entreprises sont aussi les plus enclines à proposer un dispositif destiné à faciliter la prise en charge des enfants (OCDE, 2007).

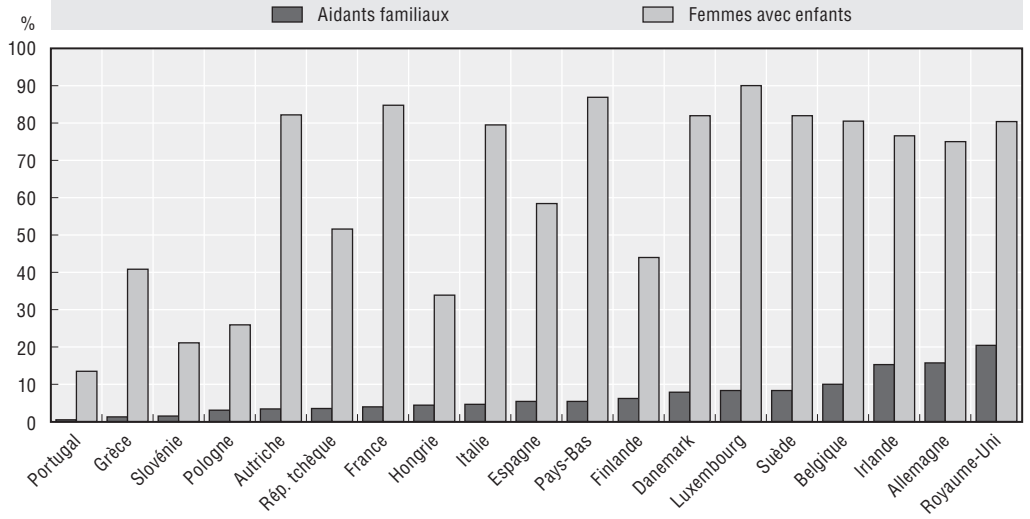
Possibilités d'aménagement du temps et des horaires de travail

Outre les congés, la possibilité d'aménager les horaires de travail aide aussi les aidants à rester insérés dans la population active tout en faisant face à leurs obligations de prise en charge d'une personne dépendante. Comme l'a montré le chapitre 3, les aidants qui, en Australie et au Royaume-Uni, disposent de cette possibilité ont moins de risques de réduire leur temps de travail. Une étude similaire conduite aux États-Unis a révélé que les femmes s'occupant d'une personne dépendante qui sont employées dans une entreprise leur permettant d'aménager leurs horaires avaient 50 % de chances supplémentaires d'être encore salariées deux ans plus tard que celles qui ne bénéficiaient pas de cette possibilité (Pavalko et Henderson, 2006). Les formules permettant d'aménager les horaires de travail pourraient constituer une bonne solution pour favoriser la conciliation des obligations d'aidant et de travailleur parce qu'elles permettent aux aidants, à travers leur activité professionnelle, de disposer d'un revenu suffisant et d'un réseau social.

Même si deux tiers des entreprises déclarent que leurs salariés ont recours au temps partiel[4], l'utilisation de cette formule pour s'occuper d'une personne âgée ou malade reste limitée. Comme les congés, le travail à temps partiel est moins souvent utilisé pour dispenser une aide et des soins de longue durée que pour s'occuper des enfants. Deux tiers environ des entreprises de l'échantillon ont déclaré que certaines de leurs salariées utilisaient le travail à temps partiel pour s'occuper de leurs enfants (graphique 4.2). Bien que les pères qui recourent à cette possibilité soient moins nombreux (21 %), ils le sont plus de deux fois plus que les salariés qui travaillent à temps partiel pour s'occuper d'une personne âgée ou malade (9 %). L'importance du recours au travail à temps partiel pour s'occuper d'une personne dépendante est très variable d'un pays européen à l'autre et n'est pas toujours en rapport avec la prévalence du recours au travail à temps partiel en général. Dans certains pays, ce rapport existe toutefois : en Grèce, 1 % seulement des entreprises déclarent que

Graphique 4.2. **Plus de femmes avec enfants que d'aidants familiaux parmi les salariés à temps partiel**

Proportion d'entreprises déclarant compter des femmes avec enfants et des aidants familiaux parmi leurs salariés à temps partiel



Source : European Establishment Survey on Working Time and Work-Life Balance, 2004.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501251

certains de leurs salariés travaillent à temps partiel pour assister une personne dépendante, et 16 % seulement des entreprises comptent des salariés à temps partiel, alors que ces proportions atteignent 18 % et 76 % au Royaume-Uni. En revanche, alors que les Pays-Bas sont l'un des pays où la proportion d'entreprises employant des salariés à temps partiel est la plus forte (89 %), l'utilisation du temps partiel pour s'occuper d'une personne âgée ou handicapée reste modeste (inférieure à 5 %). Il existe également des différences d'un secteur à l'autre (graphique 4.3).

La plus forte prévalence de dispositifs de travail à temps partiel en faveur des parents qu'en faveur des auxiliaires de personnes âgées fragilisées contribue à expliquer que le recours au temps partiel soit comparativement plus limité pour assumer une personne dépendante que pour s'occuper d'enfants. Ainsi, alors que les salariés ayant des enfants ont droit au temps partiel dans huit des dix pays de l'OCDE pour lesquels des données sont disponibles, la loi ne prévoit cette possibilité pour les travailleurs sans enfants que dans la moitié de ces pays (dans les deux tiers d'entre eux si l'on prend en compte les conventions collectives ou accords de branche). En outre, les conditions dans lesquelles les employeurs peuvent refuser la demande de congé parental sont souvent plus restrictives que celles appliquées lorsque le congé est demandé pour s'occuper d'une personne dépendante. Il faut interpréter ces dispositions à la lumière des données qui démontrent que le travail à temps partiel favorise une hausse du taux d'activité (OCDE, 2010).

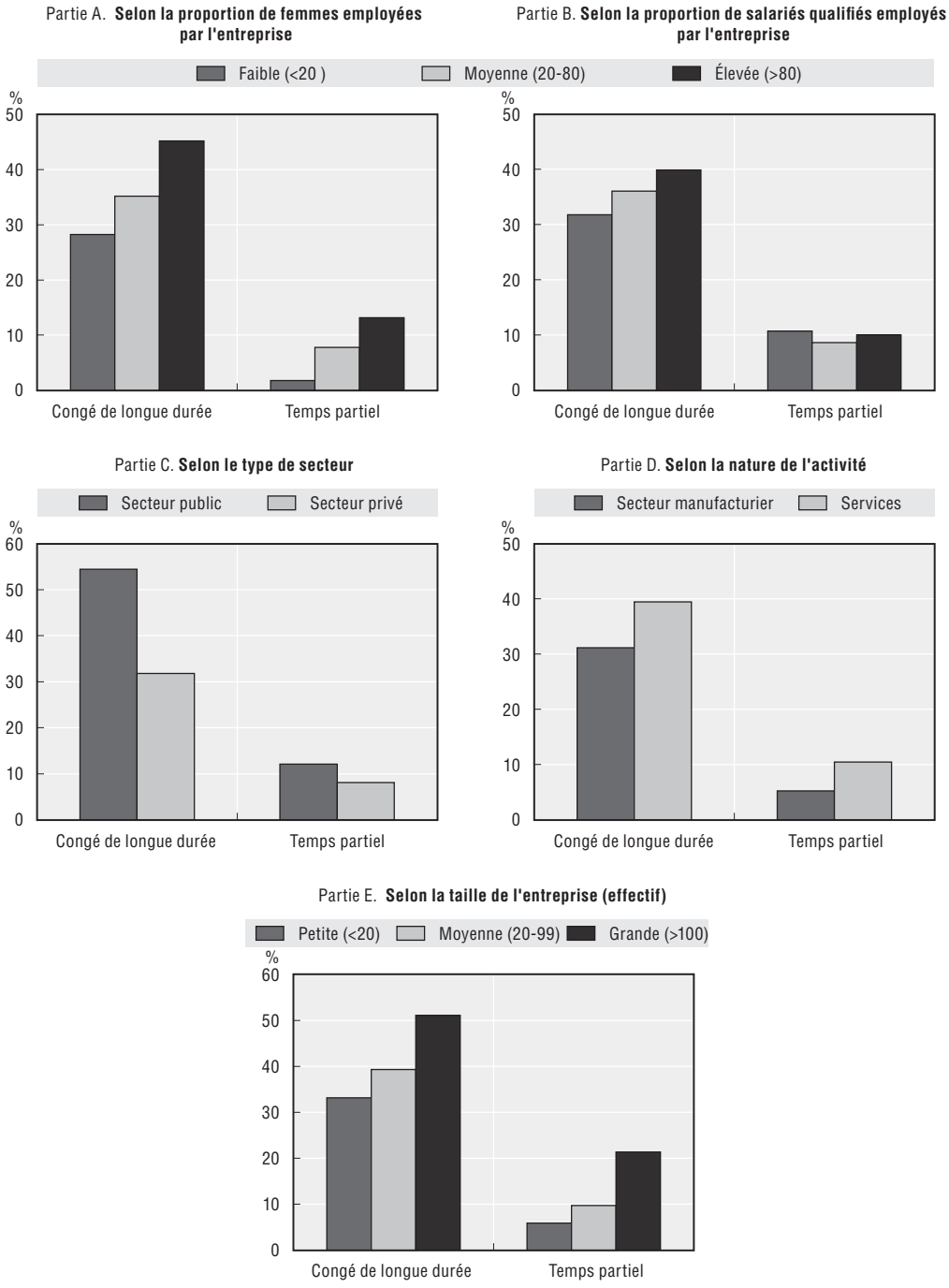
D'autre part, il existe également de fortes disparités en matière de durée du temps partiel demandé pour s'occuper d'une personne dépendante et de possibilité de retour au temps plein. Dans un peu moins de la moitié des 14 pays où il est possible de travailler à temps partiel pour s'occuper d'une personne dépendante, le droit de reprendre le travail à plein temps est automatique. Dans la pratique, selon l'enquête ESWT, dans les pays d'Europe orientale et au Portugal, un salarié à temps partiel n'a quasiment aucune chance de retrouver un poste équivalent à plein temps dans la même entreprise. Dans bon nombre de pays, la durée pendant laquelle l'activité peut être exercée à temps partiel n'est pas limitée, tandis que le total des réductions d'horaire et de journées pour congé familial est plafonné à 93 jours ou plus au Japon et à 12 semaines aux États-Unis. L'Allemagne prévoit une durée légèrement plus longue (six mois), et la Nouvelle-Zélande limite la réduction possible de la durée hebdomadaire de travail.

Comment le congé pour soins de longue durée doit-il évoluer ?

Comme dans le cas du congé parental, il est difficile de déterminer la durée idéale du congé pour soins de longue durée, un congé long risquant de nuire à la situation du salarié au regard de l'emploi, tandis qu'un congé court peut être insuffisant et l'obliger à démissionner. Toutefois, il est impossible de prévoir la durée et l'intensité de l'assistance dont aura besoin un proche malade ou handicapé, alors que la prise en charge de jeunes enfants nécessite, comme chacun sait, une assistance plus intensive lorsqu'ils sont en bas âge. Il pourrait être intéressant pour les salariés de pouvoir fractionner leur congé en plusieurs périodes. Dans l'idéal, les systèmes de congé devraient tenir compte du fait que certaines maladies se manifestent par crises, mais aussi de la dégradation ou de l'amélioration de l'état de santé, ou encore de l'évolution de l'offre de soins formels. Par ailleurs, les formules permettant de prendre un congé à temps partiel ou de reprendre le travail à temps partiel pourraient aussi répondre utilement aux besoins évolutifs des aidants et des personnes fragilisées ou handicapées. D'autres formes d'aménagement pourraient mieux convenir aux aidants qui ont besoin d'horaires variant de semaine en semaine, ou qui ne souhaitent pas réduire leur temps de travail, mais juste bénéficier d'une certaine souplesse.

Graphique 4.3. **Le congé pour soins de longue durée et le travail à temps partiel sont plus répandus dans certains secteurs d'activité**

Part des entreprises offrant des congés pour soins de longue durée ou un travail à temps partiel pour soins



Source : European Establishment Survey on Working Time and Work-Life Balance, 2004.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501270

Parallèlement, il existe un risque que les congés pour soins ne se transforment en solution de retraite anticipée, en particulier lorsqu'ils sont rémunérés. Alors que les parents prennent leur congé parental au début ou durant la première moitié de leur carrière, les

personnes qui prennent un congé pour soins de longue durée ont souvent dépassé l'âge de 45 ou 50 ans. Les congés de longue durée rémunérés risquent donc de constituer une voie d'accès anticipé à la retraite, en particulier si le versement des cotisations de retraite et de chômage est garanti. Ce phénomène s'est produit pour le Crédit temps, en Belgique, qui peut être pris sous forme d'interruption totale de travail ou de réduction du temps de travail pendant une durée maximale comprise entre un et cinq ans.

Le congé pour soins de longue durée est parfois réservé à la prise en charge de personnes souffrant d'une maladie en phase terminale. Or, à l'évidence, bien des soins sont nécessaires aussi pour d'autres individus qui ne sont pas dans cette situation. Il pourrait donc être souhaitable de retenir une définition plus large du congé – au risque toutefois de donner naissance à un aléa moral. En effet, en premier lieu, alors que la relation parent-enfant et les besoins de garde d'enfants sont relativement faciles à définir, il reste difficile, pour les responsables de l'action publique, de déterminer qui sont les aidants familiaux ou amicaux, ainsi que le niveau d'assistance à partir duquel le congé doit être accessible. Face à ces difficultés, les droits sont définis en termes de lien entre l'aidant et la personne dépendante ; or, une même personne pouvant être prise en charge par plusieurs aidants, la question se pose de savoir combien d'aidants par personne dépendante doivent pouvoir accéder au congé. Des dispositions sont déjà prévues à cet égard pour l'octroi des prestations en espèces (en Irlande par exemple). La Belgique pense à créer un statut fiscal et social pour les aidants, que l'on pourrait ainsi identifier et doter de droits légaux (encadré 4.1). Deuxièmement, il n'est aisé de déterminer ni les besoins d'assistance qui justifient un congé d'aidant, ni les conditions d'accès : celles-ci ne doivent être ni trop restrictives (comme en France, où le congé se limite aux malades en phase terminale ou présentant une incapacité de 80 %), ni tellement larges que n'importe quel proche puisse se prétendre aidant à plein temps. Étant donné que la plupart des aidants assurent une prise en charge peu intensive (chapitre 3), il faut s'interroger sur le degré d'investissement auprès d'une personne dépendante justifiant l'accès à un congé pour soins. Il pourrait donc être nécessaire que les mécanismes d'évaluation des besoins déjà en place pour déterminer les droits aux prestations prévues par les dispositifs publics de prise en charge de la dépendance s'appliquent aussi aux personnes dépendantes aidées par des membres de leur entourage familial ou amical.

Encadré 4.1. **Un statut pour les aidants familiaux : le cas de la Belgique**

Depuis 2008, la Belgique est en quête d'une reconnaissance légale des aidants familiaux. Cette reconnaissance suppose de définir légalement ce qu'est un aidant, d'instituer un certificat à durée limitée et de détailler les droits et obligations des individus concernés. Elle aura notamment pour objectifs de préserver les droits sociaux des aidants, de créer des mécanismes de flexibilité accrue en droit du travail, d'octroyer des allègements fiscaux et de résoudre certains problèmes de responsabilité civile et pénale. Aux termes de ce statut, le temps passé à s'occuper de la parentèle sera considéré comme du temps passé au travail, les aidants auront droit à la sécurité sociale et leurs qualifications seront plus facilement reconnues. L'identification des aidants facilitera le ciblage des mesures destinées à les épauler. D'un autre côté, cette reconnaissance légale bute sur la difficulté inhérente à la définition de la procédure d'agrément : il faut en particulier déterminer des critères de niveau de dépendance du bénéficiaire de l'assistance, et identifier les aidants par le contenu et la durée de leur engagement.

4.3. Améliorer le bien-être physique et mental des aidants

Comme l'a montré le chapitre 3, les aidants ont une probabilité plus grande que le reste de la population, en raison du caractère éprouvant de leur fonction, de souffrir de problèmes de santé mentale. Les mesures destinées à alléger les tensions psychologiques auxquelles ils sont soumis revêtent donc une importance capitale, en particulier au moment où les aidants eux-mêmes vieillissent et peuvent se fragiliser. Cette partie examine les atouts et les enjeux de trois types de mesures destinées à favoriser le bien-être des aidants : les services de soins-relais, l'accompagnement psychologique et la coordination de l'aide.

Les services de soins-relais

Les services de soins-relais sont souvent perçus comme la forme la plus importante et la plus courante d'aide destinée à décharger les aidants et à alléger les tensions psychologiques auxquelles ils sont soumis. Ils leur permettent d'interrompre leur activité d'aidant pendant une période plus ou moins longue (voir encadré 4.2). L'absence de relais pourrait les exposer à d'importants risques pour leur santé et à des risques sociaux graves, en raison de la tension psychologique qu'induit la prise en charge ininterrompue d'une personne dépendante, mais pourrait aussi restreindre leur temps de loisir, ou engendrer un sentiment d'isolement. Par suite de doutes quant à la qualité des soins-relais ou pour des raisons financières, les aidants sont souvent réticents à s'accorder ces pauses. Il est donc important de mener des politiques garantissant un accès facile à ces services (par exemple à travers des aides financières), ainsi qu'une certaine proximité géographique et une offre suffisante.

Encadré 4.2. **Qu'entend-on par soins-relais ?**

Les soins-relais recouvrent des interventions très variées dont le but est de libérer provisoirement l'aidant de ses obligations. Ces interruptions temporaires ont souvent vocation à renforcer ou restaurer la capacité de l'aidant à assumer ses fonctions (Van Exel *et al.*, 2006). Les formules les plus courantes sont les soins-relais :

- En centre de jour ;
- À domicile ;
- En établissement.

La durée des soins-relais est un critère de définition important. Dans certains cas, le service consiste en séjours de courte durée (soins-relais en centre de jour par exemple), tandis que dans d'autres, il est de plus longue haleine (vacances des aidants, soins d'urgence, etc.). Pour évaluer l'intérêt de ces services pour les aidants et les personnes prises en charge, il faut tenir compte à la fois de leur durée et leur périodicité (quotidienne ou hebdomadaire). Certains pays ont mis en place des « formules complètes » plus diversifiées (comportant à la fois des services de courte durée et des services de plus longue durée) pour mieux répondre aux besoins des aidants. Ces soins-relais peuvent être fournis dans divers cadres, tels que centres de proximité ou établissements, et par divers intervenants, par exemple des membres de l'entourage familial ou amical, et du personnel infirmier.

Les soins-relais font partie des mesures prises pour soutenir les aidants dans la quasi-totalité des pays de l'OCDE, même si les droits prévus par la loi sont très différents d'un pays à l'autre. En Irlande, une allocation annuelle à utiliser au cours de l'année est versée pour financer ces services, tandis qu'en Autriche, une prestation spécifique est prévue à cet effet

pendant une durée maximale de quatre semaines. En Allemagne, ils peuvent être financés par le système d'assurance pendant la même durée qu'en Autriche. Au Luxembourg, l'assurance dépendance prévoit une aide supplémentaire pour financer des soins-relais pendant trois semaines. En Finlande, une nouvelle loi relative aux aidants familiaux, adoptée en 2006, permet aux aidants qui assurent une assistance permanente de faire une pause trois jours par mois. Le ministère finlandais de la Santé et des Affaires sociales prépare actuellement un plan national de développement sur le soutien aux aidants informels. Dans beaucoup d'autres pays, les services de soins-relais existent, mais il n'est pas prévu de droit spécifique pour les aidants, ou le nombre de jours pendant lequel ils peuvent en bénéficier n'est pas précisé.

L'ampleur des dispositifs publics de fourniture directe ou de financement des soins-relais varie fortement d'un pays à l'autre et reste limitée. Dans la plupart des pays de l'OCDE, les services de courte durée sont financés directement par les familles, mais il existe des possibilités d'aide financière pour les ménages modestes. En Autriche, en Finlande et en Hongrie, les soins-relais à domicile ne sont pas financés par des fonds publics et sont intégralement à la charge des utilisateurs. Dans certains pays comme le Canada, des mécanismes d'incitation financière sous forme de crédits d'impôt ont été mis en place pour les familles qui ont recours à ces services[5]. Au Danemark, les municipalités sont tenues de prévoir des solutions de remplacement ou des services de soins-relais pour les personnes qui s'occupent d'un membre de leur famille, et ces services sont intégralement financés par des fonds publics. En outre, certains pays de l'OCDE souffrent d'une pénurie de services de ce type. Ainsi, en France et en Suisse, les établissements qui proposent des soins-relais ont une liste d'attente, ces services n'étant offerts que lorsque les lits de long séjour sont libres. De surcroît, en France, le coût des soins-relais est souvent supérieur au montant de la prestation en espèces universelle. Dans beaucoup de pays tels que le Japon, les pays d'Europe du Nord, l'Espagne et le Royaume-Uni, la mise en place de ces services est du ressort des municipalités, en particulier dans le cas des soins-relais en centre de jour et des soins-relais à domicile, si bien qu'il existe d'importantes disparités géographiques dans l'accès à ces services et dans leur mise à disposition.

Les soins-relais constituent une solution satisfaisante pour les aidants, mais toutes les formules ne sont pas rentables. Bien que leur efficacité soit difficile à évaluer parce que leur incidence sur l'activité d'aidant informel est multidimensionnelle (santé physique et mentale, satisfaction, admission en établissement), des évaluations récentes montrent qu'ils sont plébiscités par les aidants (Pickard, 2004 ; Zank et Schacke, 2002 ; Van Exel, 2007). Malheureusement, ils n'aboutissent pas systématiquement à une amélioration de leur état de santé mentale. En particulier, les données relatives à l'efficacité des *soins-relais en centre de jour* en termes d'amélioration de la santé mentale des aidants sont contrastées, et celles qui prouvent l'efficacité des soins-relais à domicile sont rares. Les soins-relais pourraient avoir une incidence plus marquée pour les aidants qui assurent une prise en charge intensive, et les soins-relais en centre de jour semblent plus efficaces pour les aidants qui exercent une activité professionnelle rémunérée ou s'occupent de personnes souffrant de problèmes cognitifs (Davies et Fernandez, 2000). Quant aux soins-relais en établissement, les données montrent qu'ils allègent la charge subjective des aidants, au prix peut-être d'une accélération de l'admission en établissement de la personne dépendante (Pickard, 2004). Aux États-Unis, des formules hybrides associant les diverses formes de soins-relais présentées ci-dessus ont également donné des résultats contrastés, qui pourraient cependant s'expliquer par leur faible utilisation.

Une bonne planification des services de soins-relais et l'introduction de formules souples peuvent améliorer la situation des aidants et réduire les difficultés d'accès à ces

services. Les études prouvant leur incidence positive sur les aidants restent pourtant rares, si bien que l'établissement de recommandations sur les formules les plus adaptées n'est pas chose aisée. À cet égard, la solution la plus appropriée est probablement une offre diversifiée garantissant la souplesse de la fourniture des services, leur adaptabilité aux caractéristiques et besoins des aidants et bénéficiaires de soins, et leur réactivité à l'évolution de ces besoins dans le temps. La démarche consistant à adapter les services aux besoins des aidants plutôt que de prévoir des heures et des jours fixes est jugée positive (Pickard, 2004). Les formules hybrides, dans lesquelles des soins-relais à domicile à la demande et des services accessibles sans réservation sont associés à des services plus traditionnels, semblent aussi utiles (voir encadré 4.3). Enfin, associer aux soins-relais des services de préparation et de transport des personnes dépendantes pourrait aussi faciliter la tâche des aidants, car certains usagers de services de soins-relais en centre de jour passent un temps considérable en transport et en préparatifs.

Encadré 4.3. **En Suède, un système qui regroupe soins-relais et autres types de soutien aux aidants**

La Suède a mis en place des projets mixtes de soutien des aidants familiaux qui impliquent la puissance publique (par exemple le personnel de santé des établissements), des acteurs privés, les collectivités locales, des ONG, ainsi que l'entourage familial et amical. Ces projets associent accompagnement, formation et soins-relais.

Les soins-relais, en particulier à domicile, connaissent un grand succès depuis quelques années. Les municipalités en proposent gratuitement aux aidants familiaux pendant la journée. La quasi-totalité des 290 municipalités du pays offrent ces services. D'autres formules ont également été mises en place, comme les services d'intervention en urgence accessibles 24 heures sur 24 (ou sans réservation) et les week-ends-relais pendant lesquels les municipalités offrent un séjour à l'aidant dans un hôtel-spa et prennent les dispositions nécessaires pour que la personne dépendante soit prise en charge pendant un ou deux jours. Des formules hybrides associant divers types de services sont également proposées pour alléger la pression à laquelle sont soumis les aidants.

En outre, les autorités publiques cherchent à encourager la communication entre le personnel médico-social et les aidants. Cette coopération a vocation à rendre les établissements « plus accessibles aux aidants ». Les dispositifs d'accompagnement psychologique font également partie des principaux services proposés aux aidants familiaux. Ils sont mis en œuvre par le secteur associatif ou public, par exemple sous forme de services d'assistance par téléphone, et tendent à être de plus en plus intégrés.

Source : Johansson (2004).

Accompagnement psychologique et formation

D'après les enquêtes, les aidants souhaiteraient avoir accès à davantage de services d'accompagnement psychologique et à plus d'informations de la part des travailleurs du secteur de la santé (Van Exel *et al.*, 2002). Ainsi, les aidants ne sont pas toujours bien informés de l'affection dont souffre la personne qu'ils prennent en charge, ou ont des difficultés à faire face à ses handicaps. Il a été constaté que l'accompagnement était un moyen efficace de réduire les tensions psychologiques auxquelles sont soumis les aidants (Pickard, 2004).

Le plus souvent, le soutien social et la formation sont principalement mis en œuvre dans le cadre d'initiatives locales et reposent en grande partie sur le secteur associatif. Comme beaucoup d'ONG et d'associations d'intérêt local proposent des services de soutien social et d'accompagnement psychologique, ces services sont généralement plus accessibles aux aidants que les services de soins-relais, mais sont fréquemment prodigués dans un cadre informel ou en réponse à une situation de crise. L'accompagnement psychologique informel prend souvent la forme de participation à des groupes de soutien constitués au niveau local pour offrir aux aidants un lieu où ils peuvent trouver une écoute et échanger des expériences. Toutefois, les données dont on dispose sur leur efficacité en termes d'amélioration de l'état de santé mentale des aidants ne permettent aucune conclusion.

Certaines politiques nationales visent à favoriser l'instauration d'un système d'accompagnement psychologique plus complet et plus intégré. Ainsi, la Suède a cherché à créer un espace de dialogue entre le secteur médico-social et l'entourage amical et familial des personnes dépendantes. En Irlande, l'organisation *Caring for Carers* a créé un réseau complet d'organismes qui proposent une formation sur les soins à domicile de 13 modules intitulée « *Caring in the Home* ». Les Pays-Bas ont opté pour une démarche préventive d'accompagnement et de soutien (la méthode POM, ou *Preventieve Ondersteuning Mantelzorgers*). Une fois inscrits dans un programme de soins national, les personnes sont contactées par des travailleurs sociaux qualifiés, qui se rendent à domicile. Ces travailleurs sociaux donnent des informations aux aidants, puis effectuent des entretiens téléphoniques de suivi tous les trois mois pour prévenir l'apparition de problèmes de santé mentale chez les aidants, en particulier lorsqu'ils commencent à exercer leur fonction. Aux États-Unis, le programme de soutien des aidants familiaux intitulé *Family Caregiver Support Program* comprend des groupes de soutien, un accompagnement individuel, des ateliers et des travaux en groupe.

Services d'information et de coordination

Les aidants ne sont pas toujours informés de tous les services auxquels ils ont accès et éprouvent parfois des difficultés à trouver de l'aide en raison de la fragmentation de ces services. En outre, les conditions à remplir pour bénéficier de prestations et de crédits d'impôt ou autres avantages fiscaux pouvant être complexes, ils ont parfois besoin d'être assistés par d'autres aidants familiaux ou par des travailleurs sociaux. Ils trouvent aussi des informations utiles sur des sites Internet et dans des forums de discussion, mais se retrouvent souvent seuls pour résoudre les problèmes administratifs. En outre, la planification quotidienne des différentes tâches à accomplir et obligations à remplir peut être difficile et entraîner un surmenage. Il est parfois compliqué de coordonner les rendez-vous médicaux, l'organisation du recours à des soins-relais ou les rendez-vous avec les travailleurs sociaux, d'autant plus lorsque l'aidant a également des obligations personnelles ou familiales, ainsi que professionnelles.

Des systèmes de guichet unique pour les aidants et leur famille sont de nature à informer et aider plus efficacement les aidants. Ils leur permettent de rencontrer des personnes qui ont une expérience similaire à la leur et d'obtenir des informations sur les moyens d'aide existants (aux plans financier, physique, psychique et social) et sur l'affection ou le handicap dont souffre la personne dont ils s'occupent. Ainsi, en France, les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) proposent de l'aide et des informations sur tous les sujets liés au vieillissement et aux besoins des personnes âgées. L'aide est individuelle et des travailleurs sociaux rencontrent régulièrement les aidants. Les CLIC mettent également les aidants en relation avec des travailleurs du secteur de la santé pour tout problème lié au handicap de la personne dépendante.

Unir les efforts du secteur privé, d'organisations à but non lucratif, d'associations d'intérêt local et des pouvoirs publics peut aussi être une démarche utile pour réduire la fragmentation des services et améliorer leur coordination. À Brême (Allemagne), les Centres de services sociaux informent et soutiennent les aidants pendant toute la durée de leur intervention auprès d'une personne dépendante et facilitent la coordination entre le secteur médical et le secteur social. Ils sont financés conjointement par des ONG et des associations d'intérêt local, mais sont aussi subventionnés par la municipalité.

Des gestionnaires référents (ou gestionnaires de soins) peuvent alléger la charge administrative qui pèse sur les aidants et les aider à concilier leurs besoins et ceux de la personne dont ils s'occupent. Un gestionnaire référent chargé de coordonner les différents services médicaux et sociaux peut également simplifier de façon non négligeable le suivi des aidants. Cette forme de gestion par cas est, par exemple, mise en œuvre en Autriche, où des centres locaux évaluent les besoins des aidants puis les aident à trouver les services adaptés à leurs besoins. Ces services de soutien sont proposés dans différents centres sociaux, par exemple dans les centres médico-sociaux de la région de Vienne ou dans les circonscriptions médico-sociales intégrées du Tyrol ; ils offrent une aide pour divers aspects liés à la planification, l'organisation et l'information. Les aidants qui s'inscrivent auprès des centres de soutien locaux sont mis en relation avec une infirmière/un infirmier de circonscription qui évalue leurs besoins et les oriente vers les organismes et services appropriés. Ces centres assurent en priorité les tâches administratives et le travail de coordination, mais jouent aussi un rôle d'intermédiaire et d'interface entre les clients et les services formels. Ils ont vocation à garantir la continuité entre services médicaux et services sociaux, et à doter les aidants des connaissances et compétences dont ils ont besoin pour faire face aux difficultés de leur fonction.

L'évaluation des aidants constitue un premier pas dans la définition des services dont ils ont besoin, mais ne permet pas nécessairement d'identifier tous les aidants ni de s'assurer qu'ils bénéficient tous de services de soutien. Plusieurs pays (dont l'Australie, la Suède et le Royaume-Uni) ont élaboré des protocoles d'évaluation des besoins des aidants qui aident les travailleurs du secteur de la santé à définir les tâches quotidiennes des aidants et les facteurs de tension. Ces évaluations sont rarement obligatoires, sauf au Royaume-Uni, si bien que les ressources sont souvent insuffisantes pour les effectuer systématiquement. En outre, même lorsqu'elles sont obligatoires, on estime qu'environ 50 % des aidants ne sont pas connus des organismes compétents (Audit Commission, 2004). Cette situation s'explique non seulement par le fait que les aidants sont insuffisamment sensibilisés et ne se manifestent pas spontanément, mais aussi par leur méconnaissance des droits dont ils disposent et leur réticence à demander de l'aide.

Bon nombre d'aidants ne prenant pas l'initiative de demander de l'aide, il est primordial de les détecter via les intervenants qu'ils voient régulièrement. Ainsi, les médecins généralistes, les infirmiers, les pharmaciens et autres professionnels de santé sont bien placés pour identifier et conseiller les aidants dans le cadre de leurs relations régulières avec le bénéficiaire des soins, ou simplement de consultations ordinaires. En écosse, des mesures ont été prises pour inciter les médecins généralistes à identifier les aidants, à établir des registres pour les recenser et à les orienter vers les structures d'aide locales appropriées. Un dossier d'information est distribué dans tous les cabinets de médecine générale, et tous les médecins généralistes (et autres professionnels de santé intervenant dans le secteur des soins de santé primaires) sont en lien avec des centres d'aide aux aidants. Il serait certes irréaliste d'espérer que tous les médecins généralistes et autres professionnels des soins de santé primaires soient en mesure d'offrir aux aidants l'ensemble des informations et du

soutien dont ils ont besoin, mais ces intervenants peuvent être bien placés pour les orienter vers des centres d'information et de conseil plus spécialisés.

4.4. Indemniser et valoriser les aidants

Des dispositifs de prestations en espèces destinés à aider financièrement les aidants ont été mis en place dans bon nombre de pays de l'OCDE. Ces prestations sont versées soit directement aux aidants sous forme d'allocation, soit au bénéficiaire de l'assistance qui peut en utiliser une partie pour indemniser ses aidants familiaux. Au sein de la zone OCDE, un peu moins de la moitié des pays versent des prestations directement aux aidants, tandis qu'un peu plus de la moitié accordent des prestations en espèces à la personne prise en charge (annexes 4.A1 et 4.A3). Quelques pays cumulent ces deux types de prestations en espèces (par exemple la Norvège, la Nouvelle-Zélande, la République slovaque, le Royaume-Uni et la Suède), et un cinquième des pays de l'OCDE ne sont dotés d'aucun des deux systèmes. Nous examinons dans cette partie l'incidence de chacun de ces deux types de prestations sur les aidants, et comparons leurs avantages et leurs inconvénients. Parmi les mesures financières autres que les allocations figurent les mesures d'incitation fiscale présentées à l'encadré 4.4.

Encadré 4.4. **Incitations fiscales en faveur des aidants**

Un allègement fiscal est une forme indirecte d'aide financière accordée aux aidants afin de les soutenir. La plupart des pays n'ont pas créé d'incitation fiscale spécifique pour les aidants en dehors du fait que, dans certains pays (comme l'Irlande et la République tchèque), les allocations en faveur des aidants ne sont pas imposables. En revanche, le Canada et les États-Unis ont un dispositif de crédits d'impôt.

La fiscalité fédérale canadienne prévoit certains soutiens financiers pour les aidants. Parmi les mesures fiscales non remboursables visant les aidants non rémunérés figurent ainsi le Crédit d'impôt pour aidant familial ou proche, le Crédit d'impôt pour personne à charge admissible, le Crédit d'impôt pour personne à charge handicapée, le Crédit d'impôt pour époux ou conjoint de fait, le transfert de la partie inutilisée du Crédit d'impôt pour personnes handicapées, et le Crédit d'impôt pour frais médicaux. Ce dernier donne le droit aux aidants de demander au nom d'un proche dépendant le remboursement de frais médicaux et de handicap dans la limite de 10 000 CAD. Le Crédit d'impôt pour personne à charge handicapée prévoit quelque 630 CAD d'allègement fiscal annuel pour ceux qui s'occupent de proches lourdement déficients. De son côté, le Crédit d'impôt pour aidant familial ou proche apporte une somme du même ordre aux aidants qui ont un faible revenu et habitent avec la personne prise en charge. Outre les crédits d'impôt fédéraux, chacun des 13 territoires et provinces du Canada prévoit des crédits d'impôt comparables pour les aidants. Les provinces du Québec et de Manitoba proposent en outre des crédits d'impôts remboursables aux aidants remplissant certaines conditions.

Aux États-Unis, il existe un crédit d'impôt pour les aidants qui travaillent, le *Dependent Care Tax Credit*. Il s'agit d'un crédit d'impôt non remboursable accordé aux contribuables modestes qui travaillent, cohabitent avec la personne dont ils s'occupent et lui fournissent au moins 50 % de l'aide dont elle a besoin. Ce crédit d'impôt étant réservé aux contribuables qui travaillent, les personnes qui sont au chômage ou n'appartiennent pas à la population active, qui représentent une forte proportion des aidants, n'y ont pas accès. Les crédits d'impôt représentent une petite fraction du revenu d'un ménage et il peut être difficile pour les personnes les plus défavorisées de demander des remboursements d'impôt. Il ressort des rares données disponibles que, compte tenu des critères d'accès appliqués, une forte proportion des aidants n'est pas concernée par ces crédits (Keefe et Fancey, 1999).

Prestations en espèces versées aux aidants

Les allocations versées directement aux aidants traduisent la reconnaissance du coût qu'implique pour eux une prise en charge de la dépendance. Elles peuvent les aider à faire face à leurs obligations en leur procurant un revenu susceptible de compenser une réduction de leur temps de travail ou de couvrir les dépenses supplémentaires induites par leur fonction d'aidant. En outre, elles démontrent que les aidants jouent un rôle social important qu'il convient de reconnaître en rétribuant leurs efforts.

Les pays qui versent des prestations directement aux aidants appliquent des modalités d'indemnisation et des conditions d'ouverture des droits très variables. Deux grandes approches détaillées ci-après se dégagent : i) certains pays rémunèrent des aidants familiaux employés dans le cadre d'un contrat formel ; et ii) d'autres versent des allocations soumises à condition de ressources. En outre, certains pays procurent aux aidants d'autres types d'allocations, à l'instar de l'allocation forfaitaire prévue par la République slovaque et la Belgique (dans les trois quarts des municipalités flamandes et trois provinces flamandes) et des allocations provinciales canadiennes (Prestation pour aidant de la Nouvelle-Écosse). Le montant et les conditions d'ouverture des droits sont variables.

Dans les pays d'Europe du Nord (Danemark, Finlande, Norvège et Suède), les prestations versées aux aidants ont valeur de rémunération. Les municipalités, qui sont compétentes en matière de services de soins de longue durée, emploient les aidants familiaux directement. Les salaires varient selon les municipalités ; en Finlande, ils ne peuvent être inférieurs à un montant fixé par la réglementation (336 EUR par mois en 2009), tandis que dans les autres pays, ils varient en fonction des soins nécessaires et sont d'un montant horaire égal au salaire horaire des aides à domicile ordinaires. Il s'agit là d'une indemnisation relativement généreuse, qui constitue une contrepartie équitable aux efforts fournis par l'aidant, sans pour autant être suffisante pour le dissuader de travailler parce qu'elle représente un salaire relativement faible (voir le chapitre 5 sur les conditions de travail dans le secteur de la dépendance) et ne reflète généralement pas la pleine valeur des soins prodigués.

Les pays d'Europe du Nord ciblent les aidants qui assurent une prise en charge intensive, mais les droits dépendent des évaluations réalisées par les autorités locales. Les municipalités ne sont pas tenues par la loi d'accorder ces allocations et appliquent des critères d'attribution très restrictifs, peut-être pour éviter qu'elles ne soient trop attrayantes pour les salariés faiblement rémunérés. Les allocations versées aux aidants sont généralement plutôt accordées pour favoriser le maintien à domicile du bénéficiaire des soins, lorsque la prise en charge est particulièrement lourde ou pénible. Par comparaison, les aidants familiaux sont beaucoup plus nombreux à recevoir des aides par l'intermédiaire du bénéficiaire des soins. Ce type d'indemnisation directe exigeant de définir de façon appropriée l'intensité de la prise en charge, il pourrait être utile d'adopter des systèmes d'évaluation harmonisés pour éviter que les droits ne varient trop d'une localité à l'autre. Si les allocations conçues comme une rémunération semblent constituer une voie prometteuse pour améliorer le ciblage de l'aide et rétribuer les efforts des aidants, elles restent une solution relativement onéreuse et il est permis de se demander s'il ne serait pas préférable de recourir à des aidants formels, plus qualifiés ou plus expérimentés.

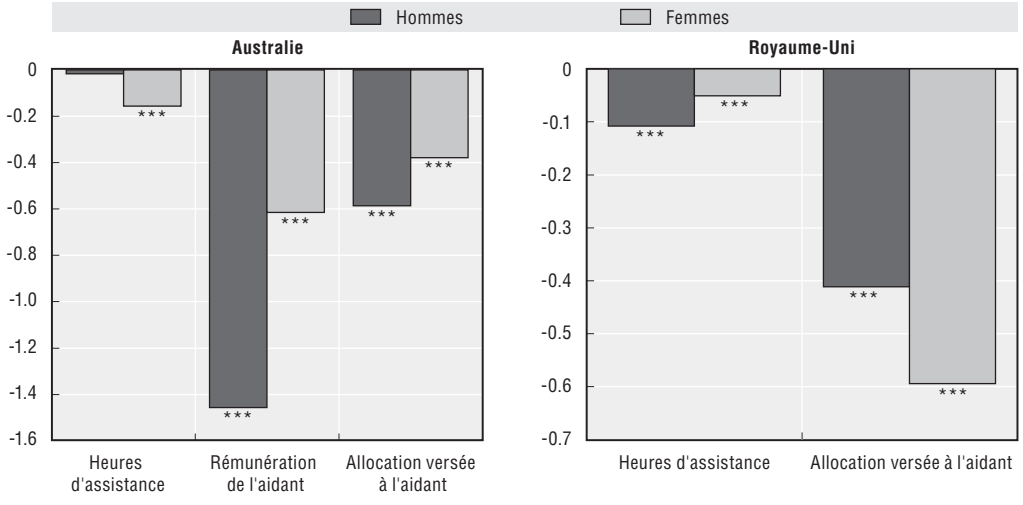
Les allocations versées aux aidants sous condition de ressources se rencontrent essentiellement dans les pays anglophones (Australie, Irlande, Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni)[6]. Elles sont réservées aux personnes les plus défavorisées, qui assurent une prise en charge lourde et régulière les obligeant à renoncer à un revenu d'activité. La

définition de la qualité d'aidant est toujours liée à un plafond hebdomadaire de revenu du travail et/ou à un nombre minimum d'heures de soins par semaine. En outre, le bénéficiaire des soins doit percevoir une prestation d'invalidité. Ces allocations soumises à conditions de ressources reposent sur l'hypothèse que l'aidant se consacre à plein temps à la personne dont il s'occupe. Ces conditions d'ouverture des droits étant restrictives, le nombre de bénéficiaires est faible. Ainsi, au Royaume-Uni, un peu moins de 1 % de la population totale bénéficiait de l'Allocation pour aidant *(Carer's Allowance)* en 2008 ; en Australie, ce pourcentage est d'environ 0.5 % de la population – soit un cinquième des aidants – et en Nouvelle-Zélande, seul un petit nombre d'aidants (5 246 en 2008) bénéficie de la Prestation pour prise en charge à domicile *(Domestic Purposes Benefit)*.

L'application de critères de ressources et autres conditions d'ouverture des droits peut constituer une contre-incitation au travail. Elle peut ainsi dissuader les aidants d'augmenter leur durée hebdomadaire de travail hors domicile, en particulier ceux qui ont le plus de difficultés à s'insérer sur le marché de l'emploi, par exemple parce qu'ils sont peu qualifiés. En Australie et au Royaume-Uni, les allocations soumises à conditions de ressources encouragent même les aidants à réduire leur temps de travail (graphique 4.4). Leur impact dépend du niveau de qualification, en particulier pour les femmes, et de l'offre de soins formels. Les femmes peu qualifiées bénéficient plus souvent de prestations en espèces et tendent à moins s'investir auprès de personnes dépendantes lorsqu'elles bénéficient de prestations en nature plutôt que d'allocations (Sarasa, 2007). Il semble donc que ces allocations constituent une forme d'aide au revenu et contribuent à ce que la prise en charge de personnes dépendantes reste un travail peu rémunéré et peu valorisé.

Graphique 4.4. **Les allocations versées aux aidants créent des contre-incitations à réduire le temps de travail**

Coefficients estimés relatifs au temps de travail issus d'un modèle tobit à effets aléatoires



Note : Les échantillons incluent les personnes de moins de 65 ans. Les années prises en compte pour chaque pays sont les suivantes : 2005-07 pour l'Australie ; 1991-2007 pour le Royaume-Uni. Les échantillons incluent les individus présents dans au moins trois vagues consécutives. Toutes les régressions incluent les mêmes variables de contrôle que dans le graphique 3.6. Voir au chapitre 3 de plus amples informations sur les données et la méthode d'estimation.

Source : Estimations réalisées par l'OCDE sur la base des enquêtes HILDA pour l'Australie et BHPS pour le Royaume-Uni. Un coefficient négatif indique une diminution du temps de travail.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501289

Le ciblage des allocations versées aux aidants est un exercice complexe, qui suppose un certain nombre d'arbitrages. En principe, l'octroi de ces allocations est subordonné à des conditions d'ouverture des droits qui définissent l'aidant bénéficiaire (par exemple l'aidant principal), l'intensité de la prise en charge (par exemple un certain nombre d'heures par semaine), le lien entre l'aidant et le bénéficiaire des soins (certains liens de parenté, la cohabitation), ainsi que le degré d'assistance dont doit avoir besoin la personne dépendante (par exemple une assistance intensive). Dans la pratique, il peut être difficile de vérifier administrativement si ces conditions sont remplies et il existe un risque de fraude. Ces conditions peuvent aussi être jugées inéquitables ou tout simplement arbitraires. Ainsi, au Royaume-Uni, l'allocation ne peut être versée qu'à un seul aidant par bénéficiaire, et un même aidant ne peut percevoir plusieurs allocations même s'il s'occupe de plusieurs personnes. En Irlande, « la prise en charge à temps partiel », c'est-à-dire le partage de la prise en charge d'une même personne par deux aidants, est possible à condition qu'ils interviennent à tour de rôle une semaine sur deux du lundi au dimanche. Outre ces questions liées à la définition de conditions légitimes d'ouverture des droits, l'arbitrage à opérer lors de la mise au point de ces allocations consiste généralement à faire un choix entre la création d'une allocation purement symbolique en faveur d'un grand nombre d'aidants, même ceux qui assurent une prise en charge peu intensive, ou d'une allocation plus généreuse en faveur d'un groupe très ciblé de bénéficiaires. La plupart des pays ont opté pour cette deuxième solution.

Prestations en espèces versées aux bénéficiaires de l'assistance

Les prestations en espèces versées aux bénéficiaires de l'assistance, souvent perçues comme une bonne solution pour favoriser l'autonomie de la personne dépendante, sont devenues plus courantes ces dernières années. Dans plus des trois quarts des pays de l'OCDE, l'allocation peut être utilisée pour aider les aidants familiaux, voire pour les recruter officiellement (voir à l'annexe 4.A3 de plus amples renseignements sur les prestations qui peuvent être utilisées pour rétribuer les aidants familiaux, et au chapitre 1 une vue d'ensemble des prestations dépendance en espèces). Bien souvent, lorsqu'elles ont le choix, les personnes dépendantes préfèrent recourir à des membres de leur famille, qu'elles jugent plus fiables, dignes de confiance et aptes à répondre à leurs besoins (Simon-Rusinowitz *et al.*, 2005). Bien que ces dispositifs aient souvent principalement vocation à accroître le choix des bénéficiaires de soins et la latitude dont ils disposent, ils peuvent aussi, accessoirement, avoir pour but d'indemniser et d'encourager les aidants familiaux. Dans certains pays (Allemagne, Pays-Bas), le montant des prestations en espèces est inférieur à la valeur des services équivalents.

Dans tous les pays de l'OCDE qui ont instauré des prestations en espèces, le montant versé à la personne dépendante dépend de l'assistance dont elle a besoin. Après une évaluation de leurs besoins d'assistance, les individus présentant des restrictions de la capacité à accomplir les AVQ sont classés en fonction du degré de perte d'autonomie sur une échelle comportant trois ou quatre niveaux, voire sept dans certains pays. Dans certains États, le bénéficiaire peut choisir entre des services et des prestations en espèces, sauf en Autriche, en France et dans certains pays d'Europe orientale, où il n'existe que des prestations en espèces. Dans la plupart des pays, le revenu des bénéficiaires n'entre pas en ligne de compte, sauf en Belgique et en Espagne, où l'allocation est soumise à condition de ressources, et en France et aux Pays-Bas où, au-delà d'un certain plafond de ressources, le montant des droits dépend du revenu.

Ce type d'aide peut présenter plusieurs avantages pour les aidants et les responsables de l'action publique. Premièrement, il est possible que la définition des conditions d'ouverture des droits à satisfaire pose moins de problèmes, les pouvoirs publics n'ayant pas à déterminer qui est l'aidant principal, ni à s'ingérer dans les relations familiales. En outre, beaucoup d'aidants ne se considèrent pas comme tels et ne sollicitent pas d'allocation spécifique ; en revanche, il est possible de les toucher à travers une prestation versée à la personne dépendante. De plus, les aidants âgés peuvent bénéficier de ces prestations dans la mesure où elles ne constituent pas un salaire, comme c'est le cas des allocations versées aux aidants dans les pays d'Europe du Nord. Elles sont aussi parfois plus généreuses que les allocations soumises à conditions de ressources accordées dans les pays anglophones. Enfin, selon toute vraisemblance, les prestations en espèces sont attribuées de façon plus équitable lorsqu'elles sont versées à la personne dépendante, leur montant étant lié au besoin d'assistance.

En revanche, il peut arriver que les allocations versées à la personne dépendante ne soient pas utilisées pour rémunérer l'aidant familial, ce qui peut entraîner une dépendance financière de ce dernier. En l'absence de disposition spécifique relative à l'indemnisation de l'aidant, l'allocation risque d'être utilisée pour financer des dépenses de soins supplémentaires ou pour compléter le revenu de la famille. L'aidant dépend alors de la personne dont il s'occupe pour la rétribution de ses efforts ou pour le financement de services formels lorsqu'il veut faire une pause dans la prise en charge. Certains pays (comme la France pour les proches autres que le conjoint, et les Pays-Bas) ont contourné ce problème en rendant obligatoire l'établissement d'un contrat de travail formel lorsque le membre de la famille fournit plus d'un certain nombre d'heures de soins par semaine. Le droit aux congés payés doit aussi être prévu dans le contrat. L'Allemagne garantit également le droit aux vacances et à un congé en cas de maladie à travers un mécanisme de financement de services de remplacement (voir ci-après). Les aidants restent néanmoins dans une situation précaire d'un point de vue financier si la personne dépendante a besoin d'être admise en établissement ou décède.

L'octroi de prestations en espèces à la personne dépendante comporte aussi un risque de financiarisation des relations familiales. L'altruisme et le sens du devoir sont souvent cités comme les principales motivations des personnes qui prennent en charge un membre de leur famille. L'espoir de percevoir des transferts monétaires, en particulier sous forme de legs, constitue une autre motivation. Les systèmes de prestations en espèces qui permettent à la personne dépendante de choisir entre plusieurs membres de la famille pour affecter ces ressources supplémentaires peuvent accroître la concurrence au sein de la famille.

L'utilisation effective des prestations en espèces pour rémunérer les aidants familiaux dépend notamment des restrictions appliquées à leur utilisation et de l'importance des contrôles. En Allemagne, ces allocations sont choisies plus souvent que les services à domicile fournis par des organismes, alors que leur montant est inférieur de 50 % à la valeur de ces services. Il n'est pas obligatoire de les affecter au financement de services particuliers, leur utilisation n'est pas contrôlée et il n'y a pas d'obligation de gestion des soins ; elles semblent donc avoir incité au recours à l'aide informelle, ce qui a entraîné une augmentation du nombre d'aidants par bénéficiaire (Glendinning, 2003). Lors de la mise en place expérimentale, sur quelques sites pilotes allemands, de budgets personnels plus intéressants sur le plan financier mais supposant un suivi étroit par des gestionnaires de soins, les bénéficiaires de prestations ont opté pour les budgets personnels et l'assistance

informelle a en partie été remplacée par une aide et des soins formels. En Autriche, les prestations en espèces, dont l'utilisation n'est pas encadrée, étaient aussi initialement utilisées pour rétribuer les aidants familiaux, mais servent de plus en plus à recruter du personnel né à l'étranger. Au contraire, en France et aux Pays-Bas, les prestations en espèces ou les budgets personnels sont associés à un ensemble de soins défini ; il en va particulièrement ainsi en France, où les services nécessaires sont définis non par les personnes dépendantes mais par des travailleurs du secteur de la santé, si bien que les prestations sont rarement utilisées pour rémunérer des aidants familiaux.

La souplesse de l'allocation, par exemple quant aux membres de la famille qui peuvent ou non avoir la qualité d'aidant, a aussi une incidence sur l'utilisation qui en est faite. En France, il est permis de recruter un membre de sa famille, sauf s'il s'agit du conjoint, les conjoints étant tenus par la loi de se porter mutuellement assistance. Or, si cette entraide semble normale, il reste nécessaire, compte tenu de l'augmentation annoncée du nombre de personnes âgées qui seront appelées à dispenser des soins à leur conjoint, de rechercher une solution qui permette de soutenir au mieux ces conjoints fragilisés sans pour autant favoriser une utilisation abusive des prestations.

Il est certes possible que les deux formes de prestations en espèces concourent à accroître l'offre de ressources humaines dans le secteur de la dépendance et à stimuler les soins à domicile en permettant le recours à des aidants familiaux qui, à défaut, ne seraient pas rémunérés ; toutefois, leurs détracteurs estiment qu'elles ont des inconvénients non négligeables, pour les aidants comme pour les personnes prises en charge. Premièrement, elles peuvent freiner l'apparition de prestataires privés, les ménages continuant de se tourner vers les aidants familiaux. Dans certains pays, elles ont favorisé la naissance d'un marché parallèle, les familles les utilisant pour recruter des personnes extérieures à la famille, non formées, souvent d'origine immigrée, au lieu de faire appel au secteur formel. L'Italie est une illustration de cette situation. Ce phénomène conduit en outre à se demander si le fait de favoriser le remplacement de l'assistance formelle par une assistance informelle ne risque pas d'avoir une incidence sur la qualité de l'aide et des soins apportés. Deuxièmement, les prestations en espèces sont susceptibles d'enfermer les aidants familiaux dans un rôle qu'ils n'ont pas choisi et pour lequel ils sont faiblement rémunérés. Le Japon, par exemple, a décidé de ne pas adopter de mesures spécifiques en faveur des aidants familiaux parce que la notion d'obligation familiale est une tradition forte dans le pays, et a opté pour des mesures visant à alléger la tâche des aidants familiaux, même si certaines municipalités prévoient des prestations en espèces dans des conditions précises.

Selon toute vraisemblance, l'impact des aides financières publiques sur l'offre informelle dépend d'un ensemble complexe de facteurs, notamment du lien entre assistance formelle et informelle. Il ressort de plusieurs études que ces deux types d'aide peuvent soit se substituer l'un à l'autre, soit se compléter selon leur nature et les besoins. Ainsi, l'assistance informelle peut se substituer à l'assistance formelle à domicile (Bolin *et al.*, 2008 ; Van Houtven et Norton, 2004) ; il en va cependant ainsi uniquement dans le cas de l'aide à domicile, le lien étant au contraire un lien de complémentarité dans le cas des soins médicalisés/à la personne (Bonsang, 2009). En outre, lorsque la personne prise en charge présente un degré d'incapacité élevé, l'effet de substitution disparaît aussi pour l'aide à domicile rémunérée (Bonsang, 2009). L'instauration de mesures d'incitation financière visant les aidants pourrait constituer une stratégie prometteuse, en particulier lorsque la prise en charge est peu intensive ou exige une faible qualification ; en revanche, elle pourrait devenir source de problèmes à mesure que le besoin d'assistance augmente

ou n'être suffisamment incitative que si les allocations sont d'un montant relativement élevé. De surcroît, se reposer sur les aidants familiaux sans prévoir de mesures suffisantes pour les soutenir et répondre à leurs besoins risque d'avoir des répercussions négatives sur leur santé et sur leur situation au regard de l'emploi (chapitre 3).

4.5. Conclusion

Les pays de l'OCDE se préoccupent de plus en plus du fardeau qui pèse sur les aidants prenant en charge des personnes fragilisées et dépendantes, et de la nécessité de soutenir ces auxiliaires. À l'heure où les changements démographiques entraînent une augmentation du besoin d'assistance et une hausse des coûts pour les systèmes publics, il est important de reconnaître le rôle des aidants, formels comme informels. Ces derniers seront plus enclins à continuer d'assumer leur fonction s'ils se sentent reconnus. Or on sait encore peu de choses des politiques recommandables dans ce domaine, et notamment sur l'efficacité des différentes mesures susceptibles d'atténuer les retombées négatives de la prise en charge de personnes dépendantes sur la situation au regard de l'emploi et de la santé mentale.

Les prestations en espèces versées aux aidants constituent une forme d'indemnisation et de reconnaissance, mais ne sont pas la seule forme de soutien envisageable. L'aide financière est une façon simple de reconnaître l'importance du rôle des aidants, mais peut aussi exiger des décisions délicates en ce qui concerne la définition des conditions d'accès, et impliquer des arbitrages difficiles pour les pouvoirs publics. Elles doivent donc s'inscrire dans le cadre d'un plan d'aide et de soins bien défini, prévoyant une formation élémentaire pour le membre de la famille concerné, des mesures permettant de concilier travail et prise en charge d'une personne dépendante – notamment des possibilités d'aménagement du temps et des horaires de travail – et d'autres mesures telles que des services de soins-relais.

Notes

1. Dans ce chapitre, l'expression « informel » désigne la famille ou les amis. Par ailleurs, bien que le handicap puisse concerner aussi bien des jeunes que des personnes âgées fragilisées, nous n'abordons pas dans ces pages l'éventail de services et les mesures d'insertion professionnelle et sociale visant les handicapés autres que seniors.
2. En Australie et au Royaume-Uni, il n'est pas prévu de congé sans solde pour apporter une assistance à une personne dépendante ; il est seulement possible de prendre quelques jours de congé en cas d'extrême urgence.
3. Des « bons » pourraient être mis en place pour encourager le recours à des congés pour prendre soins d'adultes. L'idée centrale est que l'employeur fournit des bons à l'employé qui peuvent servir à l'achat de soins formels pour remplacer une partie du revenu de l'employé. L'employeur n'aurait pas à verser de cotisation sociale pour ces bons, et l'employé ne serait pas imposé sur ces derniers. Si les bons sont une demi-mesure permettant de prendre un congé pour soins, il faut envisager leurs conséquences financières par rapport aux autres formes de financement des soins de longue durée.
4. L'aménagement du temps et des horaires de travail ne se limite pas au temps partiel, mais en l'absence de statistiques suffisantes sur la modulation des horaires, cette partie s'intéresse essentiellement à celui-ci.
5. En outre, le Programme pour l'autonomie des anciens combattants assiste les dispensateurs primaires dans leurs activités de soins à la personne et d'aide à domicile.
6. Selon le pays, les allocations peuvent être soumises à des conditions de revenu du travail, de revenu en général ou de patrimoine.

Bibliographie

Bolin, K., B. Lindgren et P. Lundborg (2008), « Informal and Formal Care Among Single-living Elderly in Europe », *Health Economics*, vol. 17, n° 3, John Wiley & Sons, Ltd., pp. 393-409.

Bonsang, E. (2009), « Does Informal Care from Children to their Elderly Parents Substitute for Formal Care in Europe ?, *Journal of Health Economics*, vol. 28, n° 1, pp. 143-154, janvier, Epub 13 septembre 2008.

Davies, B. et J. Fernandez (avec B. Nomer) (2000), *Equity and Efficiency Policy in Community Care : Needs, Service Productivities, Efficiencies and their Implications*, Ashgate.

Gautun, H. et K. Hagen (2007), « A Moral Squeeze? Does the Supply of Public Care Services towards the Very Old Affect Labour Force Participation of their Children? », Paper presented at 8th Congress of the European Sociological Association, Glasgow, 3-6 septembre, Research Network Session: Ageing in Europe Session 5a Norms and Values in Ageing.

Gledinning, C. (2003), « Support for Carers of Older People – Some Intranational and National Comparisons », Audit Commission at the National Primary Care Research and Development Centre at the University of Manchester.

Johansson, L. (2004), « Eurofamcare »: National Background Report Sweden.

Keefe, J. et P. Fancey (1999), « Compensating Family Caregivers: An Analysis of Tax Initiatives and Pension Schemes », *Health Law Journal*, vol. 7, pp. 193-204.

Mason, A., H. Watjery, K. Spilsbury, H. Arksey, S. Golder, J. Adamson, M. Drummond et C. Glendinning (2007), « A Systematic Review of the Effectiveness and Cost-effectiveness of Different Models of Community-based Respite Care for Frail Older People and their Carers », *Health Technology Assessment*, vol. 11, n° 15.

Mestheneos, E. et J. Triantafillou (2005), *Supporting Family Carers of Older People in Europe – the Pan-European Background*, Eurofamcare.

OCDE (2007), *Bébés et employeurs – Comment réconcilier travail et vie de famille : Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2010), *Perspectives de l'emploi de l'OCDE*, Éditions de l'OCDE, Paris.

Pavalko, E.K. et K.A. Henderson (2006), « Combining Care Work and Paid Work: Do Workplace Policies Make a Difference ? », *Research on Aging*, vol. 28, n° 3, pp. 359-374.

Pickard, L. (2004), « The Effectiveness and Cost-effectiveness of Support and Services to Informal Carers of Older People », Audit Commission PSSRU, Université du Kent, London School of Economics et Université de Manchester.

Spiess, C.K. et K. Wrohlich (2006), « The Parental Leave Benefit Reform in Germany: Costs and Labour Market Outcomes of Moving towards the Scandinavian Model », IZA Discussion Paper, n° 2372, Bonn.

Van Exel, J., G. Graaf et W. Brouwer (2007), « Care for a Break ? An Investigation of Informal Caregivers' Attitudes toward Respite Care Using Q-methodology », *Health Policy*, vol. 83, n° 2.

Van Exel, J., M. Morée, M. Koopmanschapa, T. Goedheijtb et W. Brouwera (2006), « Respite Care – An Explorative Study of Demand and Use in Dutch Informal Caregivers », *Journal of Health Policy*, vol. 78, n° 2-3, octobre.

Van Houtven, C.H. et E.C. Norton (2004), « Informal Care and Health Care Use of Older Adults », *Journal of Health Economics*, vol. 23, n° 6, Elsevier, pp. 1159-1180, novembre.

Zank, S. et C. Schacke (2002), « Evaluation of Geriatric Day Care Units: Effects on Patients and Caregivers », *Journal of Gerontology*, Series B, vol. 57, n° 4.

ANNEXE 4.A1

Tableau récapitulatif : services en faveur des aidants

Tableau 4.A1.1. **Tableau récapitulatif : services en faveur des aidants**

	Allocation versée à l'aidant	Allocation versée à la personne dépendante	Crédit d'impôt	Autres prestations	Congé rémunéré	Congé sans solde	Possibilités d'aménagement du temps et des horaires de travail	Formation/ cours	Soins-relais	Accompagnement psychologique
Allemagne	N	O	O	O	N	O	O	N	O	
Australie	O	N	N	N	O	N*	N	O	O	O
Autriche	N	O	N	O	N	O	O	O	O	O
Belgique	O**	O	N	N	O	O	O	O	O	O
Canada	O**	N	O	O	O	O	N**	O	O	O
Corée	N	N	N	N	N	N	N**	O	N	N
Danemark	O	N	N	N	O	N	N**	O	O	
Espagne	N	O	N	O	O	O	N	O	O	O
États-Unis	N	O**	O	N	N	O	O	O**	O**	O**
Finlande	O	N	N	N	O	N	O			O
France	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Hongrie	O	N	N	O	N	O	O	N	N	O
Irlande	O	N	O	O	N	O	N		O	O
Italie	N	O	N							
Japon	N	N	N	N	O	N	O	O	N	N
Luxembourg	N	O	O	O	N	O	N**	O	N	O
Mexique	N	N	N	N	N	N	N	O	N	N
Norvège	O	O	N	O	O	N	O	N	N	N
Nouvelle-Zélande	O	O	O	N	N	N	O	O	O	O
Pays-Bas	O	O	N	O	O	O	O	O	O	O
Pologne	N	O	N	N	O	N	N	N	N	N
Rép. slovaque	O	O	N					O	O	O
Rép. tchèque	N	O	N	O	N	N	O	O	O	O
Royaume-Uni	O	O	N	O	N	N*	O	O	O	O
Slovénie	N	N	N	N	O	N	N**	O	O	O
Suède	O	O	N	O	O	N	N	O	O	O
Suisse	N	N	O	N	N	N	N**	O	O	O

N* : possibilité de prendre quelques jours de congé seulement en cas d'urgence.

N** : il n'existe pas de dispositif national, mais des mesures sont prévues dans le cadre de conventions collectives.

O** : n'existe pas à l'échelon national ou fédéral, mais existe au niveau des provinces/États/régions.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins dde longue durée, 2009-10.

ANNEXE 4.A2

Congés et autres formes d'aménagement du temps et des horaires de travail en faveur des aidants

Tableau 4.A2.1. **Congés et autres formes d'aménagement du temps et des horaires de travail en faveur des aidants**

	Congé rémunéré			Congé sans solde			
	Congé rémunéré	Critères d'octroi	Modalités d'indemnisation	Congé sans solde	Critères d'octroi	Aménagement du temps et des horaires de travail	Prestations supplémentaires
Allemagne				Un congé d'une durée maximale de six mois peut être pris. Il existe également un congé exceptionnel pour raisons médicales d'une durée maximale de dix jours.	Un membre de la famille (jusqu'au deuxième degré) doit avoir besoin de soins pendant une période prolongée. L'employeur peut refuser le congé pour raison de service si l'entreprise compte moins de 15 salariés. Un membre de la famille au deuxième degré doit avoir besoin d'assistance en raison d'une maladie ou d'un accident grave ou parce qu'il se trouve en phase terminale. L'employeur ne peut pas refuser le congé.	Depuis 2008, les salariés des entreprises d'au moins 50 personnes peuvent demander à travailler à temps partiel pour s'occuper d'une personne handicapée membre de leur famille vivant sous le même toit qu'eux – pendant une période maximale de six mois (renouvelable une fois). L'employeur ne peut refuser que pour raison de service impérieuse. Le salarié a le droit de recommencer à travailler à temps plein.	Oui.
Australie	Nouvelles normes nationales sur l'emploi de 2010 *(New National Employment Standards)* : dix jours de congé pour raisons personnelles/pour assistance.	Un membre de la famille proche du salarié ou une personne vivant sous le même toit doit avoir besoin d'une assistance en raison d'une maladie, d'un accident ou d'un événement inattendu. Fournir une preuve du besoin et prévenir l'employeur dès que possible.	La rémunération horaire ne peut pas être inférieure au salaire horaire de base qu'aurait perçu le salarié au cours de la période concernée.	Nouvelles normes nationales sur l'emploi de 2010 *(New National Employment Standards)* : deux jours à chaque fois qu'un membre de la famille proche a besoin de soins ou d'assistance en raison d'une maladie, d'un accident ou d'un événement inattendu.	Préavis à respecter et justificatifs à fournir : l'aidant doit fournir un justificatif pertinent (par exemple un certificat médical).	Le salarié peut demander un aménagement s'il a 12 mois d'ancienneté, mais l'employeur peut refuser pour raison de service valable (cette possibilité n'existe que pour s'occuper d'un enfant malade).	Non.
Autriche	Congé rémunéré de deux semaines par an pour enfant malade, et d'une semaine par an pour autre personne dépendante ou proche ayant besoin d'assistance.	Besoin d'assistance pour enfant malade ou proche dépendant	100 % des revenus antérieurs	La Loi fédérale de 2002 relative au congé familial : prévoit la possibilité d'aménager le temps de travail ou de demander un congé sans solde pour dispenser des soins à un proche en phase terminale (jusqu'à six mois) ou à un enfant atteint d'une maladie grave (jusqu'à neuf mois).	Conjoint, partenaire enregistré, concubin, proche direct du salarié (parents, enfants, grands-parents, petits-enfants), enfants adoptés ou placés, parents adoptifs ou nourriciers, beaux-parents et beaux-enfants, frères et sœurs et enfants du conjoint, du partenaire déclaré ou du concubin.	Le salarié a droit à une diminution ou une modification de son horaire habituel de travail, ou à un congé (dit *Karenz*) pour s'occuper d'une personne mourante ou d'un enfant gravement malade. Le congé familial peut être pris sous forme de temps partiel pendant 24 mois pour un proche gravement malade. Les entreprises de moins de 50 salariés peuvent invoquer une raison de service pour ne pas donner suite à la demande.	Pendant son absence, le salarié valide des périodes de cotisation à l'assurance vieillesse obligatoire et est couvert par l'assurance maladie.

Tableau 4.A2.1. **Congés et autres formes d'aménagement du temps et des horaires de travail en faveur des aidants** *(suite)*

	Congé rémunéré			Congé sans solde			
	Congé rémunéré	Critères d'octroi	Modalités d'indemnisation	Congé sans solde	Critères d'octroi	Aménagement du temps et des horaires de travail	Prestations supplémentaires
Belgique	Congé pour soins palliatifs : congé d'une durée maximale de deux mois (un mois renouvelable une fois) pour s'occuper d'un proche en phase terminale. Peut être octroyé à plein temps ou à temps partiel.	Peut être accordé au titre de toute personne ayant besoin d'assistance (y compris amis ou voisins) ; obligation de produire un certificat médical attestant que les soins sont nécessaires et seront prodigués par le salarié et que le bénéficiaire des soins est en phase terminale.	L'état (Office national de l'emploi) verse une allocation de 741.40 EUR par mois (au prorata en cas de congé à temps partiel).	Congé pour raison impérieuse de dix jours par an (secteur privé) ou de deux mois ou 45 jours ouvrés par an (secteur public).	Toute circonstance imprévue nécessitant l'intervention urgente du salarié : maladie, accident, hospitalisation d'un membre du foyer ou d'un proche du premier degré.	Crédit-temps.	Non.
	Congé pour assistance médicale : congé de 12 mois au maximum, pris par périodes d'une durée d'un à trois mois par personne dépendante. Peut être octroyé à plein temps ou à temps partiel.	Besoin d'assistance d'un membre de la famille (jusqu'au deuxième degré) ou d'une personne vivant sous le même toit que le salarié. Un certificat médical attestant de la nécessité d'une assistance constante doit être produit. Dans les entreprises de moins de dix salariés, l'employeur peut refuser le congé pour raison de service. Le salarié bénéficie d'une protection contre le licenciement durant l'intégralité du congé et pendant les trois mois suivants.	L'état verse une indemnité de 741.40 EUR par mois.				
	Crédit-temps (congé pour aidant à temps plein ou à temps partiel)	Un à cinq ans, à temps partiel ou complet. Peut être pris par périodes de trois à 12 mois consécutifs.	L'État verse une indemnisation variable selon le secteur et l'ancienneté. Secteur public : 379.37 EUR par mois. Secteur privé : 453.28 ou 604.38 EUR par mois (Communauté flamande : allocation complémentaire pour soins de 110.41 EUR).				

Tableau 4.A2.1. **Congés et autres formes d'aménagement du temps et des horaires de travail en faveur des aidants** *(suite)*

	Congé rémunéré			Congé sans solde			
	Congé rémunéré	Critères d'octroi	Modalités d'indemnisation	Congé sans solde	Critères d'octroi	Aménagement du temps et des horaires de travail	Prestations supplémentaires
Canada	Prestation de compassion : prestation d'aide au revenu versée pendant six semaines au maximum. Conventions collectives : 15 % des entreprises accordent un congé pour obligations familiales et/ou personnelles à leurs salariés.	Pour assister un membre de la famille gravement malade dont le pronostic vital est engagé. L'aidant doit justifier de 600 heures travaillées au cours des 52 semaines précédant sa demande.	La prestation de compassion versée par le régime d'assurance emploi est une aide au revenu plafonnée à 447 CAD par semaine (55 % du revenu d'activité moyen de l'assuré) accordée aux personnes dont le revenu est réduit de plus de 40 %.	Tous les territoires et toutes les provinces (à l'exception de l'Alberta) ont une législation prévoyant un congé sans solde d'une durée maximale de huit semaines par situation.		Des possibilités d'aménagement sont prévues dans diverses conventions collectives et sont mises en place au niveau des entreprises et des secteurs (1/3 prévoit des possibilités de congé pour obligations familiales, 1/20 des dispositions pour les travailleurs qui doivent s'occuper d'une personne âgée et 7/10 des possibilités de congé pour obligations personnelles).	La clause générale d'abandon du Régime de pension du Canada protège le montant des droits à pension en excluant de la base de calcul de la pension de retraite (à concurrence de sept années)15 % des mois ou des années pendant lesquels l'assuré a perçu un revenu moins élevé, pour différents motifs (incluant, sans s'y restreindre, la dispensation d'une assistance).
Corée	Non.			Non.		L'existence de possibilités d'aménagement dépend des conventions collectives.	Non.
Danemark	La Loi de mars 2006 sur les congés pour raisons familiales spéciales confère aux salariés un droit à congé pour s'occuper d'une personne en fin de vie. Il n'est pas prévu de durée maximale.	La personne malade peut être le conjoint, concubin ou parent ou un membre de l'entourage familial ou amical proche, sans condition de lien de parenté, se trouvant en phase terminale. Il faut justifier que la personne a une espérance de vie de deux à six mois.	L'indemnisation est égale au minimum à 82 % du plafond appliqué aux prestations de maladie (et à 1.5 fois ce plafond au maximum s'il y a plusieurs personnes dépendantes). La municipalité peut également verser une allocation d'entretien lorsque des dépenses très élevées doivent être engagées.	Selon les conventions collectives.		Des possibilités d'aménagement sont prévues par les conventions collectives.	Non.
Espagne	Congé pour enfant malade ou pour autre raison familiale grave : deux jours dans le secteur privé (trois si un voyage est nécessaire) et trois jours dans l'administration centrale (cinq si un voyage est nécessaire).		Rémunéré par l'employeur.	Congé de longue durée pour s'occuper d'un membre de la famille dépendant : d'une durée maximale de deux ans (trois ans dans des cas exceptionnels).			Des périodes de cotisation à l'assurance vieillesse sont validées par l'état.

Tableau 4.A2.1. **Congés et autres formes d'aménagement du temps et des horaires de travail en faveur des aidants** *(suite)*

	Congé rémunéré			Congé sans solde			
	Congé rémunéré	Critères d'octroi	Modalités d'indemnisation	Congé sans solde	Critères d'octroi	Aménagement du temps et des horaires de travail	Prestations supplémentaires
États-Unis				Toutes les entreprises privées qui emploient au moins 50 salariés peuvent accorder jusqu'à 12 semaines de congé sans solde par an. Le congé peut être pris de façon fragmentée ou sous forme de réduction du temps de travail.	Maladie grave du conjoint ou d'un enfant.	Les salariés qui justifient de 12 mois d'ancienneté dans une entreprise employant au moins 50 salariés peuvent bénéficier de 12 semaines de congé pour raisons familiales et médicales *(Family and Medical Leave)* par an sous forme de travail à temps partiel (congé à temps partiel) en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant, pour s'occuper de leur conjoint, d'un enfant ou d'un parent atteint d'une maladie grave, ou s'ils rencontrent eux-mêmes des problèmes de santé graves. L'employeur ne peut pas rejeter la demande. Le salarié peut recommencer à travailler à plein temps.	Non.
Finlande	Droit prévu par la loi : un congé dit d'alternance (pendant lequel le salarié est remplacé par un demandeur d'emploi) peut être pris pendant 90 à 359 jours selon les entreprises (les conventions collectives peuvent différer). Le congé doit être pris par périodes d'une durée minimale de 90 jours consécutifs.	Le salarié doit justifier d'au moins 12 mois d'ancienneté dans l'entreprise à la date de sa demande (et justifier d'au moins dix années d'activité).	Une indemnité égale à 70 % de l'indemnité journalière de chômage (80 % si le salarié justifie de plus de 25 années d'activité) est versée par l'état par l'intermédiaire de la caisse d'assurance chômage et de l'organisme finlandais d'assurance sociale.	Selon les conventions collectives.		Depuis 2010, un aménagement du temps de travail est possible dans le cadre du congé d'alternance. Les personnes qui décident de travailler à temps partiel pour s'occuper d'une personne dépendante peuvent prétendre à une allocation partielle versée par le Bureau de l'emploi et du développement économique (à négocier avec l'employeur). L'indemnité est calculée au prorata de la réduction du temps de travail. Un employé ne peut travailler à temps partiel pour des raisons sociales ou de santé que par périodes d'une durée maximale de 26 semaines. L'employeur est tenu d'examiner la demande mais la loi ne l'oblige pas à donner son accord.	Non.

Tableau 4.A2.1. **Congés et autres formes d'aménagement du temps et des horaires de travail en faveur des aidants** *(suite)*

	Congé rémunéré			Congé sans solde			
	Congé rémunéré	Critères d'octroi	Modalités d'indemnisation	Congé sans solde	Critères d'octroi	Aménagement du temps et des horaires de travail	Prestations supplémentaires
France	Depuis la Loi du 2 mars 2010, le congé de solidarité familiale est indemnisable pendant trois mois (renouvelable une fois).	Assister un membre de la famille au premier degré ou une personne vivant sous le même toit en phase terminale. Le salarié doit formuler sa demande deux semaines avant le début du congé et l'employeur ne peut opposer de refus.	Une allocation journalière est versée à l'aidant pendant 21 jours au maximum.	Congé de soutien familial : congé d'une durée de trois mois, renouvelable une fois et assorti de la garantie de retrouver son emploi ; accordé pour s'occuper d'un proche dépendant.	Prise en charge un membre de la famille (jusqu'au quatrième degré à condition qu'il réside sous le même toit), le salarié doit avoir deux ans d'ancienneté au minimum et la personne prise en charge doit présenter un taux d'incapacité permanente d'au moins 80 %.	Le congé de solidarité familiale peut, avec l'accord de l'employeur, être transformé en période d'activité à temps partiel.	Oui
Hongrie	Non.			Congé sans solde de deux ans maximum, pour la durée de l'assistance prodiguée.	Sur demande du salarié pour la prise en charge d'un proche dépendant.	Tout salarié peut demander un temps partiel, lequel peut être refusé.	Oui, redevance pour soins. En ce qui concerne les droits à pension, la période de cette redevance pour soins compte dans l'ancienneté. Les bénéficiaires ont droit à des prestations de soins de santé.
Irlande	Non.			Un congé sans solde pour aidant *(Carer's Leave)* existe depuis 2001. Il est d'une durée maximale de 104 semaines et peut être pris en une seule fois ou de façon fractionnée (par périodes d'une durée minimale de 13 semaines) – le salarié est protégé par la Loi de 2001 sur le congé en faveur des aidants *(Carer's Leave Act)*. L'employeur peut refuser d'accorder le congé pour une raison « valable ».	Le salarié doit être employé depuis au moins 12 mois consécutifs – il doit produire un justificatif du besoin d'assistance à plein temps (le congé n'est possible que si une assistance est nécessaire 24 heures sur 24), établi par un médecin généraliste et par le service du contrôle médical du ministère des Affaires sociales et familiales.	Non.	Acquisition de droits à pension/validation de cotisations : le régime des personnes au foyer *(Homemaker's Scheme)* permet que 20 années consacrées à s'occuper des enfants ou d'adultes handicapés ne soient pas prises en compte aux fins de calcul de la durée de cotisation obligatoire, mais exige que la personne ait versé 260 cotisations et se soit affiliée au régime d'assurance dix ans avant l'ouverture des droits à pension.

Tableau 4.A2.1. **Congés et autres formes d'aménagement du temps et des horaires de travail en faveur des aidants** *(suite)*

	Congé rémunéré			Congé sans solde			
	Congé rémunéré	Critères d'octroi	Modalités d'indemnisation	Congé sans solde	Critères d'octroi	Aménagement du temps et des horaires de travail	Prestations supplémentaires
Japon	Congé indemnisé pour obligations familiales : un congé d'une durée maximale de 93 jours peut être pris pour chaque membre de la famille.	Être affilié à l'assurance emploi et (hors journaliers) assister un conjoint, parent ou enfant (ou grand-parent, frère/sœur, petit-fils/petite-fille vivant sous le même toit), ou un parent du conjoint. Les bénéficiaires doivent avoir besoin de soins réguliers pendant deux semaines au moins.	Si l'affilié remplit les conditions requises, il a droit à une prestation pour congé de soins de longue durée équivalente à 40 % du salaire perçu avant le congé (avec réduction de la prestation si le cumul prestation+salaire perçu dépasse 80 % du salaire avant congé).	Possibilité de congé pour soins médicalisés de cinq jours par an, ou dix jours s'il y a plus d'un dépendant.	Salarié (hors journaliers) prodiguant des soins de longue durée à une personne qui en a besoin. Caractéristiques de cette personne identiques à celles applicables au congé pour obligations familiales.	L'employeur est tenu d'appliquer pendant au moins 93 jours, sur demande de son salarié assistant un proche ayant besoin d'aide et répondant aux critères prévus, l'une au moins des dispositions suivantes : 1) Réduction de l'horaire de travail 2) Aménagement du temps de travail 3) Horaires décalés 4) Aide financière ou autre mesure d'aide face aux dépenses d'aide et de soins de longue durée encourues par le salarié.	Non.
Luxembourg	Congé pour l'accompagnement des personnes en fin de vie : d'une durée maximale de cinq jours ouvrables par personne en fin de vie et par an (peut être pris de façon fractionnée ou sous forme d'une réduction du temps de travail).	Pour assister un membre de la famille au premier ou deuxième degré (conjoint, parent ou enfant) en phase terminale.	Ces jours de congé sont indemnisés par la caisse d'assurance maladie dont relève le salarié.	Congé sans solde pour s'occuper d'un membre de la famille, d'une durée de six mois par demande. Repose sur les conventions collectives.	Le salarié doit motiver sa demande (par un certificat médical attestant du besoin d'assistance). La personne dépendante doit être un membre de la famille au premier degré (parent ou conjoint).	Les possibilités d'aménagement sont définies par les conventions collectives.	Les cotisations de retraite sont versées par l'assurance dépendance.
Mexique	Non.			Non.		Non.	Non.
Norvège	Congé pour soins médicalisés accordé par périodes de 20 jours au maximum, et congé pour soins rémunéré d'une durée maximale de dix jours.		Ces deux congés donnent lieu au maintien du salaire intégral.			Les salariés qui ont besoin d'une réduction du temps de travail pour des raisons de santé, des raisons sociales ou un besoin sérieux d'assistance peuvent demander un temps partiel. L'employeur ne peut refuser que pour de solides motifs d'exploitation ou de service .	Validation automatique de points de retraite pour les aidants qui dispensent plus de 22 heures de soins par semaine pendant au moins six mois par an (3 points par an, ce qui correspond à un salaire inférieur au salaire moyen).

Tableau 4.A2.1. **Congés et autres formes d'aménagement du temps et des horaires de travail en faveur des aidants** *(suite)*

	Congé rémunéré			Congé sans solde			
	Congé rémunéré	Critères d'octroi	Modalités d'indemnisation	Congé sans solde	Critères d'octroi	Aménagement du temps et des horaires de travail	Prestations supplémentaires
Nouvelle-Zélande	Non.			Non.		Depuis 2008, les salariés qui justifient de six mois d'ancienneté, travaillent au moins dix heures par semaine et prennent en charge des enfants ou des adultes peuvent demander à travailler à temps partiel. L'employeur peut refuser pour raison de service ou contraintes d'exploitation.	Non.
Pays-Bas	Congé rémunéré d'une durée maximale de dix jours. L'employeur peut refuser d'accorder le congé pour raison de service impérieuse.	Devoir s'occuper d'un membre de sa famille malade.	Rémunéré par l'employeur à raison de 70 % du salaire.	Législation nationale : une norme minimale est fixée dans le cadre du Congé pour soins de longue durée : un salarié peut, pour prodiguer une assistance, prendre un congé d'une durée maximale équivalente à 50 % de son nombre d'heures de travail pendant 12 semaines soit en une seule fois, soit de façon fractionnée.	S'occuper d'un membre de sa famille au premier degré malade dont le pronostic d'espérance de vie est court. L'employeur peut refuser d'accorder le congé pour raison de service impérieuse.	Un aménagement est possible selon les conventions collectives, mais la législation garantit un minimum.	Oui.
Pologne	Congé rémunéré national : d'une durée maximale de 60 jours par an.		Rémunéré à raison de 80 % du salaire.	Non.		Non.	Non.
République tchèque				Non.		Depuis 2001, les salariés qui s'occupent d'une personne grabataire peuvent demander à travailler à temps partiel. L'employeur peut rejeter la demande pour raison de service impérieuse et le salarié n'a pas la garantie de pouvoir retravailler à temps complet au terme de la période d'assistance.	Oui.

Tableau 4.A2.1. **Congés et autres formes d'aménagement du temps et des horaires de travail en faveur des aidants** *(suite)*

	Congé rémunéré			Congé sans solde			
	Congé rémunéré	Critères d'octroi	Modalités d'indemnisation	Congé sans solde	Critères d'octroi	Aménagement du temps et des horaires de travail	Prestations supplémentaires
Royaume-Uni	Non.			Des congés exceptionnels peuvent être pris pour s'occuper d'un membre de la famille. La durée de ces congés doit être « raisonnable » (deux jours).		La Loi de 2006 sur le travail et la famille *(Work and Families Act)* permet aux aidants de demander un aménagement ; l'employeur ne peut refuser que pour raison de service évidente. Conditions d'accès : travailler depuis plus de 26 semaines à la date de la demande, ne pas avoir demandé d'aménagement au cours des 12 mois précédant la demande ; la personne dépendante doit être un membre de la famille au premier degré. La durée de l'aménagement n'est pas limitée et doit être négociée avec l'employeur.	Oui.
Slovénie	Congé pour soins à un membre de la famille malade vivant sous le même toit : d'une durée maximale de sept jours. En cas de maladie grave, le congé peut être prolongé à concurrence de 30 jours (de six mois dans des cas vraiment exceptionnels).	Le membre de la famille doit être un enfant ou le conjoint. Le salarié doit être affilié pour être indemnisé.	Rémunéré à raison de 80 % du salaire moyen perçu au cours des 12 mois précédant le congé.			Des possibilités d'aménagement définies à l'échelon national existent et varient selon l'entreprise et le secteur.	Non.
Suède	Congé payé défini à l'échelon national : congé d'une durée maximale de 100 jours pour s'occuper d'un malade en phase terminale.	Devoir s'occuper d'un malade en phase terminale ; ne concerne que les personnes d'âge actif (jusqu'à 67 ans). Un justificatif, par exemple un certificat médical, doit être produit.	Rémunéré en moyenne à raison de 80 % du salaire.	Non.		Non.	Oui.
Suisse	Selon le secteur et l'entreprise, défini au niveau national, par les employeurs ou dans le cadre de conventions collectives.			Selon le secteur et l'entreprise, défini au niveau national, par les employeurs ou dans le cadre de conventions collectives.		Selon le secteur et l'entreprise, défini au niveau national, par les employeurs ou dans le cadre de conventions collectives.	Non.

ANNEXE 4.A3

Aides financières en faveur des aidants

Tableau 4.A3.1. **Aides financières en faveur des aidants**

	Allocation versée aux aidants			Allocation versée à la personne dépendante (pour rémunérer l'aidant familial)			Avantages fiscaux
	Dénomination	Critères d'octroi	Montant	Dénomination	Critères d'octroi	Montant	
Allemagne	Allocation pour aidant versée dans le cadre du régime de prévoyance retraite	Est destinée à rémunérer l'aidant qui fournit des soins à raison d'au moins 14 heures par semaine – l'importance des besoins évaluée par une équipe médicale détermine le montant de l'allocation. L'aidant passe un contrat avec la compagnie d'assurance et le salaire dépend du nombre d'heures travaillées. Le lien que l'aidant doit avoir avec le bénéficiaire des soins n'est pas précisé.	Varie de 225 EUR à 665 EUR par mois (2010) pour les soins à domicile et de 1 023 EUR à 1 918 EUR en établissement (selon que l'assistance est nécessaire à temps complet ou partiel).				Abattement fiscal de 924 EUR par an si la personne ne perçoit pas de prestations pour la fourniture de l'assistance ; elle peut aussi déclarer l'intégralité du coût de celle-ci et demander à bénéficier d'un abattement si la personne prise en charge est reconnue comme ayant besoin d'assistance au sens de la catégorie III.
Australie	Prestation pour aidant *(Carer Payment System*)	Être résident australien et apporter une aide permanente à domicile. Soumise à une condition de revenu et de patrimoine.	Montant égal à celui des pensions : 671.90 AUD pour deux semaines pour une personne seule et 506.50 AUD pour chaque membre d'un couple remplissant les conditions requises ; supplément éventuel (*carer supplement*).				Non.
	Allocation pour aidant *(Carer Allowance)*	Non soumise à condition de revenu ou de patrimoine – vivre sous le même toit que la personne dépendante.	Montant forfaitaire de 105 AUD pour deux semaines.				
Autriche	Aucune, hormis une allocation spéciale en cas de prise en charge d'une personne souffrant de démence.	Prendre en charge un membre de sa famille atteint de démence.	Participation aux frais liés au recours à des services formels ou informels pour remplacer l'aidant principal en cas d'inaptitude de ce dernier (1 200 à 2 200 EUR).	Allocation dépendance autrichienne	Soumise à une évaluation des besoins, mais pas à condition de ressources. Seules les personnes qui ont besoin d'assistance à temps plein ouvrent droit à l'allocation (y compris les personnes atteintes d'un handicap mental ou de démence).	L'allocation couvre de 26 à 70 % des dépenses mensuelles (environ 36 % des frais de séjour en établissement médicalisé seulement) et peut atteindre 1 655 EUR au maximum pour les personnes qui ont besoin d'aide à raison de plus de 180 heures par semaine.	Non.

Tableau 4.A3.1. **Aides financières en faveur des aidants** *(suite)*

	Allocation versée aux aidants			Allocation versée à la personne dépendante (pour rémunérer l'aidant familial)			Avantages fiscaux
	Dénomination	Critères d'octroi	Montant	Dénomination	Critères d'octroi	Montant	
Belgique	Allocation pour soins flamande *(matelzorgpremie)*	Variable.	Variable en fonction de la municipalité ou de la province(32 EUR par mois en moyenne).	Allocation d'intégration en faveur des personnes dont la capacité à accomplir les AVQ est très limitée	Soumise à condition de ressources (plafond : 2 630.82 EUR pour le ménage) et à une évaluation des besoins (un médecin doit rencontrer la personne et suivre l'évolution) – la demande doit être déposée avant le 65e anniversaire.	Compris entre 1 061.26 et 9 550.33 EUR par an selon le nombre d'AVQ que la personne ne peut accomplir.	Abattement fiscal en faveur des personnes vivant avec une personne handicapée de moins de 65 ans.
				Allocation de remplacement de revenus	Destinée aux personnes de 21 à 65 ans souffrant d'un handicap qui les empêche de percevoir un revenu suffisant pour subvenir à leurs besoins. Allocation soumise à condition de revenu et dépendant de la situation familiale.	L'allocation peut atteindre 11 618.44 EUR par an au maximum.	
Canada	Il n'existe pas d'allocation fédérale, les allocations en faveur des aidants relèvent des provinces. L'allocation en faveur des aidants *(Caregiver allowance)* de Nouvelle-Écosse (juillet 2009) est versée à hauteur de 400 CAD mensuels de revenu imposable aux personnes qui s'occupent d'un tiers lourdement dépendant et à faible revenu de plus de 19 ans. L'aidant doit assurer au moins 20 heures d'assistance par semaine pendant au moins 90 jours. Depuis septembre 2010, le nouveau programme *Legacy of Care*, qui comprend l'allocation dite *Forces Attendant Care* (Assistance à un membre des forces armées), verse jusqu'à 100 CAD par jour aux proches et amis qui quittent leur travail pour prendre en charge un soldat blessé.						Échelon fédéral : Crédit d'impôt pour aidant familial (630 CAD/an aux aidants vivant sous le même toit que la personne dépendante s'ils ont un faible revenu) ; Crédit d'impôt pour personne à charge admissible ; Crédit d'impôt pour personne à charge handicapée (630 CAD/an de réduction fiscale pour les aidants de proches lourdement handicapés) ; Crédit d'impôt pour époux ou conjoint de fait ; transfert de la partie inutilisée du Crédit d'impôt pour personnes handicapées ; Crédit d'impôt pour frais médicaux (jusqu'à 10 000 CAD de dépenses) ; Crédit d'impôt pour personne à charge handicapée. Échelon provincial/territorial : crédits d'impôt comparables pour les aidants. Le Québec et le Manitoba prévoient par ailleurs des crédits d'impôt remboursables pour les aidants remplissant les conditions requises.

Tableau 4.A3.1. **Aides financières en faveur des aidants** *(suite)*

	Allocation versée aux aidants			Allocation versée à la personne dépendante (pour rémunérer l'aidant familial)			Avantages fiscaux
	Dénomination	Critères d'octroi	Montant	Dénomination	Critères d'octroi	Montant	
Corée	Non.						Non.
Danemark	Loi sur les services sociaux (Consolidation Act on Social Services, CASS) : l'aidant doit être employé pendant six mois par la municipalité (durée prorogeable de trois mois).	Les autorités municipales et l'aidant doivent conclure un contrat de travail qui définit les modalités et conditions d'exercice de l'activité, précisant notamment l'identité de l'aidant, la durée du contrat, les obligations de l'aidant, les délais de préavis, etc.	Le salaire s'élève à 16 556 DKK par mois. Une cotisation égale à 12 % de cette somme est versée à un régime de retraite, dont 4 % sont prélevés sur le salaire et 8 % sont payés par l'employeur.				Non.
Espagne				Allocation pour financer les soins informels.	En cas d'indisponibilité des services formels de prise en charge de la dépendance, la personne dépendante peut bénéficier d'une allocation pour financer une assistance à domicile. L'allocation est soumise à condition de ressources. La personne dépendante doit avoir un lien de parenté au troisième degré avec la personne qui lui apporte une aide ou être son conjoint. Il n'est pas nécessaire de justifier les dépenses.	Varie de 300 à 519.13 EUR selon l'importance des besoins.	Non.
États-Unis				Emploi direct d'aidants à domicile *(Consumer directed home care)* : Medicaid couvre certains services fournis par des organismes pour aider les personnes handicapées ; offre une prestation comparable à une prestation en espèces, qui doit être utilisée dans le respect du modèle de prestation de services de Medicaid.			Déduction fiscale des dépenses de santé : si le contribuable – qu'il s'agisse de celui qui dispense les soins ou de celui qui les reçoit – a engagé des dépenses médicales supérieures à 7.5 % de son revenu brut corrigé, il peut les déduire de son revenu imposable.
				Prestations en espèces et accompagnement *(Cash and Counseling)* : programme pilote mis en place dans l'Arkansas, en Floride et au New Jersey.		Montant variable selon les états : de 350 USD dans l'Arkansas à 1 400 USD dans le New Jersey pour les personnes âgées et les adultes handicapés.	

Tableau 4.A3.1. **Aides financières en faveur des aidants** *(suite)*

	Allocation versée aux aidants			Allocation versée à la personne dépendante (pour rémunérer l'aidant familial)			Avantages fiscaux
	Dénomination	Critères d'octroi	Montant	Dénomination	Critères d'octroi	Montant	
Finlande	Allocation pour aidant	Allocation non soumise à condition de revenu. L'aide versée à l'aidant est considérée comme un revenu aux fins d'attribution d'autres allocations sociales.	336 EUR par mois au minimum				Non.
France				L'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) est versée à la personne dépendante afin de lui permettre d'être aidée pour accomplir les AVQ (peut être versée à l'aidant, à condition qu'il ne s'agisse pas du conjoint ou concubin).	Être âgé de 60 ans au moins et résider en France – le montant dépend du degré de perte d'autonomie et du revenu.	Compris entre 529.56 et 1 235.65 EUR par mois (avec des différences selon les départements), mais une participation peut être réclamée au bénéficiaire (selon ses revenus).	Il est prévu d'introduire des allègements fiscaux en faveur des aidants (l'emploi de personnel dans le cadre d'un contrat de travail formel peut ouvrir droit à des allègements fiscaux sous certaines conditions).
				Allocation compensatrice tierce personne (ACTP) : destinée à rémunérer un aidant familial.	Le bénéficiaire doit présenter un degré d'incapacité élevé, satisfaire à une condition de ressources et être âgé de moins de 60 ans.	Compris entre 415.34 et 830.69 EUR pour les personnes qui ont besoin d'une aide intensive et disposent de ressources modestes.	
Hongrie	Redevance pour soins médicalisés	Aide financière mensuelle destinée aux personnes s'occupant à domicile d'un proche dont le handicap lourd ou la maladie de longue durée justifient une prise en charge.	À compter de janvier 2011, la redevance pour soins médicalisés sera de 29 500 HUF quel que soit le minimum vieillesse en cas de dépendance lourde d'un proche nécessitant une assistance permanente. Ne peut être cumulée avec d'autres prestations, sauf la pension de vieillesse (si l'assistance a duré dix années avant le départ en retraite).				La redevance pour soins médicalisés n'est pas imposable. La période de versement de la redevance compte dans l'ancienneté.

Tableau 4.A3.1. **Aides financières en faveur des aidants** *(suite)*

	Allocation versée aux aidants			Allocation versée à la personne dépendante (pour rémunérer l'aidant familial)			Avantages fiscaux
	Dénomination	Critères d'octroi	Montant	Dénomination	Critères d'octroi	Montant	
Irlande	Allocation pour aidant *(Carer's Allowance)* Prestation pour aidant *(Carer's Benefit)* Introduite en 2000 en faveur des assurés qui cessent leur activité professionnelle pour prendre en charge un tiers.	Allocation soumise à condition de revenu et de patrimoine, mais ces conditions se sont beaucoup assouplies au fil du temps. Un abattement hebdomadaire de 665 EUR pour un couple et de 662.50 EUR pour un célibataire s'applique. Le bénéficiaire des soins doit avoir besoin d'une surveillance continue et d'une aide fréquente à l'accomplissement des AVQ, et cette assistance sera vraisemblablement nécessaire pendant au moins 12 mois.	220.50 EUR par semaine pour les personnes de moins de 66 ans et 239 EUR par semaine pour les personnes de plus de 66 ans. Un supplément de 50 % est versé si l'aidant prend en charge plusieurs personnes. Peut être versée pendant 104 semaines à raison de 221.20 EUR par semaine.				Crédit d'impôt en faveur des personnes restant au foyer pour s'occuper d'un tiers *(Home Carer's Tax Credit)* de 900 EUR par an si le revenu de l'aidant ne dépasse pas 5 080 EUR. L'allocation et la prestation pour aidant ne sont pas prises en compte dans le calcul du revenu. Il existe également un crédit d'impôt pour enfant handicapé *(Incapacitated child tax credit)* ainsi qu'un crédit d'impôt pour personne à charge *(Dependent relative tax credit)* pour les personnes qui ont un membre de leur famille à leur charge.
Italie				Allocation de soins *(Indemnitá di accompagnamento).*	Réservée aux personnes qui ont un handicap lourd et sont inaptes au travail. Soumise à une évaluation des besoins, mais pas à condition de ressources. Versée sans condition d'âge et s'inscrit dans un vaste dispositif national.	Couvre au maximum 65 heures de soins par semaine.	Non.
Japon	Non.						Non.
Luxembourg				Prestations en espèces Dans le cadre de l'assurance dépendance, les bénéficiaires peuvent choisir entre des prestations en nature et ces prestations en espèces.		Le montant de la prestation varie de 267 à 1 100 EUR.	Abattement fiscal en contrepartie du recrutement d'un aidant à concurrence de 3 600 EUR par an ; l'aidant informel doit avoir moins de 65 ans et ne doit pas percevoir de pension ou d'allocation propre ; des cotisations de retraite sont versées pour l'aidant.

Tableau 4.A3.1. **Aides financières en faveur des aidants** *(suite)*

	Allocation versée aux aidants			Allocation versée à la personne dépendante (pour rémunérer l'aidant familial)			Avantages fiscaux
	Dénomination	Critères d'octroi	Montant	Dénomination	Critères d'octroi	Montant	
Mexique	Non.						Non.
Norvège	Rémunération pour aidant : ne peut être versée que lorsque la prise en charge est intensive (lorsque l'assistance à domicile est jugée plus adaptée qu'une prise en charge en établissement).	Rémunère les membres de la famille et autres personnes en contrepartie de l'assistance qu'ils prodiguent lorsque cette formule est jugée préférable au recours à des organismes prestataires. En principe, trois à dix heures par semaine. Aucune condition de ressources n'est appliquée.	L'aidant est rémunéré pour un certain nombre d'heures, en général sur la base de la rémunération horaire d'un aide-soignant employé dans un organisme public. En général, la rémunération s'établit à 4 600 NOK par mois.	Prestation en espèces versée au bénéficiaire de l'assistance. La pension pour assistance est versée par la Caisse nationale de sécurité sociale, généralement à long terme.		Dépend de la lourdeur de l'assistance, en moyenne 4 600 NOK par mois.	Non.
Nouvelle-Zélande	Prestation pour prise en charge à domicile *(Domestic Purposes Benefit)*	Dispenser plus de quatre heures d'assistance à une personne qui, à défaut de cette aide, devrait être admise en maison de repos, dans un établissement pour personnes handicapées, bénéficier d'une assistance prolongée pour enfants et adolescents handicapés, être hospitalisé ou recevoir des soins similaires. La prestation est soumise à condition de revenu et de patrimoine.	Peut atteindre 202.20 NZD par mois pour un bénéficiaire marié ou vivant en couple.	Allocation d'invalidité *(Disability allowance)*, sans restriction d'utilisation.	L'invalidité doit durer au moins six mois ou la personne doit se trouver en phase terminale. Prestation soumise à condition de revenu (pour un couple marié, le revenu ne doit pas dépasser 807.04 NZD par semaine).	Le montant maximum de l'Allocation d'invalidité s'établit à 56.98 NZD par semaine.	Aucun avantage fiscal, mais possibilité de bénéficier du crédit d'impôt pour travail à domicile (310 NZD par an).
Pays-Bas	Allocation supplémentaire en faveur des aidants qui assistent une personne ayant besoin de services de longue durée	Le membre de la famille ou l'ami doit vivre avec l'aidant.	250 EUR (2009) par mois pour les soignants qui fournissent un soutien à un proche qui a besoin d'au moins 371 jours de soins	Budget personnel : depuis une réforme introduite en 2003, tous les utilisateurs de services à domicile peuvent choisir des prestations en nature ou en espèces pour rémunérer un membre de leur famille, y compris un conjoint ou un parent, en contrepartie de services. Environ 40 % des bénéficiaires d'un budget personnel choisissent de recruter des membres de leur famille ou des voisins.	Aucune condition d'âge ou de revenu n'est appliquée. Le prix horaire maximum s'établit à 4.70 EUR (129 EUR par mois pour une personne seule de 65 ans ou plus percevant plus de 40 718 EUR par an).	Montant annuel moyen : 15 350 EUR.	Non.

Tableau 4.A3.1. **Aides financières en faveur des aidants** *(suite)*

	Allocation versée aux aidants			Allocation versée à la personne dépendante (pour rémunérer l'aidant familial)			Avantages fiscaux
	Dénomination	Critères d'octroi	Montant	Dénomination	Critères d'octroi	Montant	
Pologne				Allocation de soins	Destinée aux personnes atteintes d'une incapacité et ne percevant pas de prestations d'invalidité.	153 PLN par mois.	Non.
République slovaque	Allocation de soins	Destinée aux personnes qui prennent en charge un membre de la famille ou un voisin présentant une incapacité sévère. Allocation soumise à condition de revenu (200-260 EUR par mois ; 83-110 EUR pour un retraité). Non cumulable avec d'autres prestations, mais cumulable avec un revenu d'activité (à concurrence d'un certain plafond).		Prestation générale versée dans le cadre du système de pension (financé par le budget de l'état) ; s'adresse aux bénéficiaires d'une pension (d'invalidité ou de retraite) dépendants d'un tiers pour l'accomplissement des AVQ. Allocation non soumise à condition de ressources.			Non.
République tchèque				Allocation de soins	Dépendance à un tiers. Allocation destinée aux personnes présentant une incapacité pendant plus d'un an ; une évaluation doit être réalisée par un médecin ou un travailleur social. L'allocation n'est pas soumise à condition de ressources et son montant dépend du degré d'incapacité. Aucune limite d'âge n'est appliquée.	De 2 000 CZK par an pour une incapacité légère à 12 000 CZK pour un handicap lourd.	Non.

Tableau 4.A3.1. **Aides financières en faveur des aidants** *(suite)*

	Allocation versée aux aidants			Allocation versée à la personne dépendante (pour rémunérer l'aidant familial)			Avantages fiscaux
	Dénomination	Critères d'octroi	Montant	Dénomination	Critères d'octroi	Montant	
Royaume-Uni	Allocation pour aidant *(Carer's Allowance)*	Destinée aux personnes qui consacrent au moins 35 heures par semaine à une personne dépendante. Les personnes qui suivent des études à plein temps ou qui perçoivent une rémunération nette d'au moins 100 GBP par semaine n'y ont pas droit.	Montant forfaitaire : 55.55 GBP par semaine.	Allocation d'assistance *(Attendance Allowance)*	S'adresse aux personnes de 65 ans et plus qui ont besoin d'aide pendant plus de six mois.	Deux taux: 49.30 GBP à 73.60 GBP par semaine, selon le niveau de handicap. Non soumis à conditions de ressources et non imposable.	Non.
				Allocation de handicap *(Disability Allowance)*	S'adresse aux moins de 65 ans qui ont besoin d'aide ou qui ont des difficultés à marcher en raison de handicaps physiques ou mentaux.	Composante soins : trois taux selon le niveau de soins requis, 19.55 GBP, 49.30 GBP ou 73.60 GBP par semaine. Composante mobilité : deux taux selon les besoins : 19.55 GBP ou 51.40 GBP par semaine.	
				Fonds pour l'autonomie des personnes handicapées *(Independent Living Fund)*	Vise à encourager l'assistance à domicile plutôt que les soins de longue durée en établissement.	Montant dépendant du coût de l'assistance nécessaire, plafonné à 475 GBP par semaine. Non soumis à conditions de ressources et non imposable.	
Slovénie							Non.
Suède	Rémunération d'aidants informels membres de l'entourage	L'aidant doit être employé par la municipalité dans le cadre d'un contrat en bonne et due forme et prendre en charge une personne âgée ayant besoin de soins et d'une attention constants.	Dépend du nombre d'heures d'assistance fournies par l'aidant. Versée sous forme de salaire égal à celui en vigueur sur le marché professionnel et procure les mêmes prestations de sécurité sociale.	Allocation pour tierce personne	Avoir besoin d'une aide à raison de 17 heures par semaine au moins. Allocation soumise à une évaluation des besoins, dont le montant varie selon les municipalités.	Selon le montant forfaitaire : 515 USD (5 000 SEK) par mois.	Non.
				Allocation d'assistance	Avoir besoin d'aide à raison de 20 heures par semaine ; plusieurs AVQ sont évaluées (paiement du nombre d'heures jugé nécessaire). Allocation réservée aux personnes de plus de 65 ans.		
Suisse	Primes de prise en charge	Destinée à ceux qui prennent en charge des proches handicapés(par exemple parents, beaux-parents, enfants, frères ou sœurs et conjoint) au moins 180 jours par an.	Prime pour les bénéficiaires d'une pension de vieillesse.				Déductions fiscales au titre des dépenses liées à l'invalidité/la maladie.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, 2009-10.

Chapitre 5

Les effectifs du secteur de la dépendance : recherchés mais souvent insuffisamment reconnus

Ce chapitre est consacré aux effectifs et aux caractéristiques de la main-d'œuvre du secteur de la dépendance en termes de répartition par sexe et d'éventail des qualifications, de temps de travail et de conditions de travail. Il porte sur les deux principales catégories de personnels employés dans ce secteur : ceux qui interviennent à domicile et ceux qui travaillent en établissement. Il décrit l'évolution de l'éventail des qualifications dans le secteur de la dépendance puis examine le poids relatif des différents facteurs – comme le niveau des salaires ou les conditions de travail – qui expliquent les difficultés à faire coïncider l'offre et la demande de main-d'œuvre. L'analyse tente de répondre aux questions suivantes : l'offre de main-d'œuvre est-elle suffisante pour répondre à la demande actuelle (et potentielle) ? Quels sont les effectifs employés dans les différents segments du secteur de la dépendance et quels sont les caractéristiques de ces travailleurs ? Quelles sont les conditions de travail dans le secteur de la dépendance ? Comment interpréter les évolutions observées au fil du temps ?

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

5.1. Effectifs

Le secteur de la dépendance traverse t-il une « crise » de ses ressources humaines ? Si l'on en croit des études réalisées aux États-Unis, la réponse à cette question est affirmative (Stone et Wiener, 2001 ; Harmuth, 2002 ; IFAS, 2007). Pourtant, la situation des différents pays de l'OCDE pourrait appeler une analyse plus nuancée. Il convient d'abord de se demander de quelle crise il est question : s'agit-il d'une crise des ressources humaines elles-mêmes ou d'une crise née de la tension entre l'offre et la demande ? Pour apporter une réponse à cette interrogation, il importe de commencer par examiner les statistiques dont on dispose sur les ressources humaines du secteur de la dépendance. Même s'il subsiste des limites, beaucoup de pays de l'OCDE ont amélioré la collecte de données dans ce domaine.

Le nombre de personnes prises en charge par travailleur du secteur de la dépendance est plus élevé dans le secteur des soins à domicile, mais la plupart des effectifs travaillent en établissement

Si l'on dénombre un travailleur en équivalent plein temps (EPT) pour deux personnes prises en charge en Australie, ce ratio est moins élevé dans bon nombre de pays et plus faible en établissement qu'à domicile (graphique 5.1). Il est particulièrement élevé en République tchèque et en République slovaque, où la charge de travail est importante. La ventilation de celle-ci par pays révèle moins de disparités en établissement qu'à domicile[1].

Alors que la plupart des personnes prises en charge le sont à domicile (chapitre 1), la majorité des effectifs travaillent en établissement – à l'exception toutefois du Japon et de la Corée (graphique 5.2).

La progression des effectifs du secteur de la dépendance semble en phase avec les évolutions démographiques

Dans la plupart des pays pour lesquels on dispose de données, les effectifs du secteur de la dépendance augmentent au même rythme que la proportion de la population de 80 ans et plus ; ils ont même progressé plus vite au Luxembourg, en Allemagne et au Japon. En revanche, on observe la tendance inverse en République slovaque, où la densité des effectifs (nombre de travailleurs du secteur de la santé pour 100 personnes de 80 ans et plus) est passée de 1.6 en 2004 à 0.7 en 2008.

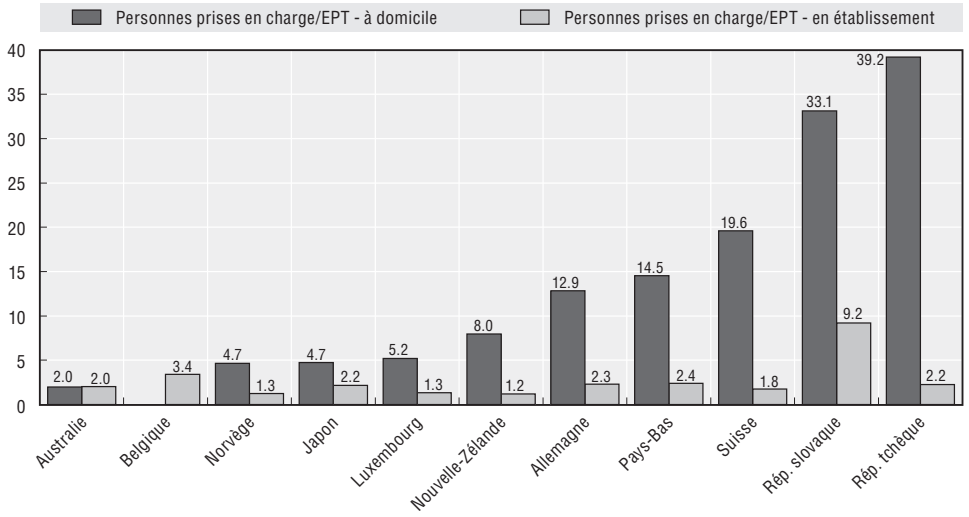
5.2. Qui sont les travailleurs du secteur de la dépendance ?

La plupart sont des femmes et travaillent à temps partiel

Dans maints pays de l'OCDE, le secteur de la dépendance est un important pourvoyeur d'emplois pour les femmes (Fujisawa et Colombo, 2009 ; graphique 5.3). Aux Pays-Bas, une femme qui travaille sur sept est employée dans le secteur de la santé et de l'action sociale (van der Windt *et al.*, 2009). Dans la plupart des pays, la répartition par sexe n'évolue guère. La République slovaque est le seul pays où la proportion de femmes parmi les travailleurs du secteur de la dépendance ait augmenté rapidement, de 61 % en 2004 à 90.5 % en 2006, pour atteindre un niveau similaire à celui observé ailleurs dans la zone OCDE. Cangiano

Graphique 5.1. **Le nombre de personnes prises en charge par équivalent plein temps (EPT) est plus élevé à domicile qu'en établissement**

2008, quelques pays de l'OCDE



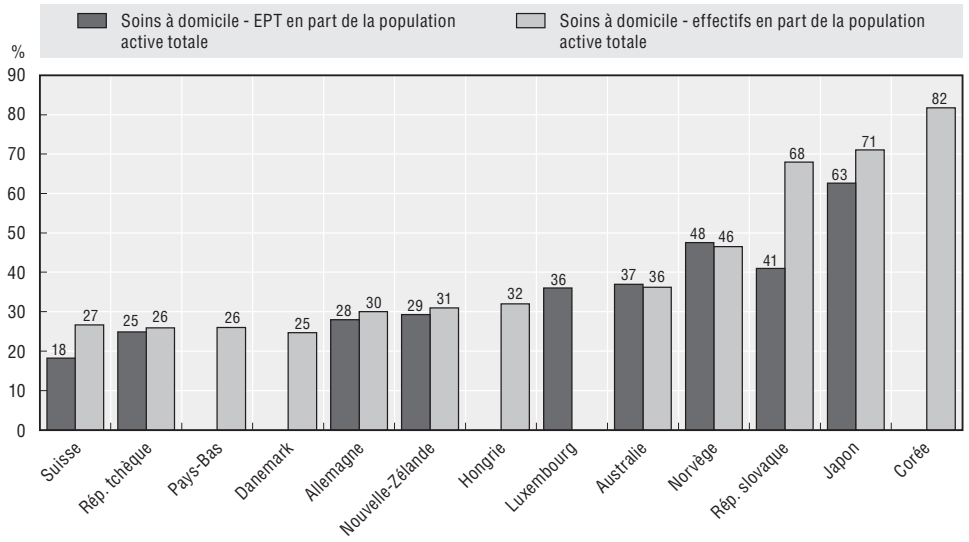
Note : La définition de l'équivalent plein temps (EPT) varie selon les pays. Les années pour lesquelles on dispose de données sur l'aide et les soins à domicile sont les suivantes : 2005 pour l'Allemagne et l'Australie ; 2006 pour le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas; et 2008 pour les autres pays. Les années pour lesquelles on dispose de données sur l'accueil en établissement sont les suivantes : 2006 pour le Luxembourg, la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas ; 2007 pour l'Allemagne, l'Australie, la Belgique et la République slovaque. Les données relatives à l'Australie ne tiennent pas compte du personnel paramédical (aide et soins à domicile). Les données relatives à l'Allemagne ne tiennent pas compte des infirmières ou infirmiers gériatriques (nombre estimé à 170 000 en 2007). Les données relatives aux Pays-Bas ne tiennent compte que du personnel salarié, qu'il s'agisse du personnel infirmier ou du personnel aidant à l'accomplissement des AVQ.

Source : Éco-Santé OCDE 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501308

Graphique 5.2. **Dans la plupart des pays de l'OCDE, moins de la moitié des effectifs du secteur de la dépendance interviennent à domicile**

2008, quelques pays de l'OCDE



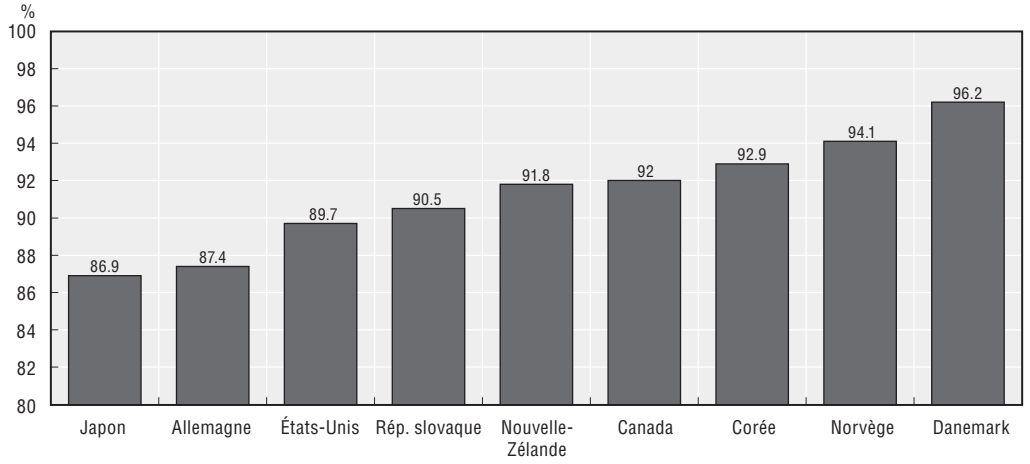
Note : Les données se rapportent à 2005 pour le Luxembourg, à 2006 pour les États-Unis, le Canada et la Nouvelle-Zélande, à 2007 pour l'Allemagne, l'Australie, le Danemark et la République slovaque. Les données relatives à l'Australie (aide et soins à domicile) ne tiennent pas compte du personnel paramédical. Les données relatives à l'Allemagne ne tiennent pas compte des infirmières ou infirmiers gériatriques (nombre estimé à 170 000 en 2007). Les données relatives aux Pays-Bas ne tiennent compte que du personnel salarié, qu'il s'agisse du personnel infirmier ou du personnel aidant à l'accomplissement des AVQ.

Source : Éco-Santé OCDE 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501327

Graphique 5.3. **La plupart des effectifs du secteur de la dépendance sont des femmes**

Proportion de femmes parmi les effectifs du secteur de la dépendance dans quelques pays de l'OCDE, dernière année disponible



Note : Les données se rapportent à 2003 pour le Japon, à 2006 pour le Canada, les États-Unis et la Nouvelle-Zélande, à 2007 pour le Danemark, à 2008 pour la Norvège et République slovaque, et à 2009 pour la Corée. Les données relatives à l'Allemagne ne tiennent pas compte des infirmières ou infirmiers gériatriques (nombre estimé à 170 000 en 2007).

Source : Éco-Santé OCDE 2010.

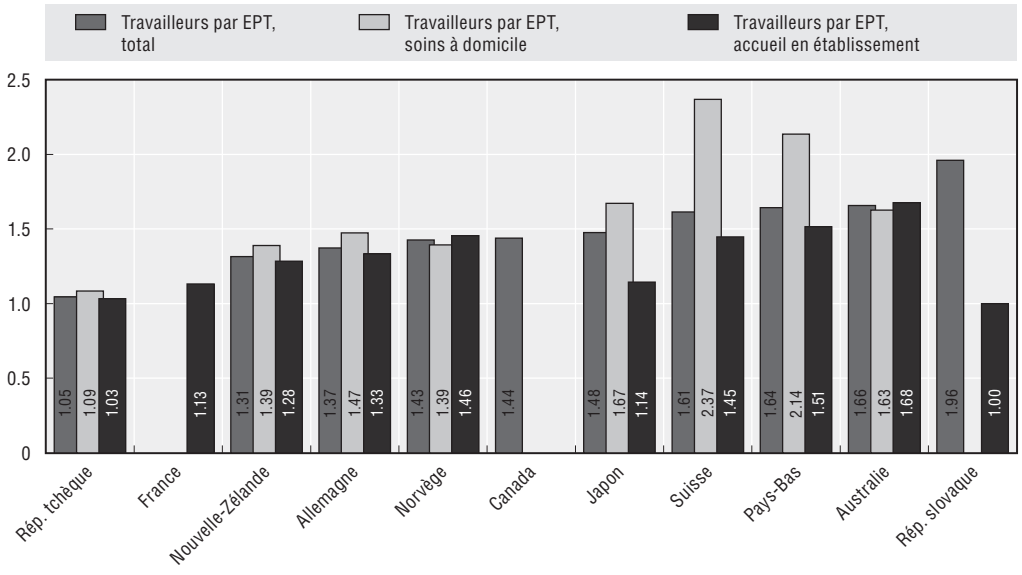
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501346

et al. (2009a) constatent qu'au Royaume-Uni, la plupart des femmes employées dans le secteur de la dépendance ont une activité d'assistance, tandis que les postes de direction sont plutôt pourvus par des hommes.

D'après le nombre de travailleurs par équivalent plein temps, il apparaît que beaucoup de travailleurs du secteur de la dépendance exercent leur activité à temps partiel et que cette tendance est légèrement plus marquée pour l'assistance à domicile (graphique 5.4). Au Japon par exemple, 84 % des professionnels qui interviennent à domicile travaillent à temps partiel. De plus, cinq travailleurs intervenant à domicile sur six sont confrontés chaque mois à des modifications du nombre hebdomadaire d'heures et de jours de travail. D'après une étude japonaise réalisée auprès d'employeurs du secteur des soins de longue durée en établissement, 40 % de leurs salariés travaillent à temps partiel (Hotta, 2010). En revanche, en République tchèque, le travail à temps partiel est quasi inexistant. Il en va de même dans le secteur des soins de longue durée en établissement de la République slovaque (graphique 5.4). Dans la plupart des pays pour lesquels on dispose de données, les effectifs employés en établissement effectuent un nombre d'heures de travail rémunéré supérieur à celui accompli dans le secteur de l'assistance à domicile. Aux États-Unis, en 2007, 43 % des effectifs intervenant auprès de personnes dépendantes ont eu une durée de travail inférieure à un plein-temps sur l'ensemble de l'année (PHI, 2007 ; PHI, 2010). Plus de la moitié (54 %) des auxiliaires à domicile ont travaillé à temps partiel ou n'ont travaillé à plein temps que pendant une partie de l'année (PHI, 2007). En Allemagne, bien que les effectifs employés en établissement médicalisé de long séjour aient augmenté de 29 % entre 1999 et 2007, la proportion de salariés à plein temps est passée de 46 % à 35 %. De surcroît, bien que la part de la main-d'œuvre masculine employée à plein temps par ces établissements ait augmenté de 92 %, la part de la main-d'œuvre féminine à plein temps a reculé de 8 %, alors même que la proportion de femmes y est restée stable à 87 % (voir *dreiverdi.de* dans la liste des sites internet en fin de chapitre, 2010).

Graphique 5.4. **Le travail à temps partiel est plus fréquent dans le secteur des soins à domicile**

Nombre de travailleurs par EPT dans le secteur de la dépendance dans quelques pays de l'OCDE, 2008



Note : La définition de l'équivalent plein temps varie selon les pays. Les données se rapportent à 2006 pour le Canada, la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas, à 2007 pour l'Allemagne, l'Australie, la France et la République slovaque, et à 2008 pour les autres pays. Les données relatives aux Pays-Bas ne tiennent compte que du personnel salarié, qu'il s'agisse du personnel infirmier ou du personnel aidant à l'accomplissement des AVQ. Les données relatives à l'Allemagne ne tiennent pas compte des infirmières ou infirmiers gériatriques (nombre estimé à 170 000 en 2007). Les données relatives à l'Australie ne tiennent pas compte du personnel paramédical.

Source : Calculs effectués par le Secrétariat sur la base d'*Éco-Santé OCDE 2010*.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932501365*

Pour cinq pays, il a été possible d'analyser l'évolution du temps de travail à l'aide de séries temporelles – qui ont essentiellement révélé un recul de la durée moyenne hebdomadaire de travail. Les données relatives à la Norvège mettent en évidence une augmentation du temps de travail entre 2003 et 2008, tandis que celles relatives à la République tchèque (2005-08), à l'Allemagne (2003-07) et aux Pays-Bas (à domicile, 2004-07) révèlent une diminution du nombre hebdomadaire d'heures de travail. Au Japon, depuis 2000, ce nombre a diminué pour les travailleurs qui interviennent à domicile, tandis qu'il a augmenté pour ceux qui travaillent en établissement (Hotta, 2010). Des études portant sur l'Allemagne confirment la diminution du nombre hebdomadaire d'heures de travail (Oschmiansky, 2010 ; Rothgang *et al.*, 2009). En Australie, la durée hebdomadaire de travail a diminué de 10 % depuis 2002 pour le personnel employé en établissement. Globalement, cette diminution du temps de travail reflète l'évolution constatée dans les pays de l'OCDE sur le marché du travail dans son ensemble, la part du travail à temps partiel étant passée de 12 % en 2000 à 16 % en 2009[2], tandis qu'au cours de la même période, le nombre annuel d'heures travaillées a diminué de 4 %[3].

Les travailleurs du secteur de la dépendance, en particulier les moins qualifiés, occupent parfois plusieurs emplois. En Nouvelle-Zélande, 17 % d'entre eux exercent plusieurs activités – généralement en lien avec la dépendance ou l'aide à l'accomplissement des AIVQ (ménage, soins à la personne, cuisine) (Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande/ Université d'Auckland, 2004). Cangiano *et al.* (2009a) et Martin *et al.* (2009) ont constaté une tendance similaire parmi la main-d'œuvre née à l'étranger au Royaume-Uni et aux

États-Unis ; Eborall, Fenton et Woodrow (2010) ont dénombré 1.6 emploi par personne travaillant dans le secteur de l'accompagnement médico-social des adultes en Angleterre.

La population vieillissant, la population active en général et celle employée dans le secteur de la dépendance en particulier est aussi de plus en plus âgée. La main-d'œuvre âgée représente une proportion forte et croissante des effectifs du secteur de la dépendance (tableau 5.1).

Tableau 5.1. **Données sur le vieillissement des effectifs du secteur de la dépendance**

	Indicateur du vieillissement des effectifs	Catégorie professionnelle	Tendance	Source
Allemagne			1995-2005 : la proportion de travailleurs du secteur de la dépendance âgés de 50 ans et plus est passée de 18 % à 23 %.	BGW (2007)
Australie	70 % des effectifs qui interviennent à domicile ont 45 ans ou plus ; 60 % des professionnels employés en établissement ont 45 ans ou plus (âge de la main-d'œuvre féminine : 36 % des femmes ont 45 ans ou plus).		1997-2005 : l'âge moyen du personnel infirmier est passé de 40 à 45 ans ; la proportion de travailleurs de 55 ans et plus a augmenté.	Martin et King (2008)
	Âge moyen du personnel infirmier salarié : 44.1 ans.		1998-2008 : la proportion d'infirmières et infirmiers de 50 ans et plus est passée de 18.9 % à 34.9 %.	AIHW (2008b)
Canada	Au Canada, le personnel infirmier autorisé travaillant dans le secteur de la dépendance est plus âgé que celui employé dans le secteur des soins de santé.			O'Brien-Pallas *et al.* (2003)
États-Unis	Âge moyen : • ensemble des effectifs intervenant auprès de personnes dépendantes : 41 ans • employés en établissement : 38 ans • employés à domicile : 45 ans (2009) • travailleurs non salariés ou personnes employées de gré à gré par des particuliers : 49 ans.		Moyenne d'âge des travailleurs du secteur des soins à domicile en 2007 : 43 ans.	PHI (2007, 2010)
Japon	60 % des travailleurs ont plus de 50 ans.	Assistants à domicile		Hotta (2010)
Nouvelle-Zélande	Plus de 50 % des travailleurs ont entre 40 et 60 ans ; 16 % ont 60 ans ou plus.	56 % aident à l'accomplissement des AVQ et des AIVQ et 21 % aident uniquement à l'accomplissement des AIVQ.		Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande/Université d'Auckland (2004)
Pays-Bas	Depuis 2003 : plus de 50 % des travailleurs ont plus de 40 ans.		2002-06 : l'âge moyen des travailleurs employés en établissement est passé de 38.9 ans à 40.2 ans. La proportion de travailleurs de 45 ans et plus est passée de 31 % à 41 %.	*www.azwinfo.nl*
Royaume-Uni	Les données n'indiquent pas de vieillissement des effectifs du secteur de la dépendance.			Cangiano *et al.* (2009a)

Source : Compilation du Secrétariat de l'OCDE.

L'âge d'entrée dans le secteur de la dépendance diffère selon le niveau de qualification. En Australie, les infirmières et infirmiers commencent certes à travailler dans ce secteur plus tôt que les membres d'autres catégories professionnelles, mais un quart de ceux qui se consacrent à la prise en charge de personnes dépendantes ont néanmoins commencé à l'âge de 40 ans. Dans ce pays, plus de la moitié des personnes qui interviennent à domicile *commencent* cette activité après 40 ans, et une sur cinq commence à plus de 50 ans (Martin et King, 2008).

L'entrée dans le secteur de la dépendance peut faire suite à une période d'inactivité. Ainsi, aux Pays-Bas, entre 16 % et 29 % des travailleurs peu qualifiés étaient inactifs au moment où ils ont pris leurs fonctions (van der Velde *et al.*, 2010). En Nouvelle-Zélande, un tiers environ des effectifs du secteur de la dépendance étaient dans cette situation ; parmi eux, 40 % étaient des femmes au foyer et 46 % étaient au chômage (Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande/Université d'Auckland, 2004).

Les effectifs du secteur de la dépendance sont généralement peu qualifiés, mais les qualifications exigées pour exercer en établissement sont plus élevées

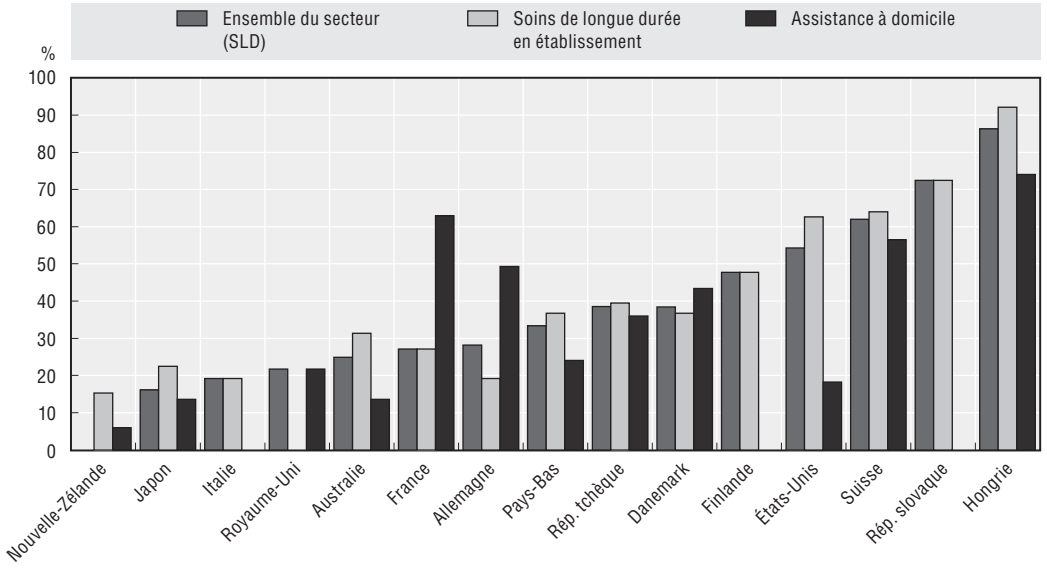
Les travailleurs du secteur de la dépendance comprennent généralement du personnel infirmier et du personnel moins qualifié. La division du travail, l'étendue et la nature des activités, la réglementation de l'emploi dans ce secteur sont très variables d'un pays à l'autre. Il existe donc des disparités entre les pays de l'OCDE au niveau de l'éventail des qualifications et du rapport entre personnel infirmier et personnel moins qualifié[4]. Dans la plupart des pays pour lesquels on dispose de données, le personnel infirmier représente moins de 50 % de la main-d'œuvre du secteur de la dépendance, cette proportion allant de 12 % en Nouvelle-Zélande à 85 % en Hongrie (graphique 5.5).

La structure des qualifications dans chaque cadre des soins est globalement conforme à la structure observée dans un pays pour l'ensemble du secteur, à quelques exceptions près. Ainsi, en Nouvelle-Zélande, la proportion de personnel infirmier est faible dans le secteur de l'assistance à domicile comme dans celui de l'accueil en établissement ; en Suisse, elle est élevée dans les deux secteurs ; en revanche, en France et en Allemagne, la proportion est élevée à domicile, mais plus faible en établissement. Au contraire, aux États-Unis, le personnel infirmier est relativement peu représenté dans le secteur de l'assistance à domicile tandis qu'il l'est relativement bien en établissement. Toutefois, le personnel infirmier peut avoir un temps de travail plus long que les autres professionnels du secteur, il est possible que les données fondées sur les effectifs sous-estiment sa contribution réelle par rapport à celle du personnel moins qualifié. Les données relatives à l'Australie par exemple montrent que les infirmières et infirmiers sont d'autant moins nombreux à travailler à temps partiel et ont une durée hebdomadaire de travail d'autant plus longue que le niveau de leur qualification et de leurs attributions professionnelles est élevé (AIHW, 2008a).

Les conditions de qualification à satisfaire pour travailler dans le secteur de la dépendance sont régies par des réglementations nationales ou régionales, mais d'autres systèmes de formation – souvent des formations de courte durée proposées par les employeurs – jouent également un rôle et prennent plutôt la forme de stages pratiques. En principe, le personnel infirmier suit une formation professionnelle spécialisée (parfois certifiée ou accréditée), mais il peut exister différentes catégories professionnelles, comme c'est le cas aux États-Unis, où l'on distingue les infirmières et infirmiers diplômés autorisés (*Registered Nurses*, RN) et les infirmières et infirmiers auxiliaires diplômés (*Licensed Practical Nurses*, LPN)[5]. La formation comporte en général un minimum de trois années d'études spécialisées, mais le volet pratique peut représenter la majeure partie du cursus. Certains pays n'ont pas instauré de formation spécialisée pour les effectifs du secteur de la dépendance (Hongrie, Pologne), mais beaucoup ont mis en place des programmes de formation – en particulier pour les travailleurs peu qualifiés – qui associent théorie et pratique. Le Japon est au nombre des pays où existent différents niveaux de formation pour les effectifs du secteur de la dépendance. Ainsi, il existe une formation d'auxiliaire de vie diplômé et d'assistant à

Graphique 5.5. **Dans la plupart des pays de l'OCDE, le personnel infirmier représente moins de la moitié des effectifs du secteur de la dépendance et travaille en majorité en établissement**

Proportion d'infirmières et infirmiers parmi les effectifs du secteur de la dépendance dans quelques pays de l'OCDE, 2008



Note : Les données se rapportent à 2006 pour les États-Unis et la Nouvelle-Zélande, à 2005 pour l'Italie et la Finlande, à 2003 (accueil en établissement et total) et 2002 (aide et soins à domicile) pour la France, à 2007 pour l'Allemagne, l'Australie et le Danemark. Les données relatives à l'Australie ne tiennent pas compte du personnel paramédical. Les données relatives à l'Allemagne ne tiennent pas compte des infirmières ou infirmiers gériatriques (nombre estimé à 170 000 en 2007). Les données relatives aux Pays-Bas ne tiennent compte que du personnel salarié, qu'il s'agisse du personnel infirmier ou du personnel aidant à l'accomplissement des AVQ.

Source : Éco-Santé OCDE 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501384

domicile. La durée de ce type de formation professionnelle (initiale) varie fortement d'un pays de l'OCDE à l'autre (tableau 5.2).

Dans la plupart des pays, la formation professionnelle initiale des personnels du secteur de la dépendance est financée par des fonds publics, même s'il existe dans certains cas des formations mixtes avec un système de certification nationale et un financement privé. En Nouvelle-Zélande par exemple, le secteur de la dépendance a son propre organisme de formation – qui offre essentiellement une formation pratique. Toutefois, alors que la demande de services destinés aux personnes dépendantes change, les programmes de formation n'évoluent guère, en particulier pour les personnels peu qualifiés. Aux États-Unis par exemple, les conditions requises à l'échelon fédéral pour travailler en qualité d'aide-soignant/d'aide-soignant à domicile, à savoir l'obligation d'avoir suivi 75 heures de formation (et 12 heures de formation continue par an), sont inchangées depuis 20 ans (IOM, 2008). Beaucoup d'États appliquent toutefois des conditions supplémentaires.

Tableau 5.2. **Programmes de formation initiale des effectifs peu qualifiés du secteur de la dépendance dans les pays de l'OCDE**

	Programmes de formation nationaux pour les effectifs du secteur de la dépendance ?	Métier ou catégorie professionnelle	Dispositif de formation	Contenu et durée de la formation	Normes nationales minimales applicables ?	Observations
Allemagne	Non	Auxiliaire de vie gériatrique Assistant en établissement pour personnes âgées *(Betreuungskräfte)*		Formation régie par la Loi de 2004 sur les soins gériatriques. Trois années de formation, dont 200 heures de formation théorique et 2 500 heures de formation pratique. Stage d'initiation de cinq jours, trois modules représentant 160 heures au total au moins, plus deux semaines de stage.	Locale (Länder) Oui	
Australie	Oui	Assistant (*Ancillary Worker*)	Formation aux services de proximité, certificat CHC20108	430 heures, cinq semaines de formation pratique et théorique.	Oui	
	Oui	Agent en établissement pour personnes âgées (*Residential Aged Care Worker*)	Certificat de niveau III, intervention auprès des personnes âgées	555 heures/8 à 16 semaines, formation pratique et théorique.	Oui	
	Non	Auxiliaire de vie *(Specialisation for Care Worker)*	Certificat CHC40208, services d'aide à domicile et de proximité	730-740 heures/18 semaines au maximum. Comporte un stage. Formation complémentaire, facultative.	Oui	
Autriche	Oui	Assistant à domicile *(Heimhilfe)*	Formation de base	200 heures de cours théoriques, 120 heures de formation pratique en milieu ambulatoire et 80 heures en établissement.	Oui	
	Oui	Auxiliaire de vie *(Plegehilfe)*		Être âgé de 17 ans au minimum et être en bonne santé physique et mentale. Une année/1 600 heures de formation théorique et pratique.	Oui	
Canada	Non	Ontario : préposé aux services de soutien à la personne (*Personal Support Worker*, PSW)	Programme de formation à la fonction de préposé aux services de soutien à la personne	Deux années universitaires (8 mois), 384 heures de cours théoriques et 386 heures de stage pratique. Formation en cours d'emploi assurée par l'employeur.	Normes régionales	L'Association nationale des collèges de carrière (*National Association of Career Colleges*), association qui regroupe des établissements privés de formation professionnelle, a un rôle de surveillance.
	Non	Assistant à domicile (*Personal Attendant*, PA)		Formation similaire à la formation d'auxiliaire de vie mais de durée plus courte.	Normes régionales	
	Oui	Auxiliaire social		Formation générale + 150 heures de cours spécialisés. Obligation de suivre une formation complémentaire à raison de 24 heures par an.	Oui	

Tableau 5.2. **Programmes de formation initiale des effectifs peu qualifiés du secteur de la dépendance dans les pays de l'OCDE** *(suite)*

	Programmes de formation nationaux pour les professionnels du secteur de la dépendance ?	Métier ou catégorie professionnelle	Dispositif de formation	Contenu et durée de la formation	Normes nationales minimales applicables ?	Observations
Corée	Oui		2e degré 1er degré	120 heures de formation spécialisée. 240 heures de formation spécialisée.		Une autorisation est nécessaire pour travailler dans le secteur de la dépendance.
Danemark	Oui	Assistant à domicile		Une année et sept mois : 20 semaines de formation générale, 24 semaines de cours dans un institut de formation et 31 semaines de stage pratique.	Oui	Justifier de six mois d'expérience professionnelle dans le secteur, maîtriser le danois.
	Oui	Auxiliaire de vie		Une année et huit mois. 32 semaines de cours dans un institut de formation, 48 semaines de stage pratique.	Oui	Être ressortissant d'un pays d'Europe du Nord/de l'Union européenne.
Estonie		Auxiliaire de vie		Deux années de formation, dont 25 % de stage pratique.		
États-Unis	Oui	Aide-soignant à domicile (*Home Health Aide*)		Deux semaines de formation.	Oui	Diplôme de fin du deuxième cycle de l'enseignement secondaire.
		Assistant à domicile (*Personal Care Assistant*)		Absence d'obligation de formation à l'échelon fédéral.	Oui	
		Aide-soignant agréé (*Certified Nursing Aide*)		75 heures de formation théorique et de stage pratique (certains États exigent 120 heures). Évaluation des compétences durant les quatre premiers mois d'activité.	Oui	Permet de travailler dans un établissement médicalisé de long séjour qui a obtenu une certification fédérale.

Tableau 5.2. **Programmes de formation initiale des effectifs peu qualifiés du secteur de la dépendance dans les pays de l'OCDE** *(suite)*

	Programmes de formation nationaux pour les professionnels du secteur de la dépendance ?	Métier ou catégorie professionnelle	Dispositif de formation	Contenu et durée de la formation	Normes nationales minimales applicables ?	Observations
Finlande		Professionnel du secteur de la dépendance		Formation professionnelle de trois années, 120 crédits au total, dont au moins 29 acquis dans le cadre de stages.	Oui	
France	Non	Aide à domicile Aide à domicile Auxiliaire de vie sociale	Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS)	504 heures de formation technique et méthodologique et 560 heures de stage pratique. Formation facultative, organisée par l'employeur.	Oui	Condition préalable : justifier de 3 000 heures d'activité professionnelle au cours des dix dernières années.
Irlande	Oui	Auxiliaire de soins en gériatrie (*Care Assistant for Elderly*)	Certificat de niveau 5, auxiliaire de soins, délivré par l'organisme d'accréditation FETAC	36 semaines, 16 semaines de formation organisée par la *Training and Employment Authority* (FAS), 15 semaines de formation intégrée (FAS et entreprise d'accueil), et 5 semaines de stage en entreprise.	Oui	Avoir au moins 16 ans.
Japon	Non	Assistant à domicile		Établissements universitaires spécialisés.	Non	
	Oui	Auxiliaire de vie diplômé		Pour se présenter aux épreuves du diplôme d'État d'auxiliaire de vie : une année de formation dans un établissement de formation ou deux à quatre années d'études ou trois années d'expérience dans le domaine de l'aide aux personnes.	Oui	
	Oui	Travailleur social diplômé		Pour se présenter aux épreuves du diplôme d'État de travailleur social : avoir suivi une formation de deux à quatre ans associant théorie et pratique ou une formation collégiale/universitaire dans le domaine de l'intervention médico-sociale.	Oui	
Norvège		Auxiliaire de vie qualifié	Programme de formation aux métiers de la santé et de l'action sociale.	Deux ou trois années de formation au terme du premier cycle de l'enseignement secondaire, 50 % de théorie.	Oui	

Tableau 5.2. **Programmes de formation initiale des effectifs peu qualifiés du secteur de la dépendance dans les pays de l'OCDE** *(suite)*

	Programmes de formation nationaux pour les professionnels du secteur de la dépendance ?	Métier ou catégorie professionnelle	Dispositif de formation	Contenu et durée de la formation	Normes nationales minimales applicables ?	Observations
Pays-Bas	Oui	Auxiliaire de vie de niveau 1		Niveau 1 : une année de formation, sans prérequis. Formation essentiellement pratique.		Deux parcours sont possibles : une formation à dominante pratique (BBL) et une formation à dominante théorique (BOL) (à plein temps)
	Oui	Auxiliaire de vie de niveau 2	Formation professionnelle, niveau 2	Niveau 2 : être âgé d'au moins 16 ans ; deux années de formation professionnelle à plein temps.	Oui	
	Oui	Aide-soignant	Formation professionnelle, niveau 3	Niveau 3 : accessible après avoir suivi le cycle préparatoire d'enseignement secondaire technique (VMBO) ou une formation équivalente (y compris une formation de niveau 2) ; la formation dure 3 ans.	Oui	
République slovaque				École supérieure de formation à la profession infirmière. 220 heures ; les stages pratiques occupent une large place.		
République tchèque	Oui	Assistant médico-social		Quatre années de formation secondaire		
		Aide-soignant		Trois années de formation secondaire		
Royaume-Uni	Oui	Auxiliaire de vie *(Care and Support Worker)*	Système de certifications professionnelles nationales *(National Vocational Qualification)*, niveau 2 ou 3 dans le domaine de l'accompagnement médico-social *(Health and Social Care)*	Niveau 2 : une année – six modules, dont quatre obligatoires et deux au choix. Les modules varient selon l'établissement de formation. Niveau 3 : deux années – huit modules, dont quatre obligatoires et quatre au choix. Les modules varient selon l'établissement de formation.	Oui	Objectif des pouvoirs publics : que 50 % de l'aide fournie aux personnes dépendantes le soit par des professionnels titulaires d'une certification professionnelle NVQ à l'horizon 2008.
Suède	Oui	Aide-soignant	Second cycle de l'enseignement secondaire.	Trois années.	Oui	
	Non		Formation organisée par une association.	Selon le programme : entre quelques jours et un mois.		

Source : Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, 2009-10, et autres documents relatifs aux différents pays.

Il n'existe souvent pas de normes de qualification pour les effectifs peu qualifiés du secteur de la dépendance, si bien que bon nombre d'entre eux n'ont pas de titre professionnel. Ainsi, aux Pays-Bas, entre 17 % et 60 % des effectifs n'ont pas les qualifications appropriées (van der Velde *et al.*, 2010, p. 15). En Australie, 30 % des personnes qui interviennent à domicile sont dépourvues de qualifications adaptées et ont moins de probabilités d'avoir un titre correspondant à leur activité que leurs homologues travaillant en établissement (Martin et King, 2008). Les données relatives au Royaume-Uni montrent que le niveau de qualification des travailleurs du secteur de l'accompagnement médico-social des adultes est globalement faible (Cangiano *et al.*, 2009a). Aux États-Unis, 59 % des professionnels qui interviennent auprès de personnes dépendantes ont, au maximum, un niveau de qualification correspondant à la fin du deuxième cycle de l'enseignement secondaire, voire un niveau inférieur (PHI, 2010), et en Allemagne, moins de la moitié des travailleurs qui interviennent à domicile justifient d'une qualification appropriée ; en 2007, on dénombrait dans ce pays quelque 300 qualifications différentes pour la fonction d'auxiliaire de vie (Oschmiansky, 2010).

Il n'est cependant pas rare que les personnels soient surqualifiés : ainsi, aux Pays-Bas, 20 % des assistants à domicile ont une qualification en rapport avec la prise en charge de la dépendance d'un niveau supérieur à celui requis (van der Velde *et al.*, 2010). De même, l'Étude nationale canadienne des ressources humaines du secteur des soins à domicile (2003) révèle que ces ressources humaines ont généralement un niveau d'étude élevé et qu'un tiers d'entre elles se sentent sous-employées. En Australie, 13 % des personnels qui interviennent à domicile ont des qualifications relativement élevées, mais non spécialisées (Martin et King, 2008). Ces résultats confirment des conclusions plus générales selon lesquelles les femmes occupent souvent des emplois d'un niveau inférieur à leur qualification (OCDE, 2007a).

Les travailleurs du secteur de la dépendance sont en moyenne moins qualifiés que ceux du secteur de la santé (Fujisawa et Colombo, 2009) mais dans beaucoup de pays, les effectifs employés en établissement sont plus qualifiés que ceux qui interviennent à domicile. En Australie, ces derniers ont cependant plus de probabilités que les personnes employées en établissement d'avoir un titre post-secondaire, même si ce titre est parfois sans rapport avec l'aide aux personnes âgées (Martin et King, 2008). Smith et Baughman (2007) et van der Windt *et al.* (2009) font la même constatation pour les États-Unis et les Pays-Bas.

5.3. Conditions de travail du secteur de la dépendance

Les salaires et avantages sont plus faibles dans le secteur des soins à domicile

Les salaires sont globalement faibles dans l'ensemble du secteur (tableau 5.3). Selon Fujisawa et Colombo (2009), dans la plupart des pays, les travailleurs peu qualifiés du secteur de la dépendance ont une rémunération légèrement supérieure à la rémunération moyenne de la main-d'œuvre peu qualifiée en général. Ainsi, au Royaume-Uni, le salaire horaire médian des travailleurs du secteur de l'accompagnement médico-social des adultes s'établit à 6.56 GBP, ce qui est supérieur de 14 % au salaire minimum national (Cangiano *et al.*, 2009a ; 2009b), mais inférieur à la rémunération perçue dans le secteur de la santé, en particulier pour les personnels qui interviennent à domicile. Les données sont toutefois peu nombreuses et ne permettent pas de tirer des conclusions univoques.

De surcroît, la rémunération ne reflète pas toujours l'expérience. Aux États-Unis, il est fréquent que le salaire des effectifs intervenant auprès de personnes dépendantes ne fasse pas l'objet de revalorisations annuelles ; en outre, ceux qui fournissent une aide ou des soins à domicile ne sont pas visés par la Loi sur les normes de travail (*Fair Labour Standards Act*, FLSA), si bien qu'ils ne bénéficient pas des dispositions relatives au salaire minimum et aux heures supplémentaires. Les données relatives à l'Allemagne, aux États-Unis et à la Nouvelle-Zélande montrent que le personnel infirmier travaillant dans le secteur de la dépendance perçoit une rémunération plus faible (et a une durée de travail plus courte) que celui employé dans d'autres segments du secteur de la santé (Rothgang et Igl, 2007 ; Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande/Université d'Auckland, 2004). Il arrive aussi que la rémunération varie selon les régions. Ainsi, au Canada, elle est plus faible dans les régions rurales.

Comme dans beaucoup d'autres secteurs, il existe un écart entre la rémunération des hommes et celle des femmes[6]. Au Japon, les hommes employés dans le secteur de la dépendance gagnent 11 % de plus que leurs homologues de sexe féminin (Health and Welfare Bureau for the Elderly, 2010) indépendamment de la durée ininterrompue d'activité dans le secteur, et la rémunération est plus élevée en établissement qu'à domicile (Hotta, 2010).

De plus, dans certains pays, les travailleurs du secteur de la dépendance ne bénéficient pas d'avantages accessoires au salaire, tels que l'assurance-maladie aux États-Unis (PHI, 2007 ; 2010), ou bénéficient d'avantages moins généreux que ceux accordés à la majorité des travailleurs. Ce phénomène s'explique en partie par la surreprésentation des travailleurs à temps partiel dans le secteur de la dépendance, travailleurs qui ont, en général, un accès plus limité à ces avantages. La faiblesse de la rémunération, associée au travail à temps partiel, peut donc conduire les travailleurs de ce secteur à être tributaires des systèmes publics de protection sociale. Ainsi, aux États-Unis, ils sont nombreux à bénéficier de dispositifs publics comme les bons d'alimentation, Medicaid, les programmes de logement social, les systèmes d'aide pour la garde des enfants, le transport et le paiement des factures d'énergie.

La prise en charge de personnes dépendantes est une activité exigeante et pénible (Korczyk, 2004 ; Cangiano *et al.*, 2009a) ; les tensions psychologiques et le surmenage sont souvent à l'origine de départs anticipés à la retraite (Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2006), et les problèmes de santé liés au travail sont une raison importante d'interruption de l'activité (Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande/Université d'Auckland, 2004). Aux Pays-Bas, bien que les personnes qui travaillent dans le secteur de la santé et de l'action sociale soient satisfaits de leur vie professionnelle, elles sont aussi moins nombreuses à exprimer la volonté de travailler jusqu'à leur soixante-cinquième anniversaire (CBS, 2010, p. 145). De même, des données relatives à l'Australie révèlent qu'il pourrait y avoir des limites au nombre d'années que les effectifs sont prêts à consacrer à la prise en charge de personnes dépendantes (Martin et King, 2008). Par conséquent, même si, en Australie, aux États-Unis et en Nouvelle-Zélande, certains professionnels de ce secteur continuent de travailler jusqu'à leur soixante-dixième anniversaire, rares sont les personnes qui y travaillent jusqu'à leur retraite.

Par ailleurs, les accidents du travail sont fréquents. Aux États-Unis, les aides-soignants, agents de service hospitalier et auxiliaires de soins arrivent en troisième position après les conducteurs de poids lourds et les ouvriers en termes de nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles (Bureau des statistiques du travail des États-Unis, cité dans

Tableau 5.3. **Les salaires dans le secteur de la dépendance**

	Salaire (brut mensuel, sauf indication contraire)	Remarques / sources
Allemagne	72 % des personnes interrogées travaillant à plein temps auprès de personnes âgées ont un salaire inférieur à 2 000 EUR ; 48 % ont un salaire inférieur à 1 500 EUR.	Nölle et Goesmann, 2009 ; Fuchs (non daté) ; cités dans : Oschmiansky (2010).
Australie	Personnel infirmier diplômé autorisé de niveau 1 (salaire annuel) : de 55 123 AUD (≈ 40 122 EUR) à 61 869 AUD (≈ 45 038 EUR). Personnel soignant de niveau intermédiaire : de 28 079-37 267 AUD (≈ 20 440-27 128 EUR) à 36 131-38 986 AUD (≈ 26 299-28 377 EUR) (données ≈ 2009)	Les salaires varient selon la fonction et le lieu. Salaire du personnel soignant de niveau intermédiaire : aux échelons supérieurs, le personnel soignant de niveau intermédiaire peut occuper des postes d'encadrement. Salaires supérieurs d'environ 50 % au salaire hebdomadaire minimum en vigueur en 2002 (Fujisawa et Colombo, 2009).
Belgique	Salaire de base annuel (brut) en 2009 : Infirmier auxiliaire : 21 997-34 562 EUR Infirmier diplômé : 22 798-37 596 EUR	*www.werk.belgie.be/CAO/330/330-2009-000655.pdf* hors suppléments (indemnités de sujétion, congés annuels, etc.).
Canada	Assistant à domicile : 16.1 CAD de l'heure (11.80 EUR) Personnels du secteur de la dépendance : de 12.7 CAD de l'heure (9.30 EUR) (assistants à domicile) à 24.4 CAD de l'heure (17.90 EUR) (infirmiers autorisés)	Fujisawa et Colombo (2009).
Estonie	Salaire des personnels employés en établissement médicalisé de long séjour (mars 2009) : 22 809 EEK (1 458 EUR) (mars 2008 : 18 550 EEK, 1 185 EUR)	
États-Unis	2007 : Salaire horaire médian des professionnels intervenant auprès de personnes dépendantes : 10.48 USD (7.67 EUR) en 2007. Diminution de 0.5 % en 2008.	Les salaires sont inférieurs de 31 % au salaire médian de la population américaine. 2008 : le salaire médian de la population américaine a augmenté de 3 % (PHI 2007, 2010). Les salaires représentaient environ 51 % du salaire moyen en 2007 (Fujisawa et Colombo, 2009).
Finlande	(fin 2009) Salaire moyen : 2 370 EUR (infirmier auxiliaire) ; 2 860 EUR (infirmier diplômé autorisé)	Il n'y a pas de différence notable entre les salaires versés par les autorités locales et ceux du secteur privé.
France	Salaires mensuels à 31 ans dans le secteur privé à but non lucratif (2009) : - Infirmier diplômé d'État : 2 442 EUR - Aide-soignant : 1 852 EUR - Aide médico-psychologique : 1 856 EUR - Auxiliaire de vie sociale : 1 856 EUR	Les salariés employés de gré à gré par des particuliers perçoivent le salaire minimum, tandis que ceux qui travaillent par l'intermédiaire d'organismes ont une rémunération de 50 % supérieure (Fujisawa et Colombo, 2009).
Irlande	(salaire annuel) Assistant à domicile : 29 352-30 659 EUR (données 2008) Aide-soignant (Dublin, hors *Paypath*) : 29 269-30 630 EUR	
Japon	**Assistant à domicile :** 43.9 ans, 4.4 ans d'expérience, 9 heures supplémentaires : 211 700 JPY (1 888 EUR) par mois ; salaire annuel spécial : 278 600 JPY (2 485 EUR) **Soignant formel en établissement médico-social :** 35.8 ans, 5.2 ans d'expérience, 4 heures supplémentaires : 215 800 JPY (1 924 EUR) ; salaire annuel spécial : 505 000 JPY (4 502 EUR) **Auxiliaire de vie à domicile :** salaire mensuel moyen : 207 641 JPY (1 844 EUR) **Soignant formel en établissement :** 217 415 JPY (1 937 EUR)	*(données communiquées en 2006)* * : Hotta (2010), citant des données de *Heisei Jyūhachi Nendo Kaigo Rodo Jittai Chosa* (enquête de 2006 sur le travail dans le secteur de la dépendance). Salaires représentant environ 47 à 64 % du salaire moyen (Fujisawa et Colombo, 2009).
Luxembourg	Personnel infirmier : 2 978-6 071 EUR Aide-soignant : 2 373-4 402 EUR	Hors indemnités de sujétion, congés annuels, etc.
Norvège	29 000 NOK par mois (3 657 EUR) (fin 2008)	

Tableau 5.3. **Les salaires dans le secteur de la dépendance** *(suite)*

	Salaire (brut mensuel, sauf indication contraire)	Remarques / sources
Nouvelle-Zélande	Salaire horaire médian des assistants à domicile (2000) : 7.50 NZD (4.20 EUR)	Health Outcomes International (2007)
Pays-Bas	Exemple : aide-soignant de proximité *(« Ziekenverzorgende in de wijk »)* 1 729 à 2 558 EUR selon l'expérience (2008)	Le salaire dépend des conventions collectives (CAO_VVT_2008-2010). Les employeurs reçoivent une subvention au titre des coûts liés aux salaires. Le salaire s'entend hors rémunération des heures supplémentaires, indemnités de sujétion, suppléments annuels.
République slovaque	Salaire mensuel brut (accueil en établissement et aide et soins à domicile) : 276-385 EUR (2009)	Salaire national moyen : 766.41 EUR Salaire minimum (2009) : 295.50 EUR
République tchèque	Personnel infirmier : 22 900 CZK (environ 944 EUR) Aide-soignant et assistant en milieu ambulatoire : 14 400 CZK (593 EUR) Secteur des services sociaux : Personnel infirmier : 24 009 CZK (environ 989 EUR) Aide-soignant : 18 395 CZK (environ 758 EUR) Assistant en milieu ambulatoire : 16 179 CZK par mois (environ 667 EUR)	Salaire moyen (données 2008) : 24 282 CZK (selon l'institut tchèque de la statistique).
Royaume-Uni	Salaire horaire médian des personnels du secteur de l'accompagnement médico-social des adultes : 6.56 GBP (7.62 EUR)	Salaire supérieur de 14 % au salaire minimum et inférieur à la rémunération des professionnels de santé, en particulier pour les personnels qui travaillent à domicile. La rémunération est plus faible dans le secteur privé que dans le secteur associatif, où elle est plus faible que dans le secteur public (Cangiano *et al.*, 2009a, 2009b).
Slovénie	Aide-soignant II, 15e échelon : 817.43 EUR Infirmier titulaire d'un diplôme de l'enseignement secondaire, 21e échelon : 1 034.30 EUR Salaire de base d'un auxiliaire de vie, 13e échelon : 755.75 EUR	Les salaries se situent entre 50 et 70 % de la moyenne nationale (Fujisawa et Colombo, 2009)

Note : Les monnaies nationales ont été converties en euros sur la base des taux de change de 2011.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, 2009-10, sauf indication d'autres sources.

Squillace *et al.*, 2009), et un tiers des aides-soignants agréés ont été victimes d'au moins un accident du travail qui a conduit, dans près d'un cas sur quatre, à un jour d'inaptitude au travail ou plus au cours de l'année écoulée. Les dépressions, les problèmes dorsolombaires – imputables au fait de soulever et de porter les patients – et les traumatismes physiques sont fréquents (Gleckman, 2010). Apparemment, les fortes tensions psychologiques dues à la pénibilité du travail et à la faible satisfaction qu'il procure sont aussi à l'origine de problèmes de santé (BGW, 2006). La prise en charge de personnes souffrant de démence, en particulier, peut être particulièrement éprouvante psychologiquement (Schmidt et Hasselhorn, 2007).

Les difficultés rencontrées au travail peuvent aussi favoriser les violences. En Nouvelle-Zélande, 50 % des effectifs employés en établissement ont indiqué craindre des violences, contre 25 % parmi ceux qui interviennent à domicile (Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande/Université d'Auckland, 2004) et les violences verbales ne sont pas rares, en particulier de la part des patients atteints de démence. Selon une étude européenne sur l'abandon prématuré de la profession infirmière (*European Nurses Early Exit Study*, NEXT), 22 % du personnel infirmier sont la cible de violences de la part des patients ou de leur famille au moins une fois par mois (Estryn-Behar *et al.*, 2008) et les violences dirigées contre les aides-soignants sont encore plus courantes. En outre, la fréquence des arrêts de travail, l'importance de la charge à assumer, une durée hebdomadaire de

travail plus longue et le travail de nuit sont autant de facteurs qui augmentent le risque de violence. Les soignants employés dans des services de gériatrie ou des unités de long séjour déclarent subir des violences au moins une fois par mois de la part des patients ou de leur famille. Ceux qui travaillent en centre d'accueil de jour ou à domicile sont moins exposés. Ce sont les effectifs qui subissent le plus de violences qui sont également les plus sujets au surmenage et ont le plus de probabilités de démissionner, voire de quitter le secteur de la dépendance. Au Canada, près de 50 % des personnels employés en établissement sont victimes de violences au quotidien (violences verbales, harcèlement sexuel, insultes à caractère raciste) (Banerjee *et al.*, 2008). Ces expériences vont souvent de pair avec une dotation insuffisante en personnel, un manque de communication et une absence de soutien de la part des collègues (Banerjee *et al.*, 2008). Koshitani (2008) a constaté des problèmes similaires au Japon.

Les relations avec les équipes de direction ont une incidence sur la façon dont les travailleurs du secteur font face aux difficultés et à la violence rencontrées au travail. Au Canada, la lourdeur des procédures, la peur des reproches, le manque de confiance entre les personnels et leur hiérarchie, et le fait que cette hiérarchie accorde la priorité aux résidents dissuadent les salariés de signaler les incidents (Banerjee *et al.*, 2008). De même, au Japon, la plupart des effectifs du secteur de la dépendance sont très préoccupés par la façon dont ils sont traités et évalués par leur hiérarchie (Hotta, 2010). Les difficultés vécues au travail, le manque de compétence ou l'inadaptation des équipes de direction et le roulement rapide du personnel – y compris au sein des équipes de direction – peuvent conduire les travailleurs à ne pas se sentir à la hauteur et à culpabiliser alors que les difficultés sont inhérentes au système, par exemple en cas de pénurie de personnel.

Malgré des conditions de travail souvent difficiles, dans beaucoup de pays, les travailleurs du secteur de la dépendance estiment que leur travail a un sens, est gratifiant et offre des perspectives de croissance prometteuses (Kushner *et al.*, 2008 ; BGW, 2007 pour l'Allemagne ; Hotta, 2010 pour le Japon). Ils apprécient de s'occuper d'autrui et de travailler en équipe, de permettre aux personnes qu'ils prennent en charge de se sentir dignes et respectées et de ne pas souffrir de solitude, et citent aussi, parmi les aspects positifs de leur travail, la satisfaction de la famille vis-à-vis du travail accompli et la possibilité de tirer des enseignements de l'expérience des résidents (Teal, 2002 ; Cangiano *et al.*, 2009a). Aux Pays-Bas, le secteur de la santé et de l'action sociale arrive en troisième position par rapport aux autres secteurs d'activité en termes de satisfaction professionnelle des travailleurs (CBS, 2010, p.142). Les effectifs employés dans ce secteur jugent leur travail plus diversifié que dans d'autres activités, bien qu'ils l'estiment aussi plus pénible parce qu'il sollicite la force physique, oblige à adopter des postures de travail inconfortables, est source de tensions psychologiques et nécessite un investissement émotionnel.

L'âge peut également influer sur le jugement porté sur le travail. Par exemple, en Allemagne, les effectifs du secteur de la dépendance âgés de 50 ans et plus en retirent davantage de satisfaction que leurs homologues plus jeunes, même si les uns comme les autres en ont une opinion positive (BGW, 2006 ; 2007 ; encadré 5.1). Au Japon, ils apprécient la souplesse qu'offre leur activité, mais les effectifs jeunes ont le sentiment de manquer de perspectives (Hotta, 2010).

Encadré 5.1. **Les conditions de travail ne sont pas les mêmes à domicile et en établissement**

Les différences de cadre et de nature qui marquent l'aide à domicile et l'accueil en établissement se reflètent dans les conditions de travail (van Ewijk *et al.*, 2002 ; Korczyk, 2004 ; Rothgang et Igl, 2007 ; Bourgeault *et al.*, 2009). Dans les deux cas, les problèmes ont trait au travail de nuit et aux horaires fractionnés, ainsi qu'aux contrats de travail à durée déterminée. Toutefois, le problème de la non-indemnisation des frais de déplacement et de la non-compensation du temps consacré aux réunions d'équipe et aux trajets effectués pour se rendre d'un client à l'autre se pose davantage dans le secteur des soins à domicile que dans celui de l'accueil en établissement. En outre, les conditions de travail des travailleurs qui apportent une aide à domicile peuvent être particulièrement pénibles lorsqu'ils interviennent dans des quartiers socialement défavorisés ou dans des situations familiales difficiles et il ne leur est souvent guère possible de travailler dans des conditions de sécurité et de santé satisfaisantes. En établissement, une écoute réciproque entre collègues est possible, notamment à travers des pratiques de supervision ou d'intervision. Il est rare que ces outils existent pour les travailleurs qui interviennent à domicile et les travailleurs sont isolés dans leur travail (Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande/ Université d'Auckland, 2004). De plus, dans le contexte de l'aide à domicile, des conflits d'intérêts peuvent surgir entre la personne prise en charge, les proches qui l'entourent et le professionnel au niveau des connaissances et de l'attitude de ce dernier, et des tâches qu'il peut accomplir, alors qu'en établissement, des collègues (dont du personnel d'encadrement) sont disponibles. Toutefois, la proportion de personnes dépendantes souffrant de problèmes cognitifs est souvent plus élevée en établissement qu'à domicile, de même que la proportion de personnes dépourvues d'entourage familial.

Les commentaires de travailleurs allemands sur le travail en établissement et le travail à domicile sont résumés ci-après (BGW, 2007) :

« Accueil en établissement : il est souvent nécessaire de lever ou de porter des charges lourdes ; la sollicitation émotionnelle est forte et la quantité de travail importante ; le travail demande trop d'investissement et entraîne un épuisement psychique (surmenage). Les effectifs plus jeunes ont le sentiment que le sens de leur travail est peu reconnu et les effectifs plus âgés ressentent une certaine insécurité par rapport à leur avenir professionnel, sont en relativement mauvaise santé et sont très handicapés au quotidien en raison de problèmes de dos. Au nombre des éléments positifs figure la satisfaction du personnel au sujet de la façon dont l'établissement est dirigé, des relations interpersonnelles et de la rémunération. Les travailleurs jeunes et (surtout) les travailleurs relativement âgés sont très investis vis-à-vis de l'établissement dans lequel ils travaillent.

Aide et soins à domicile : les aspects négatifs sont moins nombreux et les aspects positifs plus nombreux. Les travailleurs regrettent d'avoir peu d'influence sur leur travail, déplorent que leurs conditions de travail et problèmes professionnels se répercutent négativement sur leur vie familiale et que leurs préoccupations familiales interfèrent aussi avec leur travail. Le traitement est une source de grande incertitude (absence de médecin), en particulier pour les jeunes, et l'investissement dans le travail est jugé « excessif » (par les jeunes, mais surtout par les travailleurs plus âgés). L'épuisement psychique (et le risque de surmenage) est relativement fort, en particulier pour les travailleurs plus âgés. Au nombre des aspects positifs figurent le faible nombre de charges à soulever, la plus faible quantité de travail et les possibilités de développement personnel au travail (en particulier selon les travailleurs plus âgés) ; le travail des équipes de direction est jugé positif et les travailleurs s'estiment bien soutenus par leur hiérarchie et (pour les jeunes seulement) par leurs collègues ; les relations interpersonnelles sont jugées satisfaisantes (en particulier par les travailleurs plus âgés) ; la satisfaction au travail est relativement bonne et le sentiment d'implication vis-à-vis de la structure est très fort. »

Encadré 5.1. **Les conditions de travail ne sont pas les mêmes à domicile et en établissement** *(suite)*

La réglementation relative à l'aide à domicile est souvent beaucoup moins précise ou moins exigeante que celle qui régit l'accueil en établissement et comporte aussi des dispositions sur la protection et l'encadrement des travailleurs. Étant donné que dans beaucoup de pays, l'accueil en établissement existe depuis plus longtemps que l'aide à domicile, les effectifs employés en établissement ont souvent un taux de syndicalisation plus élevé et sont donc en meilleure position pour faire entendre leurs revendications.

Il semble aussi que des caractéristiques comme l'âge et le niveau d'étude des travailleurs ne soient pas les mêmes dans les deux segments du secteur de la dépendance. Les salaires sont en général plus faibles dans le secteur de l'assistance à domicile que dans celui de l'accueil en établissement (à niveau de qualification identique), mais le niveau d'étude exigé est aussi moins élevé.

De mauvaises conditions de travail se soldent par des difficultés de recrutement et un roulement rapide du personnel[7]

De mauvaises conditions de travail peuvent entraîner des difficultés de recrutement et un roulement rapide des personnels, et inciter ces derniers à quitter le secteur de la dépendance et à réduire le nombre d'années consacrées à y travailler. Au Royaume-Uni, le taux de vacance d'emploi est deux fois plus élevé dans le secteur de l'accompagnement médico-social des adultes que dans le reste de l'économie (Cangiano *et al.*, 2009a). Aux États-Unis, entre deux et trois aides-soignants à domicile sur cinq restent moins d'une année en poste et plus des deux tiers quittent leur emploi au cours de leurs deux premières années d'activité. Parmi les aides-soignants agréés, le taux de roulement annuel est de 71 %, ce qui entraîne des pénuries de personnel (IOM, 2008). De même, au Japon, le taux de roulement (27.5%) est plus élevé dans le secteur de la dépendance que dans le reste de l'économie, en particulier parmi les salariés qui travaillent en établissement dans le cadre de contrats temporaires (Hotta, 2010 ; Enquête sur les conditions de travail dans le secteur de la dépendance au Japon, 2008 ; Enquête sur la situation de l'emploi au Japon, 2008). Bon nombre des salariés qui démissionnent quittent tout simplement le secteur de la dépendance.

Bien que le taux de roulement soit peut-être plus élevé parmi les travailleurs peu qualifiés, la vacance de postes plus qualifiés – en particulier de postes infirmiers – est plus préjudiciable, les effectifs plus qualifiés ayant généralement plus de responsabilités et assumant parfois des fonctions d'encadrement de niveau intermédiaire. La sous-dotation en personnel infirmier diplômé dans les établissements médicalisés de long séjour a conduit à l'apparition de problèmes de santé, tels qu'infections urinaires, escarres, nécessité de poser une sonde et perte de poids (Decker, 2008). D'après des données récentes, aux États-Unis, les taux de vacance dans le secteur de la dépendance sont plus élevés pour les postes d'infirmiers diplômés autorisés (16.3 %) que pour les postes d'infirmiers auxiliaires (11.1 %) et d'aides-soignants agréés (9.5 %) (American Health Care Association/National Center for Assisted Living, 2009).

Le roulement du personnel et les difficultés de recrutement ont un coût qui se répercute sur les finances publiques, dans la mesure où les services destinés aux personnes dépendantes sont en grande partie financés par des fonds publics dans bon nombre de pays de l'OCDE. Ainsi, selon les estimations, si l'on retient une hypothèse de coût de 2 500 USD

par remplacement, le roulement du personnel coûte 2.5 milliards USD aux dispositifs Medicare et Medicaid aux États-Unis (Seavey, 2004).

5.4. Le rôle croissant des travailleurs nés à l'étranger dans certains pays

Pourquoi les travailleurs du secteur de la dépendance migrent-ils ?

Dans certains pays de l'OCDE, les travailleurs nés à l'étranger occupent une place importante dans le secteur de la dépendance (tableau 5.4). Ils peuvent arriver sur ce marché après avoir fait l'objet d'un recrutement actif dans leur pays d'origine mais aussi, en particulier lorsqu'ils vivent déjà dans le pays d'accueil, constituer une catégorie ciblée pour pourvoir les postes vacants. Dans 17 des 23 pays européens qui ont participé à l'étude Eurofamcare, il est apparu que les travailleurs immigrés jouaient un rôle plus ou moins important dans la prise en charge de personnes dépendantes (Mestheneos et Triantafillou, 2005).

Parmi les facteurs qui attirent les travailleurs nés à l'étranger dans un pays donné figurent la proximité géographique, la langue, la culture et la prospérité économique – et, par conséquent, la perspective de pouvoir se procurer un revenu – du pays d'accueil. De plus, certains pays sont traditionnellement des pays d'immigration et sont perçus comme attirants, tandis que d'autres peuvent séduire certaines catégories de personnes pour des raisons particulières, comme le climat, les possibilités de formation, les possibilités d'émigration *temporaire* ou l'existence d'une communauté de migrants déjà installée. Selon les pays, les travailleurs immigrés sont motivés par tous ces facteurs ou par certains d'entre eux seulement. Ainsi, les migrants originaires des Philippines qui vont travailler dans le secteur de la dépendance en Grèce semblent n'être attirés que par les perspectives d'emploi, tandis que des facteurs comme la proximité géographique, la culture ou la langue n'interviennent pas. Au Royaume-Uni, une forte proportion des travailleurs du secteur de la dépendance nés à l'étranger sont étudiants (Cangiano *et al.*, 2009a). La proximité géographique, linguistique et culturelle explique que 15 % des infirmières et infirmiers émigrent de Nouvelle-Zélande en Australie et que 10 % du personnel infirmier exerçant aux Pays-Bas aient été formés en Belgique (OCDE, 2007b).

La migration des travailleurs du secteur de la dépendance et celle des infirmières et infirmiers présente des caractéristiques similaires. Dans certains cas, par exemple en Europe du Sud, en Allemagne et en Autriche, la proximité géographique, associée à d'importants écarts de revenu entre les pays, semble jouer un rôle important. L'élargissement de l'Union européenne, en 2004, a favorisé ce type de migration. Ainsi, en 2005, la moitié des procédures de reconnaissance de diplôme initiées en Italie concernaient des infirmières ou infirmiers roumains (OCDE, 2007b, p. 203).

Le profil des migrants employés dans le secteur de la dépendance

Le profil général des travailleurs du secteur de la dépendance nés à l'étranger est habituellement le même que celui des autres travailleurs de ce secteur. La plupart d'entre eux sont des femmes d'âge mûr (Fujisawa et Colombo, 2009), même si, au Royaume-Uni, on trouve davantage de personnes âgées de 20 à 35 ans parmi les travailleurs nés à l'étranger qui ont immigré récemment que parmi les autres travailleurs du secteur (Cangiano *et al.*, 2009a).

Les niveaux de qualification peuvent varier, mais dans de nombreux pays, un phénomène de déqualification peut être observé (OCDE, 2007b ; 2009 ; Fujisawa et Colombo, 2009 ; Jennings, 2009, pour le Royaume-Uni). Au Canada, 44 % des effectifs du secteur de la dépendance nés à l'étranger sont des infirmières ou infirmiers diplômés autorisés dans leur pays d'origine, mais ils occupent un poste qui exige un niveau de qualification.

Tableau 5.4. **Travailleurs nés à l'étranger travaillant dans le secteur de la dépendance**

	Proportion de travailleurs du secteur de la dépendance nés à l'étranger	Source
Allemagne	Environ 200 000 sont des travailleurs immigrés (2007)	Di Santo et Ceruzzi (2009)
	3.8 % du effectifs infirmier ont été formés à l'étranger (2005)	OCDE (2007b)
Australie	25 % des effectifs (2007)	Fujisawa et Colombo (2009)
	33 % des effectifs travaillant en établissement pour personnes âgées (2007)	Martin et King (2008)
	27 % des effectifs intervenant à domicile (2007)	
	12.5 % du personnel infirmier ont été formés à l'étranger (2005)	OCDE (2007b)
Autriche	50 % de l'ensemble des personnes qui prennent en charge une personne dépendante (soignants professionnels et aidants familiaux) 40 000 travailleurs pratiquent illégalement (mi-2006)	Fujisawa et Colombo (2009) Di Santo et Ceruzzi (2010) Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (2009)
Belgique	3.3 % du personnel infirmier (2005)	OCDE (2007b)
Canada	23 % des effectifs travaillant en établissement	Bourgeault *et al.* (2009)
	7.7 % des infirmières et infirmiers diplômés autorisés ont été formés à l'étranger (2005)	OECD (2007)
Danemark	6.2 % des infirmières et infirmiers diplômés autorisés ont été formés à l'étranger (2005) 11 % des personnels employés dans le secteur de la dépendance sont d'origine immigrée*	OCDE (2007b) * Rostgaard, Chiatti et Lamura (2010)
États-Unis	21 % (2007) à 23 % (2009) des effectifs intervenant auprès de personnes dépendantes	PHI (2007, 2010)
	33 % des assistants à domicile	Martin *et al.* (2009)
	3.5 % des infirmières et infirmiers diplômés autorisés ont été formés à l'étranger (2004)	OCDE (2007b)
Finlande	0.3 % du personnel infirmier a été formé à l'étranger (2005)	OCDE (2007b)
France	50/70 % des personnes aidant à l'accomplissement des AIVQ	Di Santo et Ceruzzi (2010)
	1.6 % du personnel infirmier (2005)	OCDE (2007b)
Grèce	Environ 250 000	Di Santo et Ceruzzi (2009)
	70 % des effectifs intervenant à domicile	Fujisawa et Colombo (2009)
Irlande	14.3 % des infirmières et infirmiers diplômés autorisés	OCDE (2007b)
Israël	55 000 travailleurs du secteur de la dépendance sont des migrants, soit environ 50 % des effectifs du secteur	OCDE (2010b)
Italie	Environ 1 million, soit 72 % de l'ensemble des travailleurs du secteur de la dépendance Environ 700 000 migrants travaillent dans le secteur de l'assistance à domicile	Lamura *et al.* (2010) Di Santo et Ceruzzi (2009) OCDE (2007b)
Nouvelle-Zélande	24.3 % du personnel infirmier ont été formés à l'étranger (2004)	OCDE (2007b)
Pays-Bas	8 % des travailleurs du secteur de la dépendance	Fujisawa et Colombo (2009)
	1.5 % des infirmières et infirmiers autorisés ont été formés à l'étranger (2007)	OCDE (2007b)
Royaume-Uni	17 % des aides-soignants 23 % des infirmières et infirmiers à domicile	Cangiano *et al.* (2009a)
Suède	20 % des 19 000 salariés nouvellement recrutés dans le secteur de la santé et de l'action sociale 13 % de l'ensemble des travailleurs intervenant auprès de personnes handicapées ou âgées (2005)	Swedish Association of Local Authorities and Regions (2006)
	2.7 % des infirmières et infirmiers diplômés autorisés	OCDE (2007b)

Source : Compilation du Secrétariat de l'OCDE.

inférieur au leur (Bourgeault *et al.*, 2009). De même, aux États-Unis, bon nombre d'aides-soignants nés à l'étranger ont suivi une formation universitaire dans leur pays (Redfoot et Houser, 2005). En Italie, 70 % des assistants familiaux d'origine moldove ont un diplôme universitaire (Di Santo et Ceruzzi, 2010). Toutefois, dans la majorité des pays, il n'existe pas de données sur la proportion des travailleurs du secteur de la dépendance nés à l'étranger titulaires d'un diplôme d'infirmier. Par conséquent, les chiffres présentés au tableau 5.4 sous-estiment probablement la proportion des personnes qui ont suivi une *formation*

d'infirmier dans leur pays d'origine mais dont la qualification n'est pas – encore – reconnue dans le pays d'accueil. En réalité, pour les infirmières et infirmiers nés à l'étranger, occuper un poste moins qualifié dans le pays d'accueil est parfois une première étape en attendant la reconnaissance de leurs qualifications (Bourgeault *et al.*, 2009, p. 62)

Des données datant d'environ 2000 sur les infirmières et infirmiers nés et/ou formés à l'étranger dont le diplôme a été reconnu, dont une proportion – non connue – peuvent travailler dans le secteur de la dépendance, permettent de distinguer quatre catégories de pays. Au Luxembourg, au Canada, au Royaume-Uni, en Nouvelle-Zélande et en Irlande, l'immigration et l'émigration d'infirmières et d'infirmiers sont l'une et l'autre fortes. Aux États-Unis, en Australie, en Autriche et en République tchèque, l'immigration est forte tandis que l'émigration est faible. La Finlande est le seul pays de l'OCDE où l'immigration soit faible tandis que l'émigration est forte. Dans les autres pays, les flux migratoires de personnel infirmier, entrants comme sortants, sont peu élevés (OCDE, 2008, p. 32). Parmi les infirmières et infirmiers nés à l'étranger exerçant en Australie, 48 % sont originaires du Royaume-Uni ou d'Irlande (OCDE, 2007b).

Les conditions de travail des migrants employés dans le secteur de la dépendance

Il est fréquent que les personnels nés à l'étranger travaillent dans le cadre de contrats de plus courte durée, aient des horaires plus irréguliers et des horaires fractionnés, soient moins bien rémunérés et soient affectés à des fonctions plus subalternes que leurs homologues nés dans le pays ; en outre, ils peuvent être plus souvent amenés à intervenir auprès des personnes les plus difficiles à prendre en charge (Bourgeault *et al.*, 2009 ; Fujisawa et Colombo, 2009 ; Cangiano *et al.*, 2009a). Une méconnaissance de la réglementation sur l'immigration et de leurs droits les conduit parfois à se conformer plus volontiers aux exigences des employeurs et à rester en poste plus longtemps que les travailleurs nés dans le pays (Cangiano *et al.*, 2009a). Ils peuvent être la cible, en particulier au début de leur intervention, de violences verbales de la part du client, lorsque ce dernier ne refuse pas purement et simplement de se laisser aider (Walshe et O'Shea, 2009) ; en outre, ils se heurtent parfois à cette attitude de la part de leurs collègues ou de leurs employeurs (Cangiano *et al.*, 2009a). Ceux qui apportent une assistance jour et nuit à domicile sont particulièrement exposés à un risque d'exploitation personnelle et financière (Cangiano *et al.*, 2009a ; Cangiano *et al.*, 2009b ; Lamura *et al.*, 2010) en raison de problèmes de communication et d'une absence de liberté de mouvement. Par ailleurs, les travailleurs nés à l'étranger pourraient aussi avoir des perspectives d'avancement et de formation plus limitées et bien souvent, ils ne bénéficient pas du soutien d'un syndicat (Cangiano *et al.*, 2009a).

Dans les pays de l'OCDE, les travailleurs nés à l'étranger ont des conditions de travail plus mauvaises que leurs homologues nés dans le pays. Par exemple, les travailleurs du secteur de la santé nés à l'étranger sont moins nombreux à être titulaires d'un contrat à durée indéterminée (OCDE, 2007b, p 81). Dans l'UE-27 comme dans l'UE-15[8], les proportions de personnels effectuant plus de 41 heures de travail par semaine et travaillant régulièrement de nuit et « habituellement » le dimanche sont plus élevées parmi le personnel infirmier et les travailleurs de la santé nés à l'étranger que parmi leurs homologues nés dans le pays. En revanche, les infirmières et infirmiers nés à l'étranger ont autant de chances de travailler dans le cadre d'un contrat à durée indéterminée que ceux nés dans le pays d'accueil (OCDE, 2007b, p. 214).

Au Royaume-Uni, près d'un tiers des travailleurs du secteur de la dépendance nés à l'étranger perçoivent un salaire inférieur au salaire minimum national, alors que cette

proportion n'est que de 22 % parmi ceux nés au Royaume-Uni (Jennings, 2009). En Irlande et au Royaume-Uni, la proportion de travailleurs nés à l'étranger est plus forte dans le secteur privé que dans le secteur public, où la rémunération est plus avantageuse et le taux de syndicalisation plus élevé (Walshe et O'Shea, 2009 ; Cangiano *et al.*, 2009a ; Yeates, 2005 ; Lamura *et al.*, 2010). S'agissant des États-Unis, certains employeurs disent recruter de la main-d'œuvre née à l'étranger parce qu'elle est plus disposée que la main-d'œuvre née dans le pays à accepter une rémunération plus faible et des conditions de travail plus rigides. Le fait que les travailleurs nés à l'étranger perçoivent une rémunération moins élevée n'est toutefois pas propre au secteur de la dépendance. Ces différences ont été analysées pour plusieurs pays pour le marché du travail en général (OCDE, 2010a, pp. 189-191).

En Angleterre, les travailleurs du secteur de la dépendance nés à l'étranger exercent souvent leur activité en établissement, tandis qu'en Europe du Sud, ils interviennent essentiellement à domicile (Cangiano *et al.*, 2009a ; Jennings, 2010). Aux États-Unis, la proportion des effectifs nés à l'étranger employés en établissement est forte, mais une proportion plus élevée encore intervient à domicile.

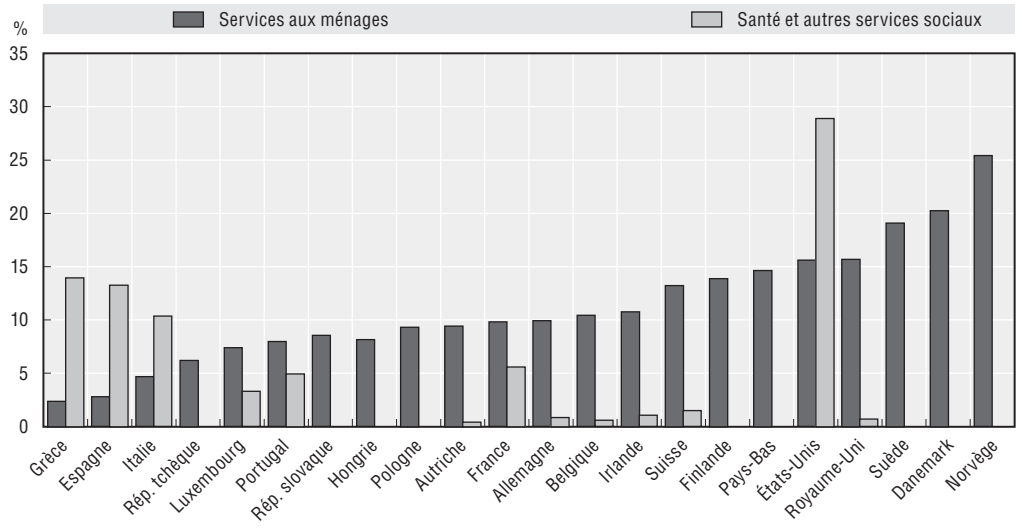
Les migrants sont-ils surreprésentés dans le secteur de la dépendance ?

Le graphique 5.6 présente la part de travailleurs nés à l'étranger parmi les personnes qui travaillent dans le secteur des services aux ménages et dans celui de la santé et des services sociaux. En Grèce, au Portugal, en Espagne et en France, les travailleurs nés à l'étranger sont surreprésentés dans le secteur des services aux ménages, y compris dans celui de la prise en charge à domicile des personnes dépendantes ; en d'autres termes, la part de l'emploi des personnes nées à l'étranger dans ce secteur est supérieure à la part de l'emploi des personnes nées à l'étranger dans l'emploi total. De même, en Grèce, en République tchèque, en Pologne, en Autriche, en Irlande, en Suisse, en Finlande, au Royaume-Uni, en Suède et au Danemark, les travailleurs nés à l'étranger sont surreprésentés dans les secteurs de la santé et des services sociaux. À noter que les données peuvent sous-estimer le nombre de travailleurs du secteur de la dépendance nés à l'étranger et travaillant sans contrat.

Si la diversité ethnique de la main-d'œuvre peut témoigner d'une diversification de la population et de la demande de services d'assistance d'un pays, la surreprésentation des minorités parmi les travailleurs du secteur de la dépendance peut aussi être le signe que ce secteur n'attire pas la population active née dans le pays. Aux États-Unis par exemple, plus de 50 % des effectifs qui travaillent dans le secteur de la dépendance appartiennent à une minorité ethnique, et 23 % sont nés à l'étranger (PHI, 2010). Cette surreprésentation des minorités est également constatée en Australie, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni (Martin et King, 2008 ; Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande/Université d'Auckland, 2004 ; Cangiano *et al.*, 2009a). Ce phénomène pourrait s'expliquer en partie par les mouvements migratoires *passés*. En revanche, aux Pays-Bas, les travailleurs d'origine turque et marocaine sous fortement sous-représentés parmi les travailleurs du secteur de la santé et de la dépendance (Ministère de la Santé, des Affaires sociales et des Sports des Pays-Bas, 2007).

Graphique 5.6. **Emploi des personnes nées à l'étranger dans le secteur de la santé et des autres services sociaux et dans celui des services aux ménages**

Pourcentage de travailleurs nés à l'étranger, moyenne 2005-06



Note : Pour les États-Unis, le secteur « Santé et autres services sociaux » est intégré à la catégorie plus large « Éducation » et le secteur « Services aux ménages » est compris dans « Autres services ». Les données relatives à l'Allemagne se rapportent à 2005 uniquement et celles relatives au Japon à 2006 uniquement.

Source : Pays européens : Enquête sur les forces de travail de l'Union européenne (données fournies par Eurostat) ; Japon : Enquête sur la population active ; États-Unis : Current Foreigners Population Survey, March Supplement. D'après : *Perspectives des migrations internationales de l'OCDE* (2008).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501403

Les migrants employés dans le secteur de la dépendance empruntent des voies d'immigration diverses

Les processus migratoires peuvent être divers. Bon nombre de travailleurs employés dans le secteur de la dépendance aux États-Unis et nés à l'étranger ont immigré après avoir été recrutés dans leur pays d'origine par l'intermédiaire d'agences de placement spécialisées (Martin *et al.*, 2009). Dans plusieurs pays à bas revenu de l'Union européenne, des agences se spécialisent aussi dans le recrutement de travailleurs à destination de certains autres pays à l'intérieur de l'Union (Di Santo et Ceruzzi, 2009). En revanche, la plupart des travailleurs immigrés employés dans le secteur de la dépendance au Royaume-Uni sont recrutés dans le pays d'accueil (Cangiano *et al.*, 2009a) ou sont entrés sur le territoire par d'autres voies que celle du travail : ils ont par exemple emprunté la voie de l'asile ou du regroupement familial, ou sont venus en tant que travailleurs saisonniers ou comme étudiants (Cangiano *et al.*, 2009b). Aux États-Unis, une forte proportion de travailleurs du secteur de la dépendance nés à l'étranger est naturalisée, ce qui témoigne d'une durée de séjour dans le pays plus longue.

Dans certains pays de l'OCDE, en particulier dans ceux d'Europe du Sud, certains migrants employés dans le secteur de la dépendance travaillent sans titre de séjour ou sans contrat de travail. Plusieurs facteurs concourent à expliquer cette situation, par exemple des motivations économiques pour les travailleurs nés à l'étranger comme pour leurs employeurs, et l'absence de voies d'immigration légales pour les travailleurs peu qualifiés (voir l'exemple de l'Italie à l'encadré 5.2). En outre, l'insertion officielle et légale au sein de la main-d'œuvre du secteur de la dépendance d'un pays peut être difficile parce qu'il est parfois exigé des migrants qu'ils disposent de compétences linguistiques, qu'ils prouvent à l'avance qu'ils auront un revenu

suffisant dans le pays d'accueil, qu'ils accomplissent une période d'adaptation et qu'ils fassent reconnaître leurs qualifications (Redfoot et Houser, 2005 ; Martin *et al.*, 2009). De plus, alors que presque tous les pays de l'OCDE cherchent à encourager l'immigration de travailleurs très qualifiés, rares sont ceux qui ont mis en place des politiques destinées à faciliter l'accès des migrants à des emplois peu qualifiés (OCDE, 2009 ; voir également le chapitre 6).

Les possibilités d'immigrer légalement pour occuper des emplois non qualifiés étant limitées dans certains pays malgré l'existence d'une demande, le flux des entrées illégales dépasse de beaucoup celui des entrées légales – par exemple aux États-Unis, en Espagne et en Italie, (OCDE, 2009, p. 138). Selon les estimations, en 2009, la part des migrants en situation irrégulière dans la population des pays de l'OCDE était comprise entre 0.2 % au Japon et 3.9 % aux États-Unis, et leur part dans l'ensemble des résidents étrangers était comprise entre 3.7 % en Allemagne et 63.5 % aux États-Unis (OCDE, 2009). S'agissant du Canada, le nombre de migrants en situation irrégulière a été estimé à 60 000, dont la plupart sont des réfugiés (Bourgeault *et al.*, 2009).

Encadré 5.2. **Assistants familiaux en Italie**

En Italie, l'intervention à domicile auprès de personnes dépendantes repose en majeure partie sur les travailleurs nés à l'étranger. Cette situation s'explique presque entièrement par l'existence d'un système de prestations en espèces universel et non encadré, par le vieillissement rapide de la population et l'augmentation du taux d'activité des femmes, et par la proximité géographique de pays à bas salaires (membres et non membres de l'Union européenne), ainsi que par l'existence de voies d'immigration légales, par des franchissements illégaux des frontières et des dépassements de la durée de séjour autorisée. En 2010, 13 % des ménages bénéficiant d'assistance à domicile faisaient appel à des personnes immigrées, en particulier pour des prises en charge lourdes. Alors qu'en 1991, les personnes d'origine étrangère représentaient 16 % des 181 000 travailleurs que comptait le secteur italien de l'assistance à domicile, elles représentent aujourd'hui 72 % des 1.5 million de travailleurs dénombrés (Lamura *et al.*, 2010). Plusieurs campagnes de régularisation ont eu lieu. En 2002, la situation de 22 % des 646 000 étrangers employés dans l'économie souterraine a été régularisée ; entre 2002 et 2008, 300 000 assistants familiaux (assistantes maternelles et assistants à domicile) ont bénéficié d'une régularisation, soit 42 % de l'ensemble des assistants familiaux. Or, en plus du fait qu'il y avait plus de candidats à la régularisation que de permis de travail à accorder, les familles qui recherchaient des assistants à domicile en avaient besoin immédiatement et ne pouvaient pas attendre la délivrance d'un permis ; en outre, les employeurs ne déposaient pas de demande de permis sans avoir rencontré le travailleur étranger. Lors de la campagne de régularisation de 2009, 39 % seulement des 750 000 demandes attendues ont été traitées, peut-être parce que les travailleurs nés à l'étranger devaient payer 500 EUR de cotisations sociales, que les employeurs devaient prouver que le travailleur concerné avait un logement et disposait au minimum d'un revenu – déclaré – de 20 000 EUR par an, et qu'ils étaient tenus d'établir un contrat de travail pour au moins 20 heures par semaine. De surcroît, une fois la situation du travailleur régularisée, les employeurs devaient payer des cotisations sociales. Certaines études montrent que d'autres travailleurs nés à l'étranger que les assistants familiaux ont bénéficié du dispositif.

Pour les personnes nées à l'étranger, travailler comme assistant familial est souvent le moyen le plus facile – voire le seul – de trouver un emploi. Un tiers des assistants résident en permanence avec la famille pour laquelle ils travaillent. Le ménage fait partie des tâches à accomplir dans 80 % des cas, et les courses dans plus de 50 % des cas. La moitié d'entre eux s'occupe d'une personne âgée, un tiers aide à l'accomplissement des AVQ et 29 % apportent une aide de nature médicale. Comparativement aux travailleurs arrivés dans le pays au milieu

Encadré 5.2. **Assistants familiaux en Italie** *(suite)*

des années 90, les migrants récents travaillent plus souvent sur une base horaire que 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, et entendent travailler moins longtemps avant de retourner dans leur pays d'origine. Plus de la moitié des assistants familiaux nés à l'étranger accomplissent la totalité ou une partie de leur travail sans contrat, et les travailleurs en situation régulière travaillent aussi de plus en plus souvent sans être déclarés.

Récemment, certaines régions ont mis en place des registres pour recenser les assistants familiaux, et certaines autorités locales ont créé des centres d'information sur l'accompagnement social. De plus, des systèmes de tutorat et des formations ont été mis en place au niveau local pour améliorer le niveau d'instruction et la formation des immigrés employés dans le secteur de la dépendance, mais ces dispositifs n'ont pas tous le même contenu et le titre qu'ils permettent d'obtenir n'a qu'une valeur locale. Par ailleurs, les Abruzzes et la Vénétie par exemple ont introduit d'autres mesures pour favoriser la légalisation du travail : le montant des cotisations de sécurité sociale dues peut être compensé, parfois intégralement, par une allocation supplémentaire dont l'octroi est subordonné à certaines conditions, en particulier à l'obligation d'établir un contrat ou d'effectuer une déclaration pour employer un assistant familial.

Les personnes nées en Italie représentent actuellement 10 % des assistants familiaux au service de particuliers.

Source : Bettio *et al.* (2006) ; Chaloff (2010) ; Lamura *et al.* (2010) ; Di Santo et Ceruzzi (2010).

5.5. L'évolution des politiques de prise en charge de la dépendance a une incidence sur les marchés du travail de ce secteur

Les conditions de travail des personnels peu qualifiés se dégradent

La plupart des individus qui ont besoin de services d'assistance préfèrent rester chez eux, et les personnes admises en établissement comme celles maintenues à domicile sont de plus en nombreuses à avoir davantage besoin d'aide que par le passé (CBS, 2010 ; Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande/Université d'Auckland, 2004). Or, dans les pays de l'OCDE, le nombre de travailleurs par personne prise en charge et l'éventail des qualifications sont restés stables, ce qui risque de se solder dans plusieurs pays par un alourdissement de la charge de travail et de la prise en charge tant à domicile qu'en établissement (toutes choses égales par ailleurs, par exemple en supposant que le rapport technologie-travail reste inchangé). Les effectifs peu qualifiés sont particulièrement touchés par les changements qui affectent le secteur de la dépendance. Selon Oschmiansky (2010), l'introduction et le renforcement, en Allemagne, de mécanismes incitatifs de marché à destination des prestataires ont entraîné d'un côté une dégradation des conditions de travail des travailleurs peu qualifiés, qui ont vu leur sécurité d'emploi et leur protection sociale se dégrader et leurs contrats se précariser, et de l'autre, une amélioration de celles d'une nouvelle catégorie de soignants formels très qualifiés. La Loi sur l'assurance dépendance a conduit à une professionnalisation et à une différenciation des métiers, mais aussi à une augmentation de la proportion de « travailleurs atypiques » dans le secteur de la dépendance (titulaires par exemple de contrats portant sur une activité de faible importance). Depuis 2003, les possibilités de formation qualifiante jusqu'alors offertes par les employeurs dans le secteur de la dépendance se limitent à des formules de courte durée. Ces changements sont intervenus dans un contexte marqué par la mise en œuvre de politiques du marché

du travail dans le cadre du marché intérieur européen. Les données relatives au Japon et à l'Allemagne montrent que le nombre de travailleurs peu qualifiés a fortement augmenté, ce qui a entraîné une diminution de la proportion de personnel infirmier.

Aux Pays-Bas, l'instauration en 2007 de procédures d'appel d'offres pour la fourniture de prestations d'aide à domicile s'est traduite par un transfert des risques des autorités centrales vers les autorités locales, puis vers les organismes prestataires de services d'assistance. Ces organismes ont eux-mêmes reporté ces risques sur les travailleurs non qualifiés, si bien que les conditions de travail se sont dégradées et que les contrats sont devenus plus précaires (encadré 5.3). À Toronto, les personnes qui interviennent à domicile citent la concurrence acharnée entre prestataires comme un facteur qui fait obstacle à la coopération et entraîne une baisse des salaires (Kushner *et al.*, 2008 ; voir aussi Hunter, 2009). Plusieurs rapports soulignent l'existence, aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie, de pressions salariales dans le secteur de la dépendance qui sont souvent dues à des mesures de maîtrise des coûts se traduisant par l'emploi d'une forte proportion de travailleurs nés à l'étranger (AAHS/IFAS, 2007 ; Charlesworth et Marshall, 2010 ; Cangiano *et al.*, 2009a ; Spencer *et al.*, 2010).

Encadré 5.3. **Pays-Bas : transfert de l'aide à l'accomplissement des AIVQ dans le champ de la Loi sur l'accompagnement social**

En 2007, les Pays-Bas ont transféré l'aide à l'accomplissement des AIVQ du champ d'application de la Loi sur les dépenses médicales exceptionnelles (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, AWBZ) à celui de la Loi sur l'accompagnement social (*Wet maatschappelijke ondersteuning*, WMO). Cette mesure a été assortie d'un transfert de 1 milliard EUR de l'assurance AWBZ aux municipalités, chargées de la mise en œuvre de la Loi sur l'accompagnement social, au titre de la fourniture de services d'aide à domicile.

Depuis 2007, les prestataires d'aide et de soins à domicile doivent lancer des appels d'offres pour les marchés portant sur l'aide à l'accomplissement des AIVQ, marchés qui étaient auparavant passés par des bureaux régionaux de prise en charge de la dépendance, chargés de la mise en œuvre de la Loi AWBZ, dans un cadre relativement peu concurrentiel. Alors que l'aide à l'accomplissement des AIVQ était jusqu'alors fournie par des « assistants à domicile de niveau 1 » et des « assistants à domicile de niveau 2 » dans une proportion donnée (par exemple 35/65), beaucoup de municipalités ont inversé ces proportions, obligeant les prestataires à accepter des tarifs plus bas. Or la composition du personnel de ces prestataires continuait de refléter les anciennes proportions. Les tarifs proposés étant souvent inférieurs au prix de revient des services (compte tenu des nouvelles proportions), certains prestataires ont renoncé à soumissionner, tandis que d'autres se sont sentis contraints de le faire au prix de pertes ou d'une modification des conditions de travail de leurs salariés, en particulier de ceux qui fournissaient une aide à l'accomplissement des AIVQ. On a alors assisté à des licenciements, suivis de recrutements à des conditions plus défavorables. Il est également arrivé que des travailleurs soient contraints de changer d'employeur ou d'accepter d'être rattachés à une convention collective plus défavorable, par exemple celle régissant les sociétés de nettoyage (Roerink et Tjadens, 2009). Van der Windt *et al.* (2008, pp. 76-77) ajoutent que certains salariés recevaient une formation supplémentaire tandis que les salariés nouvellement recrutés n'avaient que des contrats temporaires ou des contrats prévoyant un nombre d'heures de travail plus limité. Beaucoup de travailleurs étaient obligés d'adopter le statut « *d'alfa-hulp* », statut de travailleur indépendant qui plafonne

Encadré 5.3. **Pays-Bas : transfert de l'aide à l'accomplissement des AIVQ dans le champ de la Loi sur l'accompagnement social** *(suite)*

la durée hebdomadaire de travail à 24 heures. En cas d'incapacité de travail d'un travailleur ayant ce statut, la personne prise en charge est tenue de payer une partie des indemnités de maladie. Souvent, c'est le précédent employeur qui jouait le rôle d'agence de placement, parfois à l'insu du client, qui devenait pourtant l'employeur. Ainsi, après avoir connu une baisse constante entre 1998 et 2005 (CBS Statline), le nombre d'*alfa-hulpen* avait dépassé en 2008 son niveau de 1998 (Torre et Pommer, 2010), et une hausse supplémentaire était attendue en 2009. Cette situation a conduit à l'adoption d'amendements qui ont incité les employeurs à « réengager » les travailleurs qui avaient été contraints d'adopter le statut *d'alfa-hulp*, et leur ont interdit de jouer le rôle « d'agences de placement » pour ces travailleurs. Depuis 2010, une personne qui a besoin d'aide peut décider de bénéficier soit de prestations en espèces (pour recruter un *alfa-hulp*), soit de prestations en nature (de Klerk *et al.*, 2010). Selon les estimations, fin 2010, quelque 16 000 *alfa-hulpen* auront été réengagés (Torre et Pommer, 2010).

Rôle des travailleurs indépendants et des agences de placement

Le recours à du personnel extérieur, par exemple par l'intermédiaire d'agences de placement, est une des solutions que peuvent envisager les prestataires pour pallier les pénuries de main-d'œuvre et le roulement rapide du personnel. Le recours aux agences de placement est une pratique de plus en plus courante. Au Japon par exemple, dans les établissements qui dispensent des soins de longue durée, près d'un travailleur sur trois est recruté par l'intermédiaire d'une agence, même si d'autres types d'établissements emploient également une forte proportion de personnel extérieur (Hotta, 2010). Or ces travailleurs n'ont souvent pas les qualifications nécessaires. De plus, il peut être plus coûteux de faire appel à du personnel extérieur en raison des commissions exigées par les agences.

Les travailleurs indépendants constituent une autre catégorie de personnel extérieur. Aux États-Unis, selon les estimations, le nombre de travailleurs du secteur de la dépendance installés à leur compte serait compris entre 400 000 (PHI, 2010) et 560 000 (PHI, 2007). Aux Pays-Bas, une forte proportion des assistants à domicile contraints d'adopter un statut indépendant à la suite de la décentralisation de l'aide à l'accomplissement des AIVQ ne souhaitent pas renouer avec le statut salarié. Le statut de travailleur indépendant présente l'intérêt de permettre aux travailleurs de fournir les services selon les modalités qui leur conviennent. Par ailleurs, certains d'entre eux se consacrent exclusivement aux personnes dépendantes les plus « attachantes » et adaptent leur activité à leurs propres contraintes, ce que les salariés n'ont généralement pas la possibilité de faire. D'autres utilisent le statut de travailleur indépendant parce qu'il leur permet de travailler même s'ils n'ont pas les qualifications nécessaires. Toutefois, ce statut a un coût parce que son titulaire doit financer lui-même sa protection sociale et n'est pas toujours certain du travail qu'il aura à l'avenir. Enfin, des problèmes liés à la qualité, aux attributions et au contrôle des travailleurs indépendants pourraient aussi se poser. En l'absence de contrôle de la façon dont les ressources (par exemple les prestations en espèces) sont dépensées, des marchés parallèles et des marchés noirs animés par des travailleurs indépendants (Di Santo et Caruzzi, 2010).

Impact des prestations en espèces sur les marchés du travail du secteur de la dépendance

Les systèmes de prestations en espèces peuvent avoir des conséquences différentes sur le marché du travail selon les règles qui les régissent. Certains dispositifs servent des prestations d'un montant relativement faible, le bénéficiaire étant censé assumer une partie du coût des services. Dans certains cas, les prestations en espèces ne sont versées qu'en l'absence de services prestés.

Les prestations en espèces peuvent créer un lien direct plus étroit entre le travailleur et la personne dont il s'occupe, ce qui, dans de nombreux cas, renforce la satisfaction de cette personne parce qu'elle est investie du pouvoir de prendre des décisions. Ce lien direct figure aussi souvent parmi les éléments appréciés par les travailleurs et peut les conduire à faire le choix d'opter pour le statut de non-salarié. Le fait que ces systèmes introduisent une relation employeur-salarié dans la prise en charge peut avoir des conséquences positives et négatives, pour le salarié comme pour la personne dont il s'occupe, en particulier si ledit salarié est un membre de la famille. De plus, les prestations en espèces sont susceptibles de favoriser l'entrée de travailleurs non qualifiés sur le marché de l'assistance à domicile dans la mesure où il appartient au bénéficiaire de recruter la personne de son choix.

Les prestations en espèces ont un impact contrasté sur le marché du travail du secteur de la dépendance. Dans un certain nombre de pays, des prestations en espèces non encadrées ont favorisé un recours massif à une main-d'œuvre en situation irrégulière (Fujisawa et Colombo, 2009), entraînant, comme c'est le cas en Allemagne, une concurrence entre le marché informel (parallèle) et le marché formel[9]. Les systèmes italien et autrichien, qui ne sont pas encadrés, ont été à l'origine d'un recours important à une main-d'œuvre bon marché et d'une concurrence entre cette main-d'œuvre et les effectifs travaillant dans le cadre d'un contrat.

Certains dispositifs visent expressément à soutenir les aidants familiaux. Ainsi, en Espagne, les prestations en espèces ne sont versées que lorsqu'il n'existe pas de services publics accessibles, et en Corée, l'assurance dépendance verse une allocation uniquement lorsqu'il est impossible de recourir aux services couverts, par exemple en raison de catastrophes naturelles ou dans des situations du même type, ou lorsque les bénéficiaires ne sont pas en état d'être admis en établissement. Aux Pays-Bas, la valeur du budget personnel est inférieure à celle de prestations en nature comparables, le reste à charge du bénéficiaire étant pris en compte à l'avance. Les bénéficiaires ont la possibilité de recruter, pour recevoir les services qu'ils souhaitent, la personne qu'ils jugent la plus à même de répondre à leurs besoins spécifiques. Ils ont cependant l'obligation de déclarer leurs dépenses. La fraction non dépensée doit être restituée et en cas de fraude, il peut leur être interdit de bénéficier une nouvelle fois du budget personnel. En général, les bénéficiaires ne dépensent pas l'intégralité de l'enveloppe qui leur est allouée et sont satisfaits des services qu'ils reçoivent.

Alors que l'Allemagne semble parvenir à réaliser des économies au sein de son régime d'assurance dépendance en fixant le montant des prestations en espèces à un niveau inférieur à celui de la valeur des services, et que les Pays-Bas contrôlent les dépenses, Doty *et al.* (2010) estiment qu'aux États-Unis, les programmes pilotes « *Cash and Counselling* » (C&C) se révèlent déjà plus coûteux que les dispositifs « traditionnels ». Ces programmes C&C permettent à la personne qui a besoin d'aide à domicile de recruter directement du personnel, et lui confèrent non seulement le « pouvoir d'employeur » *(employer authority)*,

mais aussi le « pouvoir de gérer le budget qui lui est alloué » *(budget authority)*. Le niveau plus élevé du coût par utilisateur de ces programmes pourrait s'expliquer par le fait que leurs bénéficiaires ont réussi à embaucher des employés, alors que les prestataires « traditionnels » rencontrent des difficultés pour recruter du personnel et le fidéliser. Dans l'Arkansas, les membres du groupe témoin, en particulier ceux résidant en milieu rural, n'ont reçu que deux tiers des services auxquels ils avaient droit. Le succès rencontré par les programmes C&C a permis, en l'espace de trois années, de réaliser des économies substantielles au niveau des dépenses d'accueil en établissement médicalisé de long séjour et, si les coûts individuels ont été supérieurs aux prévisions, les frais de fonctionnement ont diminué pour ne plus représenter qu'un tiers de leur niveau antérieur.

À mesure que les bénéficiaires de soins de longue durée se transforment en employeurs, de nouveaux modes d'emploi apparaissent, avec les conséquences qui en découlent en termes de qualifications requises et de qualité. Nies et Leichsenring (2010) pour l'Europe continentale, Glendinning *et al.* (2008) et Glendinning (2009) pour le Royaume-Uni et Galantowitz *et al.* (2010) pour les États-Unis font état de problèmes au niveau du contrôle de la qualité des services fournis par des personnes recrutées dans le cadre de systèmes de prestations en espèces. Lorsque cette personne est un membre de la famille, le lien familial peut se transformer en relation commerciale, et beaucoup de membres de la famille recrutés se sentent contraints d'accomplir un nombre d'heures de travail supérieur à celui prévu par le contrat. Cette situation risque d'entraîner un surcroît de tensions psychologiques. Certains dispositifs obligent les bénéficiaires à s'adresser à des organismes officiels pour embaucher du personnel, ou à fournir d'autres garanties. Aux Pays-Bas par exemple, l'Inspection sanitaire a soulevé un certain nombre de questions sur l'organisation actuelle du système de budgets personnels et sur ses conséquences pour les personnes âgées les plus fragiles (Mot, 2010). Doty *et al.* (2010) soulignent qu'il est important, pour la réussite de ces dispositifs, de surmonter les réticences suscitées par le pouvoir que le système confère aux personnes prises en charge, en particulier en accordant la priorité à la qualité. D'autres avancent que la qualité est garantie puisque les bénéficiaires sont mis en situation de recruter et de licencier leurs auxiliaires de vie, gage d'un pouvoir tel que toute velléité de réglementation en devient paternaliste (Arksey et Kemp, 2008).

5.6. Conclusion

Nous avons analysé dans ce chapitre l'ampleur des effectifs du secteur de la prise en charge de la dépendance, ainsi que la composition et certaines spécificités complexes de sa main-d'œuvre dans la zone OCDE. Les effectifs de ce secteur augmentent parallèlement à la part des personnes de 80 ans et plus dans la population totale. La majorité des travailleurs salariés travaille en établissement, souvent dans le cadre de contrats de travail à temps partiel – bien que la plupart des personnes prises en charge soient maintenues à domicile. Une forte proportion de la main-d'œuvre est composée de femmes d'âge mûr.

Bien que des normes minimales de qualification aient été adoptées dans la plupart des pays de l'OCDE, on observe des disparités au niveau de l'éventail des qualifications et des rapports entre les différentes catégories de professionnels. Il en va particulièrement ainsi pour les travailleurs peu qualifiés, le niveau de qualification requis pour travailler dans le secteur de la dépendance variant fortement d'un pays de l'OCDE à l'autre. En règle générale, les salaires sont faibles et, dans certains cas, ne sont ni revalorisés annuellement ni assortis d'avantages accessoires. Bien que les travailleurs du secteur trouvent un sens

à leur travail, ils le jugent aussi éprouvant. Cette situation peut conduire à des départs anticipés à la retraite et à des accidents du travail.

Les taux de vacance et de roulement peuvent être très élevés. Beaucoup de pays de l'OCDE ont recours à des travailleurs extérieurs, par exemple par l'intermédiaire d'agences de placement. Dans certains pays, les travailleurs nés à l'étranger – en particulier les femmes d'âge mûr – occupent une place importante dans le secteur de la dépendance. Ils occupent souvent des postes peu qualifiés, mais ont parfois un niveau de qualification supérieur à celui de leurs homologues nés dans le pays. Leurs conditions de travail peuvent toutefois être plus difficiles que celles des travailleurs nés dans le pays d'accueil et leur rémunération est souvent plus faible. Dans certains pays de l'OCDE, la main-d'œuvre du secteur de la dépendance compte des travailleurs immigrés en situation irrégulière.

Il sera nécessaire d'effectuer d'autres travaux de recherche dans ce domaine pour pallier les éventuelles limites des données et inciter les pays à collecter des informations fiables.

Notes

1. Des données supplémentaires relatives aux Pays-Bas – reposant sur des indicateurs de main-d'œuvre plus larges – permettent une ventilation par segment plus fine : 5.3 personnes prises en charge par EPT dans le secteur de l'assistance à domicile, 1.7 personne prise en charge par EPT dans les établissements non médicalisés et 0.6 personne prise en charge par EPT dans les établissements médicalisés de long séjour (Source : Eggink *et al.*, 2010 ; données 2005).
2. *http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=FTPTC_I*.
3. *http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=ANHRS*.
4. Les attributions, qualifications et compétences des effectifs du secteur de la dépendance sont très variables du fait qu'il existe différentes catégories de personnels peu qualifiés ; il existe également une différence entre les infirmières et infirmiers « diplômés autorisés » *(registered nurses)* et les infirmières et infirmiers auxiliaires *(licenced nurses)*, la deuxième catégorie regroupant des effectifs moins qualifiés.
5. Infirmière ou infirmier auxiliaire *(licensed practical nurse)* : diplômé d'une école de techniques infirmières dont les titres ont été examinés par un ordre professionnel infirmier en place à l'échelon des États et qui a été autorisé à exercer en qualité d'infirmier auxiliaire diplômé (*licensed practical nurse*, LPN ou *licensed vocational nurse*, LVN) sous la supervision d'un médecin ou d'un infirmier diplômé autorisé. Infirmière ou infirmier diplômé autorisé : diplômé qui a été autorisé à exercer après avoir passé un examen devant un jury composé d'infirmiers professionnels ou une instance de réglementation similaire en place à l'échelon des États et qui est légalement autorisé à utiliser le titre d'infirmier diplômé autorisé (*Registered Nurse*, RN). *Source : http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/*.
6. Selon une perspective féministe, les perceptions relatives aux rôles respectifs des hommes et des femmes ont aussi une incidence sur la rémunération des personnels du secteur de la dépendance (Browne et Braun, 2008 ; Charlesworth et Marshall, 2010).
7. Taux annuel de remplacement du personnel. Un taux de roulement de 75 % signifie que trois salariés sur quatre doivent être remplacés chaque année.
8. UE-15 : Union européenne avant le 1er avril 2004, regroupant 15 membres. UE-27 : Union européenne à partir de 2007, après l'adhésion de 12 nouveaux membres au total.
9. En Allemagne, il est moins onéreux de recourir à *trois* travailleurs informels 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, pour un coût brut estimé à 1 200 EUR par mois (hors hébergement et repas), que de recruter un salarié en respectant le droit du travail (4 000 EUR). Les dépenses que les bénéficiaires financent avec les prestations ne sont pas contrôlées, même si une évaluation régulière de la situation est effectuée.

Bibliographie

AIHW – Australian Institute for Health and Welfare (2008a), *Nursing and Midwifery Labour Force 2005,* AIHW, Canberra.

AIHW – Australian Institute for Health and Welfare (2008b), *Nursing and Midwifery Labour Force 2008,* AIHW, Canberra.

American Association of Homes and Services for the Aging and the Institute for the Future of Aging Services (2007), « The Long Term Care Workforce: Can the Crisis Be Fixed ? Problems, Causes and Options », Document établi pour la National Commission for Quality Long Term Care, AAHS-IFAS, Washington, DC.

Arksey, H. et P.A. Kemp (2008), « Dimensions of Choice: A Narrative Review of Cash-for-Care Schemes », Document de travail n° DHP 2250, Department of Social Policy and Social Work, Université d'York, York.

Banerjee, A., T. Daly, H. Armstrong, P. Armstrong, S. Lafrance et M. Szebehely (2008), « Out of Control: Violence against Personal Support Workers Long-term Care », Université d'York/Université Carleton.

Bettio, F., A. Simonazzi et P. Villa (2006), « Change in Care Regimes and Female Migration: The « Care Drain » in the Mediterranean », *Journal of European Social Policy*, vol. 16, p. 271.

BGW (2006), *Aufbruch Pflege, Moderne Prävention für Altenpflegekraft, BGW Pflegerapport,* Erstveröffentlichung 02/2006, Stand 12/2007, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Hambourg.

BGW (2007), *Sieht die Pflege bald alt aus ? BGW-Pflegereport 2007,* Stand 08/2007, Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Hambourg.

Bourgeault, I. *et al.* (2009), « The Role of Immigrant Care Workers in an Aging Society. The Canadian Context & Experience », Université d'Ottawa.

Browne, C. V. et K. L. Braun (2008), Globalization, Women's Migration and the Long-term Care Workforce », *The Gerontologist*, vol. 48, n° 1, pp. 16-24.

Cangiano, A., I. Shutes, S. Spencer et G. Leeson (2009a), « Migrant Care Workers in Ageing Societies: Report on Research Findings in the UK (COMPAS) », Université d'Oxford.

Cangiano, A., I. Shutes et S. Spencer (2009b), « Memorandum to Social Care Inquiry », ESRC Centre on Migration, Policy and Society (COMPAS), Université d'Oxford, novembre.

CBS – Central Bureau of Statistics (2010), *De Nederlandse samenleving*, CBS, La Haye.

CBS – Central Bureau of Statistics (2010), *Gezondheid en zorg in cijfers, 2009,* La Haye/Heerlen.

CBS – Central Bureau of Statistics (2011), *Werken in de zorg zwaar, maar geeft veel voldoening*, Webmagazine, lundi 24 janvier 2011, 9h30, *www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3287-wm.htm*.

Centre de formation et de rencontres internationales, Île-de-France (2010), « DEAVS : Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale », *www.cpcvidf.asso.fr/page/deavs.html*.

Chaloff, J. (2008), « Mismatches in the Formal Sector, Expansion of the Informal Sector: Immigration of Health Professionals to Italy », Document de travail de l'OCDE sur la santé n° 34, Éditions de l'OCDE, Paris.

Charlesworth, S. et H. Marshall (2010), « Chosen Sacrifices ? Some Paradoxical Effects of Strategies to Attract and Retain Care Workers », Working Paper n° 8, Université RMIT, Centre for Applied Social Research, School of Global Studies, Social Science and Planning.

Commonwealth of Australia (2008), « CHC20108: Certificate II in Community Services », CHC08 Community Services Training Package, vol. 2 sur 3, Qualifications Framework, *www.training.nsw.gov.au/cib_vto/cibs/documents/chc20108.pdf*.

Conseil consultatif de la réglementation des professions de santé (Ontario) (2006), « Réglementation des préposés aux services de soutien à la personne », *www.hprac.org/fr/reports/resources/FrenchPSWreport.pdf*.

Cort, P. (2002), « Le système de formation et d'enseignement professionnels au Danemark, Institut pédagogique danois pour l'enseignement professionnel », *www.cedefop.europa.eu/EN/Files/5130_fr.pdf*.

Di Santo, P. et F. Seruzzi (2010), « Migrant Care Qorkers in Italy: A Case Study », Interlinks, European Centre for Social Welfare policy and Research, Rome, Vienne.

Doty, P. K.J. Mahoney et M. Sciegaj (2010), « New State Strategies to Meet Long-term Care Needs », *Health Affairs*, vol. 29, n° 1, pp. 49-56.

Eborall, C., W. Fenton et S. Woodrow (2010), « The State of the Adult Social Care Workforce in England, 2010 », Fourth report of Skills for Care's Research and Analysis Units, Skills for Care, Leeds, mai.

Eggink, E., D. Oudijk et I. Woittiesz (2010), « Zorgen voor zorg Ramingen van de vraag naar personeel in de verpleging en verzorging tot 2030 », SCP, La Haye.

Enomoto, Y. (2007), « Population Aging and Support to the Elderly People in Communities in Japan », Japan International Corporation of Welfare Services, *www.jicwels.or.jp/about_jicwels/ASEAN&JapanHighLevelOfficialsMeeting/5th%20Country%20Report%202007%20-Community%20Services%20for%20the%20Elderly-/Japan.pdf*.

Estryn Behar, M., B. van der Heijden, D. Camerino, C. Fry, O. Le Nezet, P. Maurice Conway et H. M. Hasselhorn (2008), « Violence Risks in Nursing: Results from the European « NEXT » Study », *Occupational Medicine*, vol. 58, pp. 107-114, publié en ligne le 21 janvier 2008 à l'adresse doi:10.1093/occmed/kqm142.

Étude nationale canadienne des ressources humaines du secteur des soins à domicile (2003), *www.cha.ca/documents/pa/Home_Care_HR_Study.pdf*.

Ewijk van, H. *et al*. (2002), « Care Work in Europe: Current Understandings and Future Directions, WP3 Mapping of Care Services and the Care Workforce: Consolidated Report », Peter Moss (dir. pub.), Thomas Coram Research Unit, Institute of Education, Université de Londres.

Fag og Arbejde Denmark, « Welcome to the Social and Health Sector », *www.foa-international.dk/art_uk/social_uk*.

Federal Institute for Vocational Education and Training Germany (2004), « Vocational Training for Human Services ».

Finnish National Board of Education (2004), « Vocational Education and Training in Finland », *www.ammatillinenkoulutus.com/upload/images/muut_kuvat/pdf/alakoht/English/Vocational_education_%20and_training in_Finland.pdf*

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (2006), *Employment in Social Care in Europe*, Bureau des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.

Fujisawa, R. et F. Colombo (2009), « The Long-term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand », Document de travail de l'OCDE sur la santé n° 44, Éditions de l'OCDE, Paris.

Galantowitz, S., S. Crisp, N. Karp et H. Accius (2010), *Developing Effective Criminal Background Checks and Other Screening Policies for Home Care Workers*, AARP, Washington.

Gleckman, H. (2010), The Faces of Home Care. Report from the Field », *Health Affairs*, vol. 29, n° 1, pp. 125-129.

Glendinning, C. (2009), « Cash for Care: Implications for Carers », *Health and Ageing*, Newsletter n° 21, Geneva Association.

Glendinning, C., D. Challis, J. Fernandez, S. Jacobs, K. Jones, M. Knapp, J. Manthorpe, N. Moran, A. Netten, M. Stevens et M. Wilberforce (2008), *Evaluation of the Individual Budgets Pilot Programme: Final Report*, Social Policy Research Unit, Université d'York, York.

Harmuth, S. (2002), « The Direct Care Workforce Crisis in Long-term Care », *North Carolina Medical Journal,* mars/avril, vol. 63, n° 2, pp. 87-94.

Health and Welfare Bureau for the Elderly (2010), Informations générales reccueillies en 2010 lors de la mission de l'OCDE au Japon, Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales du Japon.

Health Outcomes International (2007), *Health Evaluation of the Home Based Support Service (HBSS) Training Initiative*, Health Outcomes International, St Peters, Australie-méridionale.

Hotta, S. (2010), « Kaigo Jyūjisha Mondai » [La question des soignants professionnels au Japon], in H. Miyajima, S. Nishimura et T. Kyogoku (dir. pub.), *Shakai Hoshō to Keizai*, 3, Shakai Sābisu to Chiiki [*Sécurité sociale et économie*, vol. 3, Les services sociaux et la communauté], pp. 149-172, Presses de l'Université de Tokyo, Tokyo.

Hunter, J. (2009), « Response: The Case Against Choice and Competition », *Health Economics, Policy and Law*, vol. 4, pp. 489-501.

IFAS (2007), « The Long-term Care Workforce: Can the Crisis be Fixed ? Problems, Causes and Options », Document établi pour la National Commission for Quality Long Term Care, janvier 2007, IFAS, Washington, DC.

IOM – Institute of Medicine (2008), « Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce », www.iom.edu/agingamerica.

Jennings, C. (2009), « Migrant Workers in Adult Social Care in England », Report for Skills for Care, *www.skillsforcare.org.uk/nmsruntime/saveasdialog.aspx?lID=4483&sID=444*

Kirino *et al*. (2006), « Kaigoshokuin ni kiin suru storess ga shisetsukoureisha no seishintekikenkou ni ataeru eikyou », *Kouseinoshyou,* vol. 53, n° 6.

Klerk, M. de, R. Gilsing et J. Timmermans (dir. pub.) (2010), *Op weg met de WMO. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009,* SCP, La Haye.

Korczyk, S. (2004), « Long-term Workers in Five Countries: Issues and Options », AARP Public Policy Institute, Washington, DC.

Koshitani, M. (2008), « Influence on Caregiver's Psychological Health of Patients' Violence Against Caregivers in Nursing Homes and Group Homes », *Long-term Care Welfare Journal*, vol. 15, n° 1, pp. 62-73.

Kubalčíková, K. et J. Havlíková (2010), « Current Strategy of Social Services for the Elderly in the Czech Republic: The Domiciliary Care – Opportunities and Risks », European Population Conference 2010, *http://epc2010.princeton.edu/download.aspx?submissionId=100178*.

Kushner, C., P. Baranek, et M. Dewar (2008), « Home Care: Change We Need », Report on the Ontario health coalition's home care hearings, 17 novembre.

Lamura, G., C. Chiatti, M. Di Rosa, M. H. Mechiorre, F. Barbabella, C. Greco, A. Principi et S. Santini (2010), « Les travailleurs immigrés dans le secteur de l'aide aux personnes âgées: l'exemple de l'Italie », *Health and Ageing Newsletter*, n° 22, Geneva Association, avril.

Mandl, I. et A. Dorr (2009), « Gearing Adult Education Towards Occupational Mobility: National Assessment Report Austria », *www.mobility-training.eu/final/report/austria.pdf*.

Martin, S., B. Lindsay Lowell, E. M. Gzodziak, M. Bump et M. E. Breeding (2009), *The Role of Migrant Care Workers in Aging Societies: Report on Research Findings in the United States*, Institute for the Study of International Migration, Walsh School of Foreign Service, Université de Georgetown, Washington D.C.

Martin, W. et D. King (2008), *Who Cares for Older Australians ? A Picture of the Residential and Community Based Aged Care Workforce 2007*, National Institute of Labour Studies for the Department of Health and Ageing, Université Flinders, Adelaide.

Maucher, M. (2008), « Modernisation Processes in the Field SSGI: Challenges Related to Employment and Qualification », Deuxième forum sur les services sociaux d'intérêt général, Paris, *http://cms.horus.be/files/99931/MediaArchive/2008-FPEU+DG-EMPL-2nd-Forum-SSGI-28.+29.10.08-Paris-text-MM.pdf*.

Mestheneos, E. et J. Triantafillou J (dir. pub.) (2005), *Supporting Family Carers of Older People in Europe – The Pan-European Background Report: Empirical Evidence, Policy Trends and Future Perspectives,* Lit Verlag, Hambourg.

Ministère de l'Éducation et de la Culture de la Finlande, « Vocational Education and Training in Finland », *www.minedu.fi/OPM/%20Koulutus/ammatillinen_koulutus/?lang=en*.

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande/Université d'Auckland, Disability Support Services in New Zealand (2004), *The Workforce Survey*, Final report, 20 août.

Ministère de la Santé du Royaume-Uni (2000), « Domiciliary Care national Minimum Standards », *www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4083671.pdf*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis (2003), « The Future of Long-term Care Workers in Relation to the Ageing Baby Boom Feneration », *http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/ltcwork-A.htm*.

Ministère de la Santé, des Affaires sociales et des Sports des Pays-Bas (2007), *Arbeidsmarktbrief 2007 Werken aan de zorg*.

Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales du Japon (2006), « Overview of Certified Social Workers and Certified Care workers », *www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw3/dl/8-11.pdf*.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé de la Finlande (2005), « Act on Qualification Requirements for Social Welfare Professionals », *www.finlex.fi/fi/laki/kaannokset/2005/en20050272.pdf*.

Ministère du Travail et des Affaires sociales de la République tchèque, « Odpovědi na časté dotazy k dalšímu vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách » [Réponses aux questions fréquemment posées sur la formation continue des travailleurs sociaux et les services sociaux], *www.mpsv.cz/files/clanky/8109/Povinne_dalsi_vzdelavani.pdf*.

Mot, E. (2010), « The Dutch System of Long-term Care », Document du CPB n° 204, CPB, La Haye.

Nies, H. et K. Leichsenring (2010), « Quality Management and Quality Assurance in Long-term Care », European overview paper, Interlinks, Utrecht/Vienne.

Norwegian Directorate for Education and Training, « Vocational Education and Training in Norway », *www.udir.no/upload/Fagopplaring/Vocational_Education_and_Training_in_Norway.pdf*.

O'Brien-Pallas, L., C. Alksnis et S. Wang (2003), *Envisager l'avenir: Prévoir la retraite chez les IA au Canada*, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa.

OCDE (2007a), *Bébés et employeurs – Comment réconcilier travail et vie de famille: Synthèse des résultats dans les pays de l'OCDE*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2007b), *Perspectives des migrations internationales*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2008), *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : Comment répondre à la crise imminente ?*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2009), *Perspectives des migrations internationales*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2010a), *Perspectives des migrations internationales,* Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2010b), *OECD Reviews of Labour Market and Social Policies: Israel*, Éditions de l'OCDE, Paris.

Oschmiansky, H. (2010), « The Marketization of Formal Elder Care in Germany and its Consequences for the Labour Market », Exposé présenté lors de la conférence internationale « Transforming care: provision, quality and inequalities in later life », 21-23 juin, Copenhague.

PHI (2007), *Facts n° 3,* « *Who Are the Direct Care Workers ?* », PHI, New York.

PHI (2010), *Facts n° 3,* « *Who Are the Direct Care Workers ?* », mise à jour de février 2010, PHI, New York.

Redfoot, D. et A. Houser (2005), *We Shall Travel on « Quality of Care, Economic Development, and the International Migration of Long-term Care Workers* », AARP Public Policy Institute, Washington D.C.

Roerink, H. et F. Tjadens (2009), *From Household Care to Household Help in the Dutch Transition from AWBZ to WMO. Consequences for Workers and Clients*, Bureau Secondant/Health and Social Care Associates, Alphen aan den Rijn, octobre.

Rostgaard, T., C. Chiatti et G. Lamura (à paraître), « Care Migration – The South North Divide of Long-term Care », in B. Pfau-Effinger et T. Rostgaard (dir. pub.), *Care Between Work and Welfare in Europe*, Palgrave, Houdsmills.

Rothgang, H. et G. Igl. (2007), « Long-term Care in Germany », *Japanese Journal of Social Security Policy,* vol. 6, n° 1, pp. 54-84.

Rothgang, H., D. Kulik, R. Müller et R. Unger (2009), *GEK Pflegereport 2009,* GEK, Schwäbisch Gmünd.

Schmidt, S. et H. Hasselhorn (2007), « Gesundheitsrisiko Altenpflege. Ein Projekt zur Verbesserung der Qualität in Altenpflegeeinrichtungen », *Pflegen: Demenz*, vol. 5.

Seavey, D. (2004), « The Cost of Frontline Turnover in Long-term Care, Better Jobs, Better Care », IFAS/AAHSA, Washington.

Smith, K. et R. Baughman (2007), « Caring for America's Aging Population: A Profile of the Direct care Workforce », *Monthly Labor Review*, pp. 20-26, septembre.

Spencer, S. *et al.* (2010), *The Role of Migrant Care Workers in Ageing Societies: Report on Research Findings in the United Kingdom, Ireland, Canada and the United States,* Organisation internationale pour les migrations, Genève.

Squillace, M.R. *et al.* (2009), « The National Nursing Assistant Survey: Improving the Evidence Base for Policy Initiatives to Strengthen the Certified Nursing Assistant Workforce », *The Gerontologist*, vol. 49, n° 2, pp. 185-197.

Stone, R. et J. Wiener (2001), *Who Will Care for Us ? Addressing the Long-term Care Workforce Crisis,* Urban Institute and the American Association of Homes and Services for the Aging, octobre.

Swedish Association of Local Authorities and Regions (2007), *Care of the Elderly in Sweden Today 2006,* Stockholm, janvier.

Teal, C. (2002), « Direct Care Workers. Number One Quality Indicator in Long-term Care. A Consumer's Perspective », *North Carolina Medical Journal,* vol. 63, n° 2, pp. 102-105, mars/avril.

Theobald, H. (2004), « Care Services for the Elderly in Germany: Infrastructure, Access and Utilisation from the Perspective of Different User Groups », Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), *http://bibliothek.wz-berlin.de/pdf/2004/i04-302.pdf*.

Torre, A. et E. Pommer (2010), *Voorlopig advies over het Wmo budget huishoudelijke hulp voor 2011, Van het Sociaal en Cultureel Planbureau, Uitgebracht aan het bestuurlijk overleg*, SCP, La Haye, 1er avril.

Training and Employment Authority Ireland, « Healthcare Assistant Traineeship », *www.fas.ie/en/Training/Traineeships/Traineeship+Courses/Personal+Service+Occupations/Care+Assistant+Care+for+the+Elderly+Traineeship.htm*.

Velde, van der, F., F. Verijdt et E. Arnold (2010), *De arbeidsmarkt voor lagere functies in de zorg: veel vissen in de vijver,* OEZW19, Prismant, Utrecht.

Yeates, N. (2005), « Migration and Social Policy in International Context: The Analytical and Policy Uses of a Global Care Chains Perspective », Arusha Conference, « New Frontiers of Social Policy », 12-15 décembre.

Walshe, K. et E. O'Shea (2009), *The Role of Migrant Care Workers in Ageing Societies: Context and Experiences in Ireland,* Irish Centre for social gerontology, Université nationale de Galway.

Windt van der, W., R.C.K.H. Smeets et E.J.E. Arnold (2008), *Regiomarge 2008. De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaal-agogen 2008-2012*, Prismant, Utrecht ,juin.

Windt van der, W., R.C.K.H. Smeets et E.J.E. Arnold (2009), *Regiomarge 2009. De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen, 2009-2013*, Prismant, Utrecht, juin.

Winsløw, J.H. et V. Borg (2008), « Resources and Quality of Care in Services for the Elderly », *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 36, pp. 272-278, *http://sjp.sagepub.com/content/36/3/272.full.pdf+html*.

Liens Internet

www.azwinfo.nl

www.cbs.nl

www.werk.belgie.be/CAO/330/330-2009-000655.pdf

http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/

http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=FTPTC_I

http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=ANHRS

https://drei.verdi.de/2010/ausgabe-36/ausblick/seite-8/zwangsteilzeit-im-altenheim (consulté le 10 décembre 2010)

http://cupe.ca/updir/CUPE-long-term-care-seniors-care-vision.pdf.

Chapitre 6

Comment attirer la main-d'œuvre dont le secteur de la dépendance aura besoin à l'avenir ?

S'il est possible que les retombées de la crise économique à court terme atténuent les pénuries de main-d'œuvre dans le secteur de la dépendance, seule une approche reposant sur des mesures coordonnées permettra d'y disposer des ressources humaines nécessaires à plus long terme. Ces mesures peuvent être axées sur la formation, le recrutement et la fidélisation du personnel, ainsi que sur le contenu du travail, la productivité et la qualité. Elles peuvent viser certains segments du secteur de la dépendance (aide et soins à domicile, accueil en centre de jour, accueil en établissement), mais aussi le secteur dans son ensemble. En outre, des mesures s'adressant spécifiquement à différentes catégories de personnel (personnel infirmier, personnel peu qualifié) peuvent se révéler nécessaires du fait qu'il est rare que les infirmières et infirmiers fassent spontanément le choix de travailler dans le secteur de la dépendance et que beaucoup de travailleurs peu qualifiés perçoivent l'aide aux personnes dépendantes non pas comme un « métier », mais comme un « emploi sans avenir » offrant peu de perspectives de carrière hormis la possibilité de changer d'emploi. Il peut en résulter un fort roulement du personnel et des difficultés à le maintenir en poste, ce qui est coûteux pour les employeurs, les finances publiques et les personnes dépendantes et leur famille. Parmi les solutions envisageables pour remédier à cette situation figurent des politiques destinées à valoriser le travail et les effectifs du secteur de la dépendance, ce qui pourrait exiger de réformer de façon substantielle la manière dont la prise en charge de celle-ci est organisée et gérée. En outre, dans certains pays, les travailleurs nés à l'étranger représentent une forte proportion de la main-d'œuvre du secteur et il n'est pas exclu que des questions se posent quant à la pérennité de cette solution. Ce chapitre examine les politiques mises en œuvre pour accroître les flux de main-d'œuvre dans le secteur de la dépendance, fidéliser ces effectifs et améliorer leur productivité.

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

6.1. Introduction

Les suites de la crise économique se répercutent sur les systèmes de santé et de prise en charge de la dépendance selon un processus complexe. Du côté de l'offre, les budgets disponibles pour financer les services de santé et d'aide aux personnes dépendantes risquent de diminuer (Marin *et al.*, 2009). La demande, elle, pourrait augmenter en raison de la dégradation de l'état de santé (Comité de la protection sociale, 2009) ou du chômage, ce qui pourrait avoir une incidence négative sur les capacités financières de la population et entraîner une sollicitation *accrue* des systèmes publics (Cangiano *et al.*, 2009a). Les retombées de la crise pourraient aussi toucher les marchés du travail du secteur de la dépendance. Ainsi, elles pourraient avoir pour effet de ralentir le roulement du personnel, les demandeurs d'emploi risquant d'être plus enclins à venir travailler dans ce secteur. Il est aussi possible que les effectifs déjà en exercice y restent plus longtemps et prennent leur retraite plus tard que prévu.

Le taux de vacance d'emploi dans le secteur de la dépendance a chuté au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et au Japon (Eborall *et al.*, 2010 ; Eggink *et al.*, 2010 ; Cangiano *et al.*, 2009a, 2009b ; Hotta, 2010a). Certaines données montrent même que ce secteur pourrait être perçu comme un secteur refuge : aux États-Unis, les aides-soignants agréés restent davantage en poste dans les régions où le chômage est élevé (Wiener *et al.*, 2009). Dans le même temps, les restrictions budgétaires du secteur public pourraient avoir une incidence négative sur les possibilités de formation (Commission européenne, 2010), par exemple pour le personnel infirmier (OCDE et OMS, 2010), et aggraver ainsi le déficit au niveau de l'offre mondiale de services infirmiers. Quoi qu'il en soit, le principal défi à relever s'inscrit dans le long terme. Si les effectifs qui travaillent dans le secteur de la dépendance ne représentent actuellement qu'une proportion relativement faible de la population active totale, leur nombre est appelé à augmenter. L'enjeu sera donc de faire éclore une main-d'œuvre compétente et pérenne susceptible de répondre à la hausse de la demande.

La partie ci-après examine les efforts déployés par les pays pour attirer et fidéliser le personnel. Les deux parties suivantes analysent ces questions de façon plus approfondie. La partie 6.5 porte sur la productivité et la partie 6.6 présente quelques remarques conclusives.

6.2. Attirer et fidéliser : tour d'horizon des expériences nationales

De nombreux pays de l'OCDE connaissent déjà ou s'attendent à connaître des difficultés pour recruter et fidéliser le personnel dans le secteur de la dépendance, et la plupart d'entre eux ont élaboré et mis en œuvre des solutions pour y remédier (tableau 6.1). Ces difficultés largement répandues témoignent d'un handicap majeur du secteur, à savoir qu'il est étroitement lié à un contexte marqué par la diminution de la capacité de la population à accomplir les actes de la vie quotidienne. Elles témoignent également des efforts que doivent déployer les pays de l'OCDE pour faire face aux conséquences du vieillissement de leur population.

Tableau 6.1. **Politiques visant à accroître l'offre de services dans le secteur de la dépendance**

	Mesures en faveur du recrutement	Formation financée par des fonds publics	Revalorisation des salaires et avantages	Amélioration des conditions de travail	Revalorisation des métiers / des profils de poste	Amélioration de l'encadrement	Création de perspectives de carrière	Certification du personnel	Planification de la main-d'œuvre	Autres mesures de fidélisation
Allemagne	√	√	√	√	√	√			√	
Australie	√	√								√
Autriche					√		√			
Belgique	√	√	√						√	
Canada	√								√	
Corée	√		√	√	√			√		
États-Unis	√		√	√		√	√	√	√	√
Finlande		√		√						
France	√	√	√	√	√	√	√			
Irlande	√				√					
Japon	√		√	√	√			√		
Mexique										
Norvège	√	√		√	√	√	√	√	√	√
Nouvelle-Zélande	√	√	√						√	
Pays-Bas	√					√			√	√
République slovaque			√							
République tchèque		√	√							
Royaume-Uni	√	√			√	√	√	√	√	√
Slovénie			√							
Suisse		√		√					√	

Note : Le Canada et la Suisse font état d'initiatives régionales, la Suède et la Finlande d'initiatives locales ; les données relatives au Royaume-Uni renvoient au programme *Working to put people first* en place en Angleterre (Ministère de la Santé, 2009).

Source : Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, 2009-10, et documents complémentaires.

Certains pays de l'OCDE – Canada, Allemagne, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni et États-Unis – ont mis en place des dispositifs de planification de la main-d'œuvre (McHale, 2009 ; Afentakis et Maier, 2010 ; Zorginnovatieplatform, 2009 ; CPS, 2010 ; Badkar, 2009 ; Cangiano, 2009a et 2009b ; IOM, 2008). La plupart des pays indiquent s'être mobilisés pour attirer des travailleurs dans le secteur de la dépendance en créant des stages (Royaume-Uni) ou des emplois supplémentaires (l'Australie a créé 2 000 emplois et la Norvège a financé la création de 10 000 nouveaux emplois en équivalent plein temps), en augmentant les budgets publics alloués à la formation (Australie, Belgique), et en mettant en place un programme de formation uniforme (Nouvelle-Zélande) ou de nouveaux programmes (États-Unis). L'Irlande et l'Angleterre cherchent à attirer du personnel en lui offrant la possibilité de travailler même s'il n'a aucune qualification, à condition qu'il acquière les conditions requises en cours d'emploi. La Nouvelle-Zélande a recours à des partenariats public-privé, dans le cadre desquels les employeurs assurent un tutorat, offrent une formation sur le terrain et aident les demandeurs d'emploi à obtenir une qualification. Certains pays ont mis en place des mécanismes d'incitation financière pour favoriser le réengagement de travailleurs (Australie), tandis que d'autres concentrent leurs efforts sur des publics spécifiques, comme les jeunes, les personnes en réinsertion professionnelle, les groupes sous-représentés ou les nouveaux viviers de recrutement (Allemagne, États-Unis, Pays-Bas, Royaume-Uni). Quant au Japon, il a mis en œuvre diverses politiques pour attirer des travailleurs dans le secteur de la dépendance et les fidéliser (encadré 6.1).

Encadré 6.1. **Japon : des réformes en faveur de la main-d'œuvre du secteur de la dépendance**

Au Japon, le marché du travail du secteur de la dépendance s'est tendu après 2002, si bien qu'il a été nécessaire d'adopter des politiques plus adaptées pour attirer et retenir la main-d'œuvre. Le prix des services est fixé à l'échelon central et révisé tous les trois ans. La révision effectuée en 2009 a permis à beaucoup d'employeurs de revaloriser les salaires d'environ 9 000 JPY par mois (79.60 EUR). Parallèlement, un fonds destiné à les aider à mieux rémunérer leurs salariés a été instauré au niveau des préfectures. Les employeurs doivent déposer une demande pour bénéficier de l'aide financière. Cette mesure devrait permettre d'augmenter les salaires de 15 000 JPY par mois (132.60 EUR). De plus, les employeurs peuvent prétendre à une aide supplémentaire s'ils emploient un plus grand nombre de travailleurs agréés ou, depuis 2009, s'ils emploient plus de trois gestionnaires de soins.

Le fonds n'a pas pour seule finalité de verser des subventions salariales et a plutôt vocation à concourir à l'amélioration des conditions de travail dans le secteur de la dépendance. Ainsi, les prestataires de services d'assistance peuvent bénéficier d'aides financières pour acheter du matériel, par exemple des lève-malades, susceptible d'améliorer le confort et de faciliter la tâche des aidants. Le Centre pour la stabilité du travail est un autre outil mis en place pour améliorer les conditions de travail. Il s'agit d'une institution privée agréée qui émet des recommandations sur les conditions de travail à la suite de visites sur site. Jusqu'à présent, les résultats des évaluations sont encourageants, le roulement du personnel dans les établissements qui ont appliqué les recommandations ayant diminué de 10 %.

La formation occupe également une place importante parmi les moyens qui permettent d'attirer et de retenir le personnel. L'importance de la formation et des plans de carrière a été rappelée, mais chaque établissement est libre de mettre en place ses propres programmes de formation.

Au niveau de l'État, il existe divers dispositifs d'aide pour inciter les jeunes à travailler dans le secteur de la dépendance. Parmi ces programmes figure une formation destinée à ceux qui quittent leur emploi ou qui exercent une activité dans un autre secteur. Gratuite pour les demandeurs d'emploi, cette formation à la prise en charge de personnes dépendantes est organisée par les services publics de l'emploi (agences « *Hello Work* ») et comprend des cours dispensés dans des institutions ou écoles privées. Seuls 10 % de l'ensemble des bénéficiaires de ces programmes se forment à des métiers liés à la dépendance, mais une forte proportion d'entre eux travaillent ensuite dans le secteur de la dépendance. L'État verse aussi des subventions pour compenser le coût induit par le remplacement du personnel en formation.

Par ailleurs, des subventions à la formation sont accordées dans le cadre d'un projet visant à renforcer les capacités dans le secteur de la dépendance. Elles sont destinées à aider à l'élaboration de plans de carrière, à l'acquisition d'un savoir-faire en matière de formation au sein des établissements et à financer des cours pratiques. Des conseillers en renforcement des capacités et des conseillers professionnels, présents dans les 47 antennes de la Fondation pour la prise en charge de la dépendance *(Care Work Foundation)* réparties sur l'ensemble du territoire, proposent des services de conseil et de soutien par téléphone, par courrier électronique ou en se déplaçant à domicile ou dans les établissements.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, 2009-10.

Certains pays indiquent avoir adopté des mesures dans le domaine des salaires et avantages accessoires au salaire, et moins nombreux sont ceux qui ont pris des mesures pour améliorer les conditions de travail. Pour améliorer les conditions de travail dans le secteur de la dépendance, le Japon entend, entre autres, faire en sorte que les employeurs respectent mieux le droit du travail. Dans les pays fédéraux, comme le Canada et les États-Unis, les autorités fédérales ont parfois peu d'outils à leur disposition pour agir sur le recrutement et la fidélisation des travailleurs. Certaines juridictions n'ont pas les prérogatives nécessaires pour obliger les employeurs à améliorer les conditions de travail. Aux États-Unis, le gouvernement fédéral accorde une aide financière aux États pour qu'ils augmentent les salaires.

Huit pays de l'OCDE indiquent avoir pris des mesures dans le domaine de la formation continue, par exemple pour permettre aux infirmières et infirmiers auxiliaires de devenir infirmières ou infirmiers diplômés autorisés (Australie) ou pour imposer à l'ensemble des personnels qui interviennent auprès de personnes dépendantes l'obligation d'acquérir des compétences spécifiques, par exemple en gérontologie (Finlande). Les États-Unis financent des formations spécifiques sur la démence et la prévention de la violence. Un petit nombre de pays seulement investissent dans des mesures visant à améliorer les perspectives de carrière, par exemple au moyen de bourses (Australie) ou de parcours de formation composés de modules (Autriche). Les pays sont plus nombreux à prendre des mesures destinées à améliorer la qualité et à valoriser les métiers de la dépendance, en définissant des référentiels de compétences nationaux (Autriche) ou des programmes de formation (Allemagne), en professionnalisant le secteur (France) ou en imposant une obligation de certification aux professionnels de façon à améliorer la fiabilité de l'aide et des soins (Corée). En Allemagne, en particulier, le gouvernement fédéral finance trois années de formation continue à la prise en charge de personnes dépendantes. Les États-Unis, le Royaume-Uni et certains autres pays de l'OCDE cherchent à instaurer des systèmes d'accréditation et des registres publics des travailleurs du secteur de la dépendance. L'Angleterre, par exemple, met actuellement au point un registre *facultatif* des travailleurs intervenant à domicile (Ministère de la Santé du Royaume-Uni, 2009). Dans d'autres pays européens, la mise en œuvre d'initiatives de ce type est encore irréaliste (Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail, 2006, p. 43). Certaines régions d'Italie ont créé des registres pour recenser les assistants à domicile nés à l'étranger (Di Santo et Ceruzzi, 2010) et les États-Unis prennent actuellement des mesures pour imposer une vérification des antécédents pénaux des travailleurs du secteur.

Certains pays cherchent à améliorer la gouvernance et l'encadrement ou à restructurer la fourniture de services d'aide et de soins. L'Angleterre s'est engagée dans une démarche de rénovation de la main-d'œuvre. Les Pays-Bas s'efforcent d'innover en matière de modalités de prise en charge et de favoriser la coopération régionale entre employeurs et formateurs. La France s'est fixé pour objectif de moderniser les services, en particulier dans le domaine de l'assistance à domicile. Quant à l'Allemagne, elle a non seulement introduit des normes nationales de formation pour les infirmières et infirmiers gériatriques, mais a aussi, en 2008, créé dans les établissements médicalisés de long séjour une nouvelle catégorie professionnelle qui intervient spécifiquement dans le champ social et dans celui de l'aide à l'accomplissement des AIVQ. En outre, les outils qui permettent de prévoir l'évolution de la main-d'œuvre occupent désormais une place importante dans beaucoup de pays.

6.3. Garantir un flux adéquat de ressources humaines vers le secteur de la dépendance

Garantir un flux adéquat de ressources humaines suppose de déployer en permanence des efforts pour que le secteur de la dépendance dispose d'une main-d'œuvre suffisante et correctement formée. Il faut pour cela à la fois mieux utiliser les viviers de recrutement existants et en rechercher de nouveaux.

Mieux utiliser les viviers de recrutement existants

Les jeunes représentent un vivier naturel pour le secteur de la dépendance et la compétition pour les attirer est appelée à s'intensifier dans la mesure où leur part dans la population active est inférieure dans bon nombre de pays au taux de renouvellement démographique. De nouveaux programmes de formation pourraient être mis sur pied afin de les attirer plus efficacement dans le secteur, étant entendu que ces programmes ont plus de chances de porter leurs fruits s'ils donnent une image réaliste des métiers de la dépendance, par exemple à travers des stages ou la possibilité, pour les jeunes, d'avoir un aperçu du travail au moment où ils font acte de candidature. Les jeunes étant au nombre des travailleurs les plus susceptibles de quitter rapidement le secteur de la dépendance, il est indispensable de chercher à prévenir ces départs précoces, par exemple en offrant des perspectives de carrière (Hotta, 2010). Or, à ce jour, il semble que peu d'initiatives aient réellement permis d'inciter les jeunes à s'engager dans une démarche de formation professionnelle aux métiers de la dépendance et de permettre à ceux qui se forment d'intégrer durablement ce secteur. La Norvège a cependant récemment adopté des mesures en ce sens.

Les femmes qui cherchent à se réinsérer sur le marché du travail constituent le deuxième grand vivier de main-d'œuvre disponible – en particulier pour pourvoir les postes peu qualifiés. Les femmes d'un certain âge représentent une part importante des ressources humaines du secteur. Aux États-Unis par exemple, les seniors sont appréciés des employeurs. En Allemagne, ils expriment une satisfaction dans l'emploi élevée (BGW, 2007). Des stratégies ciblées seraient peut-être plus adaptées pour toucher les femmes d'âge mûr. Aux États-Unis, des avantages fiscaux ont été instaurés pour faciliter l'accès des seniors employés dans le secteur de la dépendance à une formation, et des fonds fédéraux supplémentaires ont été dégagés pour financer des mesures en faveur de la formation et de l'emploi des seniors qui disposent de ressources modestes.

S'agissant du personnel infirmier, les programmes de formation actuels accordent peu de place à la prise en charge des affections chroniques et de longue durée ou aux problèmes gériatriques (IOM, 2008), et il existe souvent des différences de rémunération et de déroulement de carrière entre les infirmières et infirmiers qui travaillent dans le secteur de la dépendance et leurs collègues employés dans le secteur des soins de santé. Les infirmières et infirmiers sont moins susceptibles d'être attirés par le secteur de la dépendance s'ils n'ont pas de connaissances ou d'expérience spécifiques en la matière ou n'ont pas d'autres motivations. L'expérience des États-Unis montre que les mesures prises au niveau de la formation initiale (programmes dispensant de rembourser un prêt étudiant sous certaines conditions, bourses, stages) sont susceptibles d'inciter le personnel infirmier à travailler dans le secteur de la dépendance (AAHSA et IFAS, 2007). Par ailleurs, des subventions publiques spécifiques pourraient être accordées aux travailleurs de ce secteur qui souhaitent acquérir une qualification d'infirmier. Des dispositifs de ce type existent en Australie.

De même que certaines tâches habituellement exécutées par les médecins peuvent être déléguées au personnel infirmier (Buchan et Calman, 2008; Delamaire et Lafortune, 2010), déléguer au personnel peu qualifié des tâches habituellement accomplies par le personnel infirmier pourrait constituer un moyen de pallier la pénurie de personnel infirmier dans le secteur de la dépendance. Ainsi, aux Pays-Bas, un projet pilote dans le cadre duquel le personnel peu qualifié d'établissements médicalisés de long séjour a pu, en s'appuyant sur des lignes directrices préétablies, s'occuper de façon plus autonome de patients souffrant de démence et de dépression, a eu des résultats positifs à la fois en termes de qualité de vie et de sécurité des patients et de satisfaction du personnel (Verkaik *et al.*, 2010). Aux États-Unis, plusieurs projets visant à permettre ce type de délégation de tâches ont été mis en œuvre. Par exemple, dans le New Jersey, le projet baptisé *Nurse Delegation Pilot Program* permet à des infirmiers ou infirmières diplômés autorisés – volontaires pour participer à l'expérience – de déléguer officiellement aux aides-soignants agréés la responsabilité d'administrer des médicaments aux patients. Comme il est fréquent que les aides-soignants soient insuffisamment formés dans ce domaine (IGZ, 2010), l'association du personnel infirmier du New Jersey a établi des lignes directrices qui définissent les cas et conditions dans lesquels cette délégation est envisageable. L'infirmière ou infirmier diplômé volontaire pour participer au projet donne des instructions à l'aide-soignant et le supervise.

Le lancement de campagnes dans les médias est aussi un moyen fréquemment utilisé pour améliorer le recrutement. Fujisawa et Colombo (2009) font état de résultats contrastés dans ce domaine. L'expérience des États-Unis semble montrer que ces campagnes attirent parfois des personnes qui n'ont pas le profil recherché (encadré 6.4). Espérant renforcer l'attrait du secteur, l'Angleterre a organisé, parmi les travailleurs de l'accompagnement social, un concours dont le vainqueur est célébré par les médias. Les résultats de cette initiative en termes d'image et d'attrait du secteur, et d'amélioration des taux de recrutement, ne sont pas encore connus.

Rechercher de nouveaux viviers

Les hommes constituent le plus large vivier de recrutement potentiel. En 2005, l'Allemagne a lancé, sous l'appellation *Neue Wege für Jungs* (Nouvelles voies pour les jeunes), un programme qui permet aux hommes notamment jeunes de s'occuper de personnes âgées ou d'enfants[1]. Alors que 70 % des participants interrogés ont exprimé une opinion positive sur l'exercice de professions « atypiques » (dont fait partie la prise en charge d'enfants et de personnes âgées), il ressort des données disponibles que le nombre de candidats pourrait être insuffisant au regard des besoins prévus.

Plusieurs pays ont mis en place des programmes destinés à inciter les chômeurs à travailler dans le secteur de la dépendance. Au Royaume-Uni, par exemple, les mesures adoptées visent les jeunes au chômage depuis plus d'un an, tandis qu'au Japon, les agences pour l'emploi « *Hello Work* » cherchent à inciter des chômeurs à intégrer le secteur de la dépendance en leur proposant des services d'orientation professionnelle et de placement, des séminaires sur les activités liées à la prise en charge de la dépendance et des visites accompagnées d'établissements médico-sociaux. En principe, les dispositifs de ce type concernent les postes peu qualifiés (voir l'encadré 6.2 sur la Finlande).

D'autres programmes sont conçus pour recruter des personnes qui n'envisageraient peut-être pas de travailler dans le secteur de la dépendance. L'Angleterre, par exemple, cherche à toucher les catégories sociales sous-représentées. Aux Pays-Bas, où très peu de personnes d'origine turque et marocaine suivent une formation professionnelle ou exercent

Encadré 6.2. **Helsinki (Finlande) : réinsertion professionnelle et aide aux personnes âgées**

Orienter les chômeurs à travailler dans le secteur de la dépendance n'est pas une tâche facile. À Helsinki, les chômeurs de longue durée sont incités se réinsérer sur le marché du travail en aidant des personnes âgées qui vivent à domicile à faire leur ménage et leurs courses. L'objectif est de proposer cette solution aux chômeurs, de les aider à la mettre en place et de susciter leur intérêt pour les métiers de la dépendance. Des conseillers en insertion professionnelle et des travailleurs du secteur de l'aide et des soins à domicile assurent un accompagnement. La municipalité a ainsi pu faire bénéficier d'une mesure pour l'emploi active 60 à 70 chômeurs de longue durée en une seule opération, pour un coût égal à la rémunération de sept conseillers en insertion (soit 20 000 EUR par mois au total). Environ 40 % des participants à ces groupes d'aide à domicile ont ensuite trouvé un emploi salarié ou se sont engagés dans une démarche de formation qualifiante. Ce projet a par ailleurs permis à 14 000 personnes âgées d'être aidées pour accomplir les AIVQ et accompagnées pour se rendre à des rendez-vous médicaux ou participer à des activités à l'extérieur de chez elles. La municipalité a économisé 300 000 EUR par an, alors même que les participants ont reçu 8 EUR supplémentaires par jour. Il ressort des entretiens que les bénéficiaires du dispositif ont eu moins recours à des services sociaux ou de santé, et que leur santé mentale, leur mode de vie et leur détermination à retrouver un emploi se sont améliorés.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, 2009-10.

une activité dans le secteur de la dépendance, les pouvoirs publics ont pris des mesures pour qu'elles soient plus nombreuses à y travailler, en particulier à s'occuper de personnes de la même origine qu'elles (Ministère de la Santé, des Affaires sociales et des Sports des Pays-Bas, 2008). Certains pays comme l'Australie (pour le personnel infirmier), l'Irlande et l'Allemagne, se mobilisent pour inciter les travailleurs qui ont quitté le secteur de la dépendance à le réintégrer.

Les systèmes de prestations en espèces permettant de recruter des aidants familiaux constituent une autre approche relativement nouvelle. D'après certaines données, les personnes qui se sont occupées d'un membre de leur entourage familial ou amical et pour qui l'expérience s'est révélée concluante peuvent être incitées à intégrer « officiellement » le secteur de la dépendance, même si leur intervention s'est bien souvent limitée à cette expérience ponctuelle. Les proches qui, dans certains cas, peuvent être recrutés et indemnisés par l'intermédiaire de systèmes de prestations en espèces constituent un vivier en partie « caché » qui pourrait être exploité pour accroître les ressources humaines « officielles » du secteur de la dépendance.

En règle générale, les programmes de réinsertion et les dispositifs visant à attirer certaines catégories de la population dans le secteur de la dépendance n'ont pas toujours des résultats positifs évidents. En réalité, pour bon nombre de personnes visées par ces dispositifs, l'exercice d'une activité liée à la dépendance n'est qu'un tremplin pour accéder à un autre emploi. Les évaluations à long terme sont peu nombreuses et celles qui existent analysent parfois l'effet de ces programmes sur l'emploi en général plus que leurs conséquences sur l'emploi dans le secteur de la dépendance.

Travailleurs nés à l'étranger

Dans plusieurs pays de l'OCDE, les travailleurs nés à l'étranger susceptibles de travailler dans le secteur de la dépendance sont de plus en plus recherchés. Plus de la moitié des 6 % de progression de l'emploi enregistrés entre 2008 et 2009 dans le secteur des établissements de soins au sein de l'Union européenne – secteur qui se classe en troisième position à l'aune de la rapidité d'augmentation des effectifs – a concerné des travailleurs nés à l'étranger. Aux États-Unis, le secteur de l'action sociale arrive en quatrième position en termes d'augmentation de la main-d'œuvre étrangère (18.2 %) (OCDE, 2010a, pp. 141-142). Ces données montrent que les travailleurs nés à l'étranger vont continuer de jouer un rôle important et peut-être même croissant dans la prise en charge de la dépendance (Cangiano *et al.*, 2009a ; McHale, 2009 pour le Canada).

Parmi les nombreux pays de l'OCDE qui ont été et restent des terres d'immigration, certains cherchent à attirer de la main-d'œuvre dans le secteur de la dépendance. Des dispositifs spécifiques ont été mis en place à cette fin au Canada et en Israël. Dans d'autres pays, des projets portant plus largement sur le recrutement de migrants dans ce secteur et des campagnes de régularisation *a posteriori* ont été mis en œuvre (encadré 6.3). Toutefois, comme les travailleurs nés à l'étranger occupent déjà une place importante dans la prise en charge de la dépendance et que ce phénomène est appelé à s'amplifier, la non-prise en compte de ce secteur dans les programmes migratoires de nombreux pays de l'OCDE est particulièrement frappante.

Encadré 6.3. **Politiques migratoires visant les travailleurs du secteur de la dépendance dans quelques pays de l'OCDE**

Au **Canada**, le « Programme des aides familiaux résidants » permet à des migrants d'obtenir un titre de séjour définitif au terme de deux années de travail à plein temps en qualité d'aides familiaux résidant chez leur employeur. Il s'agit d'un programme motivé par les besoins des employeurs, dans le sens où il faut d'abord qu'un employeur propose un emploi. L'aidant doit travailler pendant deux ans pour le même employeur. Il n'existe pas de quota officiel, mais le nombre de permis de travail délivrés dans le cadre du programme dépend des capacités de traitement des services de l'immigration.

Pour bénéficier du programme, les candidats doivent avoir un niveau scolaire équivalent à la fin de la scolarité secondaire au Canada, justifier de six mois d'expérience ou de formation dans le domaine de l'aide aux personnes et maîtriser suffisamment l'anglais ou le français pour pouvoir s'occuper d'un tiers sans être supervisés. Lorsqu'ils justifient de deux ans d'ancienneté, les aides familiaux résidant chez leur employeur peuvent, dans un délai de trois ans à compter de la date de leur arrivée, déposer une demande de titre de séjour définitif ; eux-mêmes et les membres de leur famille doivent alors se soumettre à un examen médical, à une vérification de leurs antécédents judiciaires et à des contrôles de sécurité. Une fois qu'ils ont obtenu le statut de résident permanent, ils peuvent exercer n'importe quelle activité professionnelle (Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, 2009-10 ; Bourgeault *et al.*, 2009).

En 2008, quelque 13 000 ressortissants étrangers titulaires de permis de travail délivrés dans le cadre de ce programme ont immigré au Canada. La plupart d'entre eux étaient des femmes originaires de pays en développement comme les Philippines (83 %). Des améliorations continuent d'être apportées au dispositif, telles qu'un renforcement des procédures de contrôle des employeurs à l'horizon 2011, ou l'introduction, en 2010, de mesures destinées à permettre aux aides familiaux de remplir plus facilement les

Encadré 6.3. **Politiques migratoires visant les travailleurs du secteur de la dépendance dans quelques pays de l'OCDE** *(suite)*

conditions requises pour obtenir un titre de séjour définitif, par exemple en leur donnant la possibilité de faire valoir les heures supplémentaires accomplies pour déposer leur demande plus tôt ou de demander une prolongation du délai imparti pour présenter leur demande, notamment en cas de maladie (Citoyenneté et immigration Canada, 2010).

L'exercice d'une activité dans le secteur de la dépendance est la principale voie empruntée par les ressortissants étrangers qui immigrent en **Israël**. En 2009, les 54 500 travailleurs nés à l'étranger recensés dans ce secteur représentaient environ la moitié des ressources humaines qu'il employait et la quasi-totalité d'entre eux résidaient sous le même toit que la personne dont ils s'occupaient. Depuis 1988, une prestation dépendance permet aux personnes âgées qui ont besoin d'aide de recruter des migrants. Aucun quota n'est imposé, mais des critères d'accès sont appliqués aux candidats migrants (maîtrise de la langue par exemple) et aux employeurs (note sur l'échelle d'évaluation de la capacité à accomplir les AVQ, certificats médicaux par exemple). Les critères appliqués pour délivrer une autorisation d'employer des migrants devraient devenir plus restrictifs, si bien que l'accès au dispositif sera restreint aux individus qui ont besoin d'une assistance à domicile 24 heures sur 24 (OCDE, 2010b ; Kemp, 2010).

Ces migrants peuvent travailler en Israël pendant 63 mois au maximum et n'ont pas la possibilité d'obtenir un statut de résident permanent par la suite. Leur autorisation de séjour peut toutefois être prolongée s'ils travaillent pour le même employeur depuis au moins un an et si ledit employeur a impérativement besoin d'aide et de soins à domicile. Les personnes nées à l'étranger qui travaillent dans le secteur de la dépendance ne sont pas autorisées à changer d'employeur (Portail de l'administration israélienne). Ils doivent en outre être inscrits auprès de bureaux de recrutement agréés, chargés de les mettre directement en rapport avec la personne qui a besoin d'aide (OCDE, 2010b). Une nouvelle loi fait obligation aux bureaux de recrutement de leur trouver un nouvel employeur lorsqu'ils sont au chômage, afin de limiter les recrutements internationaux motivés par la recherche de commissions. Toutefois, cette loi n'est pas appliquée, si bien que de nouveaux migrants entrent sur le territoire alors que d'autres sont au chômage.

Lorsque le coût de l'aide et des soins est en partie financé par la prestation dépendance, le travailleur est employé à la fois par le bureau de recrutement et le bénéficiaire de l'aide ; ce dernier est alors tenu de verser des cotisations sociales à l'Institut national d'assurance sociale, mais n'a pas à établir de bulletins de paie. Toutefois, plus de la moitié des migrants qui travaillent dans le secteur de la dépendance sont employés de gré à gré par la personne aidée, qui ne touche pas la prestation dépendance de l'Institut national d'assurance sociale (OCDE, 2010b). Au Canada, un autre programme, le Programme des travailleurs étrangers temporaires, permet aux employeurs de recruter temporairement des travailleurs nés à l'étranger lorsqu'il est difficile de trouver des ressortissants canadiens ou des résidents permanents pour pourvoir le poste.

Autres exemples

Certains autres pays ont adopté des politiques d'immigration qui peuvent concerner les travailleurs du secteur de la dépendance. En **Italie**, l'emploi de travailleurs immigrés dans ce secteur a été favorisé par des campagnes de régularisation des travailleurs étrangers déjà présents dans le pays (encadré 5.3) (Lamura, 2010). Au **Royaume-Uni,** les métiers de la dépendance sont considérés comme connaissant une pénurie de personnel et sont classés dans la catégorie 2 *(Tier 2)* du système à points. Il s'ensuit que les candidats bénéficient d'un accès plus facile et que l'employeur n'a pas à prouver qu'aucun résident permanent

Encadré 6.3. **Politiques migratoires visant les travailleurs du secteur de la dépendance dans quelques pays de l'OCDE** *(suite)*

l'employeur n'a pas à prouver qu'aucun résident permanent n'est disponible pour occuper le poste à pourvoir, ce qui facilite l'entrée dans le pays des personnes nées à l'étranger souhaitant travailler dans le secteur de la dépendance. Toutefois, l'accès au territoire a récemment été limité (questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, 2009-10). En **France**, la profession d'aide-soignant figure migrants souhaitant travailler dans le secteur de la dépendance. sur une liste de métiers en situation de pénurie de personnel ouverts aux ressortissants de l'Union européenne et la profession d'employé de ménage à domicile fait partie d'une liste de métiers ouverts aux ressortissants sénégalais (Immigration professionnelle, 2008). La profession d'employé de ménage peut aussi se rapporter à l'assistance apportée aux personnes âgées pour accomplir les AVQ. Jusqu'en 2008, la liste de métiers connaissant une pénurie de personnel établie par l'**Espagne** incluait les métiers de la dépendance (Fujisawa et Colombo, 2009). Les personnes qui justifient des compétences et de l'expérience requises pour travailler dans le secteur de la dépendance peuvent immigrer en **Australie** dans le cadre du programme migratoire *General Skilled Migration* (GSM) et de programmes de délivrance de visas parrainés par les employeurs, comme l'*Employer Nomination Scheme* (ENS) et le *Regional Sponsored Migration Scheme* (RSMS). Par ailleurs, le dispositif *Family Stream* permet d'obtenir un visa pour venir s'occuper d'un proche malade (questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, 2009-10). Enfin, les accords que le Japon a conclus avec l'Indonésie, le Viêt Nam et les Philippines permettent à un nombre limité de migrants de venir travailler dans le secteur de la dépendance. Toutefois, l'obligation de passer des tests linguistiques et le système de qualifications nationales en place au Japon limitent les flux, même si les effectifs qualifiés du secteur de la dépendance ont la possibilité de rester dans le pays sans limitation de durée (Fujisawa et Colombo, 2009 ; Cortez, 2009).

Si le recours aux travailleurs nés à l'étranger peut être conçu comme une solution palliative pour répondre aux besoins dans le domaine de la dépendance, dans certains pays, ces migrants constituent une composante structurelle de la main-d'œuvre du secteur. Or, dans des pays comme les États-Unis, l'Italie et l'Espagne, les possibilités d'entrée légale pour occuper des postes peu qualifiés se restreignant, les entrées irrégulières sont beaucoup plus nombreuses que les entrées régulières (OCDE, 2009, p. 149). D'après les estimations, en 2009, dans les pays de l'OCDE, la part des migrants en situation irrégulière dans la population était comprise entre 0.17 % au Japon et 3.94 % aux États-Unis, et leur part dans l'ensemble des résidents étrangers entre 3.7 % en Autriche et 63.5 % aux États-Unis (OCDE, 2009). Le nombre de migrants en situation irrégulière au Canada est évalué à 60 000, dont une majorité de réfugiés (Bourgeault *et al.*, 2009). Le recours pour le secteur de la dépendance à des travailleurs hors de toute réglementation ou à des travailleurs en situation irrégulière peut avoir des incidences négatives sur la stabilité et les systèmes sociaux d'un pays.

Outre les campagnes de régularisation *a posteriori*, certains pays ont adopté des mesures destinées à faire reculer le recours à des travailleurs sans contrat et non déclarés dans le secteur de la dépendance. L'Allemagne a émis des permis de travail spéciaux à l'intention des employés de maison (ou *Haushaltshilfen*[2]) originaires de pays qui ont adhéré à l'Union européenne en 2004 ou ultérieurement (van Hooren, 2008). La France a mis en place un régime de déductibilité fiscale et a simplifié les formalités administratives pour

les personnes dépendantes qui recrutent du personnel officiellement. L'Allemagne a elle aussi instauré un allègement fiscal qui permet d'économiser jusqu'à 20 % du coût lié au recrutement de personnel selon les règles prévues par la loi. En 2007, l'Autriche a instauré un cadre légal pour régulariser les travailleurs du secteur de la dépendance en situation irrégulière, autorisant la fourniture d'une assistance à domicile 24 heures sur 24 ; elle a aussi, en 2008, supprimé les poursuites contre les employeurs qui avaient eu recours à du personnel migrant non déclaré, à condition qu'ils procèdent à son affiliation auprès des organismes d'assurance sociale. Ces mesures s'accompagnent parfois de campagnes de d'information sur les risques et sanctions auxquels s'exposent les employeurs pratiquant le travail au noir (Suisse).

L'OCDE (2009) a établi des lignes directrices pour la définition des politiques en matière d'immigration de main-d'œuvre. Ces lignes directrices peuvent s'appliquer aux migrants qui travaillent dans le secteur de la dépendance. Les principales étapes définies sont les suivantes :

Identifier les besoins de main-d'œuvre non satisfaits et délivrer un nombre de permis de travail en rapport avec l'ampleur de ces besoins

Seuls quelques pays – Australie, Royaume-Uni, Canada – sont dotés de programmes d'immigration pouvant s'appliquer aux travailleurs du secteur de la dépendance (encadré 6.2). Les accords bilatéraux entre l'Allemagne et la Croatie ne visent pas les migrants qui travaillent dans ce secteur. Les quotas sont jugés nécessaires pour adapter l'offre de main-d'œuvre aux possibilités d'emploi, limitées, du pays d'accueil. En Israël, les travailleurs migrants temporaires représentent 10 % de la population active et travaillent presque tous auprès de personnes dépendantes. Un registre qui recense les migrants du secteur de la dépendance au chômage a été créé début 2009 de façon à empêcher de nouvelles entrées sur le territoire lorsque le chômage parmi les travailleurs migrants devient trop élevé ; mais la tenue de ce registre a été suspendue car les bureaux de placement continuent de recruter à l'étranger (OCDE, 2010b).

Définir des moyens de faire coïncider le nombre de migrants et d'emplois, que ces moyens soient mis en œuvre à l'étranger ou dans le pays d'accueil

Les travailleurs du secteur de la dépendance ne peuvent généralement entrer sur le territoire qu'en réponse à une offre d'emploi. Des bureaux de placement jouant le rôle d'intermédiaires peuvent faciliter ce processus. Cependant, dans la plupart des pays, les intermédiaires agréés sont peu nombreux, voire inexistants. La création de visas pour la recherche d'emploi pourrait favoriser le travail *légal* et faire ainsi évoluer les pratiques en matière d'emploi. Une fois l'emploi trouvé, un titre de séjour et un permis de travail pourraient être délivrés.

Améliorer l'efficience des procédures de traitement des demandes et de délivrance des permis

Comme l'illustre l'exemple de l'Italie (encadré 5.3), l'obtention d'un permis peut être ralentie par des obligations formelles alors que la nécessité de faire coïncider l'offre et la demande exige de la rapidité. Il pourrait donc être souhaitable d'adapter les procédures, en particulier pour les travailleurs recrutés de gré à gré dans le secteur de la dépendance.

Définir des moyens pour permettre aux employeurs de vérifier le statut des salariés potentiels

Il peut se révéler difficile, aussi bien pour le futur employeur que pour le salarié potentiel, de déterminer si l'autre partie est digne de confiance, en particulier dans cas de l'assistance à domicile – ou lorsque le salarié réside chez la personne qu'il aide. Les initiatives telles que celles prises par certaines régions d'Italie (Di Santo et Ceruzzi, 2010), qui ont mis sur pied des registres recensant les aides à domicile, pourraient constituer une solution pour remédier à ce problème, du moins du point de vue de l'employeur.

Mettre au point des procédures efficaces de contrôle aux frontières et d'inspection des lieux de travail

Le contrôle aux frontières doit, en toute logique, constituer une étape du processus, mais peut être difficile à mettre en œuvre au sein de l'Union européenne du fait de l'ouverture des frontières intérieures. L'inspection des lieux de travail peut elle aussi être difficile lorsque le travailleur vit sous le même toit que la personne dépendante dont il s'occupe. Toutefois, les modifications du Programme des aides familiaux résidants canadien qui entrent en vigueur en 2011 portent à croire que contrôler les employeurs plus en amont du recrutement pourrait constituer une autre solution envisageable pour protéger les travailleurs du secteur de la dépendance. La France, qui subordonne l'octroi de prestations destinées à financer certaines dépenses à la déclaration de la personne employée, offre un autre exemple de moyen envisageable. Il est aussi possible d'effectuer des inspections et d'imposer des amendes lourdes. Dans le cas des personnes modestes qui bénéficient de prestations en espèces, il pourrait être envisagé de suspendre leurs droits, comme le font les Pays-Bas en cas de fraude des bénéficiaires de budgets personnels.

Par ailleurs, s'il arrive que le recrutement soit facile, la fidélisation peut être aussi difficile dans le cas des travailleurs nés à l'étranger que dans celui des travailleurs nés dans le pays. Bien que Martin *et al.* (2009) rapportent que des infirmiers et infirmières qui ont immigré aux États-Unis ont créé leur propre organisme d'aide et de soins pour fournir des prestations à des personnes âgées fragiles de la même origine culturelle qu'eux et bien que certains migrants bénéficiaires du Programme des aides familiaux résidants au Canada cherchent un emploi dans le secteur de la dépendance une fois qu'ils satisfont les conditions requises par le programme (Bourgeault *et al.*, 2009, p. 63), Chaloff (2008) affirme que « beaucoup d'immigrés qui s'occupent de personnes dépendantes dans le secteur privé ne sont pas motivés pour faire carrière dans le secteur de la dépendance ».

Enfin, la question de la qualité de l'aide et des soins suscite quelques inquiétudes. Les différences de langue et de culture peuvent avoir une incidence sur cette qualité, dans la mesure où les problèmes de communication et la méconnaissance des équipements, des médicaments et des pratiques vont de pair avec des taux d'erreur élevés (Dussault *et al.*, 2009, p. 25). Le fait que certains migrants ne recherchent que des emplois temporaires et restent peu de temps en poste est également préoccupant.

6.4. Mieux fidéliser la main-d'œuvre : valoriser le travail, offrir des perspectives de carrière

Mieux valoriser le travail et la main-d'œuvre du secteur de la dépendance constitue un enjeu majeur. Pour y parvenir, il pourrait être nécessaire d'associer des mesures de portée générale et des mesures sectorielles. Le Japon, par exemple, cherche à encourager

les travailleurs du secteur de la dépendance à mieux respecter le droit du travail en général afin d'améliorer les conditions de travail dans le secteur. Des solutions plus ciblées de type sectoriel seront toutefois également nécessaires.

Améliorer le contenu du poste occupé et les conditions de travail est un moyen d'économiser les coûts de recrutement et de formation initiale induits par des taux de roulement élevés, et permettrait de mieux fidéliser le personnel et d'améliorer l'image du secteur (Seavey, 2004). Toutefois, cette stratégie peut nécessiter un investissement initial élevé et on manque souvent de données pour évaluer le rapport coût-efficacité des différentes solutions envisageables. En outre, le coût des mesures visant à fidéliser les ressources humaines risque d'être assumé par certaines parties, tandis que leurs avantages profitent à d'autres. Par exemple, aux États-Unis, inciter le personnel infirmier à rester plus longtemps dans le secteur de la dépendance peut nécessiter une augmentation des coûts salariaux assumés par Medicaid, tandis que les économies réalisées – du fait que les séjours hospitaliers sont plus courts et les réhospitalisations moins nombreuses – profitent à Medicare. Il n'en reste pas moins que ces mesures offrent parfois un bon retour sur investissement, sous la forme par exemple d'un roulement du personnel moins important et d'une amélioration de la satisfaction dans l'emploi et de la qualité des prestations d'aide et de soins ; il en va par exemple ainsi au Japon (Onodera *et al.*, 2006).

Permettre aux travailleurs du secteur de la dépendance d'augmenter leur temps de travail

Faire en sorte que les travailleurs du secteur de la dépendance accomplissent davantage d'heures de travail chaque semaine et travaillent pendant des périodes plus longues pourrait réduire le besoin de recrutement. Selon les estimations relatives aux Pays-Bas, le nombre de nouveaux recrutements nécessaires pourrait ainsi diminuer de 125 000 équivalents plein temps (EPT) à l'horizon 2025 (Zorginnovatieplatform, 2009). Beaucoup de travailleurs du secteur de la dépendance occupent plusieurs emplois ou travaillent à temps partiel, ce qui porte à croire qu'ils pourraient augmenter le nombre d'heures consacrées à la prise en charge des personnes dépendantes. Le fait que 16 %[3] des femmes qui travaillent à temps partiel dans les pays de l'OCDE indiquent vouloir augmenter leur temps de travail en apporte la preuve, même si ce phénomène n'est pas propre au secteur de la dépendance. Inciter les effectifs de ce dernier à y rester plus longtemps et à différer leur départ en retraite pourrait être un autre moyen de réduire le nombre de recrutements nécessaires.

Bien qu'importante, l'offre de salaires et d'avantages compétitifs ne constitue pas une panacée

L'augmentation des salaires est un moyen de réduire le roulement du personnel (Smith et Baughman, 2007 ; Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande/Université d'Auckland ; Hotta, 2010a et 2010b). Ainsi, la Belgique, le Luxembourg, la République slovaque, la République tchèque, la France et la Nouvelle-Zélande ont récemment revalorisé les salaires. Dans ce dernier pays, la hausse a été plus forte dans le secteur de l'assistance à domicile que dans celui de l'accueil en établissement. La Slovénie, qui a déjà relevé les salaires de 10 à 15 % en 2008, prévoit une nouvelle hausse en 2011. Au Japon, le prix des services financés par l'assurance dépendance a été revalorisé de 3 % après des années de stagnation, ce qui a permis aux employeurs d'augmenter la rémunération de leurs salariés. L'Allemagne, où il n'existe pas de salaire minimum fédéral, a adopté un mécanisme qui garantit aux professionnels du secteur de la dépendance de percevoir au moins le salaire minimum

régional habituel. Aux États-Unis, des fonds fédéraux supplémentaires ont été alloués aux États afin de permettre des augmentations de salaire.

La revalorisation des salaires ne constitue toutefois pas une solution miracle. Au cours de la période 2003-08, alors que les salaires du secteur de l'accompagnement médico-social en Angleterre ont connu une hausse supérieure de 4 % à celle enregistrée dans d'autres secteurs (et supérieure de 20 à 30 % à celle appliquée à d'autres emplois peu rémunérés), le roulement du personnel est resté fort (Cangiano *et al.*, 2009b). Si elle ne s'accompagne pas d'autres mesures, une augmentation des salaires, même importante et structurelle, risque de n'avoir qu'un effet ponctuel en termes de recrutement et de fidélisation.

Il pourrait être envisagé de mieux prendre en compte l'expérience dans la rémunération. En principe, les conventions collectives définissent les différents niveaux des échelles de salaire en fonction du nombre d'années d'expérience. Dans les pays qui appliquent ce système, comme la Belgique, les Pays-Bas et la Suède, le personnel reste plus longtemps en poste. Les incitations financières ponctuelles, par exemple sous forme de primes, comme celles mises en place à titre expérimental aux États-Unis, n'ont pas réellement permis de réduire le roulement du personnel et le nombre de postes vacants, ni d'accroître la satisfaction dans l'emploi, parce qu'elles étaient d'un montant trop faible et soumises à l'impôt. Le Canada a testé des mécanismes non financiers permettant par exemple aux infirmiers et infirmières de consacrer 20 % de leur temps à la formation professionnelle.

L'accès à des avantages accessoires au salaire peut contribuer à fidéliser le personnel et à accroître sa satisfaction dans l'emploi. Dans certains pays de l'OCDE (comme le Danemark, l'Allemagne, la Belgique et les Pays-Bas), les conventions collectives définissent les conditions d'accès aux congés de maladie, à l'assurance santé, à la prise en charge des frais de transport entre le domicile et le lieu de travail ou entre différents lieux de travail (y compris l'indemnisation du temps de transport, notamment pour les personnes qui interviennent à domicile), aux indemnités de sujétion et à la rétribution des réunions d'équipe. Dans d'autres pays, ces conditions sont définies de façon contractuelle entre l'employeur et le salarié.

Il ressort de données relatives à l'Allemagne et à la Suède (BGW, 2007 ; Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2007) que l'accès à des avantages accessoires au salaire est corrélé à une satisfaction dans l'emploi élevée et à une faible propension des salariés à quitter leur emploi. En Suède, le taux de roulement s'établit à 5 %. Aux Pays-Bas, les avantages dont bénéficient les salariés, tels que revalorisation annuelle du salaire au titre de l'expérience professionnelle, indemnités de sujétion et indemnisation – limitée – des frais de transport engagés pour fournir les prestations d'aide et de soins à domicile, vont de pair avec une forte fidélité au secteur (van der Velde *et al.*, 2010). Aux États-Unis, la possibilité de bénéficier d'une assurance santé est apparue comme incitant indéniablement les travailleurs à ne pas quitter leur emploi (encadré 6.4). Toutefois, des analyses récentes ont aussi révélé que l'accès à une assurance santé n'avait pas d'incidence majeure à cet égard, tandis qu'une augmentation de 1 USD du salaire horaire pouvait accroître l'ancienneté du personnel de 2.1 mois et que l'accès à des prestations de retraite constituait lui aussi un facteur de fidélisation (Wiener *et al.*, 2009).

Encadré 6.4. **États-Unis : projets mis en œuvre pour améliorer le recrutement dans le secteur de la dépendance et mieux fidéliser les ressources humaines**

Au début des années 2000, les Centres fédéraux de prestation de services Medicare et Medicaid (CMS) ont financé dix projets expérimentaux visant à améliorer le recrutement et la fidélisation des travailleurs qui interviennent auprès de personnes dépendantes. Le programme « *Better Jobs, Better Care* » (BJBC), financé par la fondation Robert Wood Johnson et l'organisation Atlantic Philanthropies, visait à réduire des taux de vacance et de roulement élevés parmi ces travailleurs et à contribuer à l'amélioration qualitative des ressources humaines. Le programme a nécessité un investissement total de 25 millions USD. L'évaluation des résultats a permis de tirer les conclusions présentées ci-après et a notamment montré que le principal intérêt de ce type de dispositif résidait dans le fait qu'il montre aux salariés qu'ils sont appréciés à leur juste valeur.

	Effet sur :				
	Le roulement	Les postes vacants	La satisfaction dans l'emploi	L'intention de rester	La fidélisation
Assurance santé*	L'assurance santé joue un rôle essentiel en termes de fidélisation des travailleurs#				
Salaires# (Rémunération et avantages équitables, salaires compétitifs)			+		+
Présentation réaliste des emplois / campagnes de recrutement ciblées*	–	–	+	+	
	Accroît la satisfaction dans l'emploi des travailleurs qui ont de l'ancienneté.				
Présentation réaliste des emplois*	–	–			
	En particulier lorsque la présentation correspond au contenu du travail, est effectuée avant l'embauche et est associée à des initiatives post-embauche. Les actions de marketing direct ont suscité un afflux de candidatures ne correspondant pas au profil recherché.				
Accompagnement et encadrement relationnel#			+		+
	Nécessité d'une formation ciblée de l'encadrement.				
Tutorat par les pairs*	+	+			–
	Cause probable : absence de financement et de structure.				
Reconnaissance des travailleurs*	–	–	+		
Reconnaissance financière*	Les gratifications financières étaient faibles et ponctuelles, en particulier lorsqu'elles prenaient la forme de primes et non de revalorisations de salaire, d'autant plus qu'elles étaient imposables.				
Reconnaissance du mérite*		–	+	+	+
	La création d'une communauté plus large que l'organisme a offert aux travailleurs un dispositif de soutien, leur a donné un sentiment de fierté et d'identification à leur emploi.				
Formation*	+				
	Causes : problèmes de participation importants ; absence d'identification des besoins des travailleurs.				

Travailleurs plus âgés# : considérés comme plus stables et fournissant des prestations de meilleure qualité que leurs collègues plus jeunes. Ils préfèrent apparemment travailler à domicile (apporter un soutien plutôt qu'exécuter des tâches pratiques) et semblent contredire les préjugés relatifs à leur capacité physique.

Le vivier des proches et des amis# : une part importante de ceux qui prennent en charge un membre de leur famille en contrepartie d'une rémunération s'est dite intéressée par la perspective de continuer à travailler dans le secteur de la dépendance ; leur motivation de départ était souvent une envie de « changer le cours des choses ». Ceux qui continuent à s'occuper de personnes dépendantes mettent souvent en avant leur volonté « d'aider les autres » ou « d'avoir une influence sur la vie des autres ». Les membres de l'entourage familial ou amical qui n'ont pas continué à travailler dans le secteur de la dépendance gagnent généralement « plus » que dans leur fonction d'aidant rémunéré.

Encadré 6.4. **États-Unis : projets mis en œuvre pour améliorer le recrutement dans le secteur de la dépendance et mieux fidéliser les ressources humaines** *(suite)*

Encadrement# : un encadrement sous forme d'accompagnement (plutôt qu'un encadrement directif) et les manifestations de respect jouent un rôle essentiel en termes de satisfaction et de maintien dans l'emploi, ce qui semble montrer qu'il faut associer autonomie du personnel et efficacité de l'encadrement. Toutefois, beaucoup de membres du personnel d'encadrement se sentent mal préparés à cette fonction. Des recommandations claires ont été formulées pour que le personnel d'encadrement ait accès à une formation générale et professionnelle.

Satisfaction dans l'emploi# : une satisfaction dans l'emploi élevée est corrélée à un faible roulement du personnel et à des relations de qualité au sein du personnel.

Carrière# : plus de la moitié des travailleurs intervenant auprès de personnes dépendantes ont déclaré vouloir quitter leur emploi dans les trois années à venir ; parmi eux, la moitié a exprimé le souhait de devenir infirmière ou infirmier auxiliaire (ou autorisé).

Qualité de la prise en charge# : plus les effectifs sont impliqués dans leur travail, meilleure est la qualité de la prise en charge qu'ils assurent.

Actions de fidélisation# : la désignation d'un « spécialiste de la fidélisation » (par exemple d'une équipe formée ayant du temps à consacrer à cette fonction et bénéficiant d'un soutien financier et administratif) a été perçue plus positivement par le personnel administratif.

Formation initiale# : est souvent perçue comme insuffisante ; elle devrait durer plus longtemps et être axée sur les tâches pratiques, l'aptitude à la communication et la capacité à faire face aux problèmes de comportement.

Formation continue (organisée par l'employeur)# : devrait être conçue pour être adaptée à la situation de tous les salariés, être souple, aborder des thèmes comme la communication et le travail en équipe, avoir lieu dans un contexte de stabilité de l'encadrement et s'accompagner de l'adhésion des équipes de direction ainsi que d'une coordination claire.

Compétence culturelle# : il est important d'instaurer un principe de tolérance zéro vis-à-vis du racisme et de former le personnel aux questions liées à la diversité culturelle et à la compétence culturelle, y compris à la communication non verbale et à la communication avec les résidents et les membres de leur famille. Une meilleure compétence culturelle va de pair avec une satisfaction dans l'emploi plus élevée.

*Source : ** : Engberg *et al.* (2009) ; *#* : Livingston (2008).

Mettre en œuvre des politiques attentives aux salariés

Le jugement très positif que beaucoup de travailleurs du secteur de la dépendance portent sur leur travail contraste fortement avec les taux de roulement élevés observés dans le secteur. Selon une étude relative au personnel infirmier en Europe, les infirmiers et infirmières qui ont le sentiment d'être capables de dispenser les soins qu'ils jugent nécessaires sont moins exposés au risque d'épuisement professionnel (Schoot *et al.*, 2003) ; par ailleurs, de bonnes conditions de travail incitent le personnel à rester en poste (Hasselhorn *et al.*, 2005). Les politiques attentives au personnel accroissent les chances que ce dernier se sente valorisé dans son travail, et lui permettent de jouir d'une plus grande autonomie. Aux États-Unis, deux grands projets expérimentaux ont démontré que la mise en œuvre d'un ensemble de mesures était susceptible d'accroître la satisfaction des salariés et de les fidéliser, dans la mesure où ces derniers ont le sentiment que leur travail est apprécié à sa juste valeur (encadré 6.4). Ces mesures doivent tenir compte à la fois de la situation personnelle du travailleur et d'aspects ayant trait à l'organisation et à la communication. Un exemple de politique mise en place en Allemagne est présenté à l'encadré 6.5.

Les efforts déployés pour fidéliser les travailleurs du secteur de la dépendance, en particulier le personnel infirmier, seraient plus efficaces s'ils étaient mis en œuvre dès le début de la formation ou de l'exercice de l'activité et lorsque les travailleurs ont une perspective de durée d'occupation de leur emploi plus longue. Aux États-Unis (encadré 6.4) et au Japon (Hotta, 2010), les organisations qui sont à l'écoute des besoins de leurs salariés, c'est-à-dire par exemple qui proposent un encadrement sous forme d'accompagnement,

Encadré 6.5. **Allemagne : initiatives visant à l'amélioration du travail dans le secteur de la dépendance**

L'Initiative pour une nouvelle qualité du travail (*Initiative Neue Qualität der Arbeit*, INQA) est mise en œuvre conjointement par les autorités fédérales, les *Länder*, les institutions d'assurance sociale, les partenaires sociaux et le secteur privé. Ces partenaires entendent favoriser une amélioration de la qualité du travail et des conditions de travail et promouvoir la mise en œuvre de politiques des ressources humaines attentives au personnel dans le secteur des services, notamment dans celui de la santé et de la prise en charge de la dépendance. L'INQA stimule le débat public, organise des transferts de connaissances, soutient des projets innovants et attire l'attention des médias sur des exemples de bonnes pratiques. Elle organise un concours annuel du meilleur employeur dans le secteur de la santé et de la prise en charge de la dépendance en coopération avec l'Association professionnelle des services de santé et des services sociaux (*Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege*, BGW). La BGW – chargée de la gestion du régime légal d'assurance accidents du travail pour plus de six millions d'assurés – a pour principal objectif la prévention des accidents du travail, des maladies professionnelles et des risques de santé liés au travail.

En 2007, l'INQA a réalisé une brochure qui recense les conditions de nature à promouvoir la santé du personnel dans le secteur de la dépendance, au nombre desquelles figurent la prévention de la surcharge de travail, l'attention au personnel, l'établissement d'une culture de coopération et de bonne santé au travail, le renforcement de la communication au sein de l'organisation ainsi qu'avec les personnes prises en charge et leur famille, l'attention aux personnes prises en charge, le développement des compétences individuelles, la mise en place d'un cadre de travail favorable à la santé et la flexibilité.

La Stratégie commune pour la protection des travailleurs (*Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie, GDA)*, née de la coopération entre différents partenaires au niveau fédéral et à l'échelon des *Länder*, vise aussi le secteur de la prise en charge de la dépendance, en particulier la prévention des troubles musculo-squelettiques et des tensions psychologiques et l'amélioration de la sécurité. Elle offre notamment des outils d'auto-évaluation en ligne pour la mise en place d'actions de prévention, forme le personnel d'encadrement à l'évaluation des risques et organise des réunions d'information régionales destinées à sensibiliser les salariés à l'importance de la prévention et à améliorer leurs connaissances en matière de santé.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, 2009-10.

renforcent les échanges relatifs au travail et mettent en place des actions de formation continue, parviennent à conserver plus longtemps leur personnel. Selon une enquête répétée auprès d'infirmiers et infirmières à domicile en Californie, l'ancienneté est la principale variable explicative de l'intention de rester dans le poste (Ellenbecker *et al.*, 2009).

Des stratégies de gestion des ressources humaines adaptées se traduisent par une diminution des tensions liées au travail et par une amélioration du bien-être des personnes prises en charge. Au Japon, pour les effectifs qui travaillent en établissement médicalisé de long séjour, les possibilités de tutorat au sein de l'établissement et les mécanismes de rémunération au mérite sont corrélés négativement au degré de tension psychologique. Les tensions sont également moindres lorsque les travailleurs ont la possibilité d'être informés sur les méthodes de gestion de l'établissement, les stratégies de prise en charge

et les réformes du secteur de la dépendance (Hotta, 2010a et 2010b). En outre, l'évaluation des performances et l'attribution de responsabilités sont aussi associées à une diminution de l'épuisement professionnel et renforcent ainsi la confiance du personnel (Hotta, 2007 ; 2010a et 2010b). D'autres études montrent que les mécanismes d'évaluation du personnel, l'offre de perspectives de carrière, les mesures facilitant la conciliation de la vie professionnelle et familiale (Suga, 2007) et l'implication des salariés dans le processus de décision (Matsui, 2004) entraînent une diminution des tensions psychologiques, même si l'approche à privilégier varie apparemment selon le type d'établissement (Jeong Jang, 2007 ; Nagami et Kuroda, 2007).

La reconnaissance des salariés, en particulier sur la base du mérite (y compris l'appartenance à une organisation professionnelle ou à un syndicat) a souvent des effets positifs. Les pays qui ont un système de dialogue social développé et un système structuré de reconnaissance des besoins des salariés, comme les Pays-Bas, la Norvège et la Suède, parviennent mieux à fidéliser leur personnel que ceux qui ne disposent pas d'un système développé de dialogue structurel. Aux Pays-Bas, les effectifs du secteur de la dépendance ont mis au point un nouveau concept pour la fourniture d'aide et de soins et ont créé un nouveau modèle d'organisation *(Buurtzorg Nederland)* qui permet d'améliorer la qualité des services tout en reconnaissant les travailleurs du secteur (encadré 6.6).

Encadré 6.6. ***Buurtzorg Nederland* : laisser plus d'autonomie aux travailleurs du secteur aux Pays-Bas ?**

Buurtzorg Nederland est un organisme prestataire d'aide et de soins qui offre des services de grande qualité et laisse le plus d'autonomie possible aux travailleurs du secteur. Selon cet organisme, le déploiement du concept sur l'ensemble du territoire national permettrait de réaliser des économies tout en améliorant la qualité. Ce modèle repose sur des équipes autonomes ; l'encadrement et les services de soutien sont réduits au strict minimum et les frais de fonctionnement sont limités au coût d'un processus informatif optimal reposant sur des technologies de l'information et de la communication (TIC) particulièrement performantes.

L'organisme a été créé en 2007 ; en septembre 2010, on dénombrait 260 équipes composées de 1 700 travailleurs dotés d'une qualification professionnelle de niveau supérieur et de 1 000 travailleurs dotés de qualifications de niveau intermédiaire. Le nombre de clients approche actuellement 35 000 et ce concept suscite un vif intérêt en Belgique, en Suède, en Suisse, au Japon et aux États-Unis.

Source : Informations fournies par Buurtzorg Nederland.

Créer des parcours individuels et adopter des politiques tenant compte de l'âge

Ces politiques visent à aider les travailleurs à mieux concilier travail et contraintes de la vie privée. Elles peuvent faire partie intégrante de politiques de l'emploi en général mais aussi, compte tenu de la composition par sexe des effectifs du secteur de la dépendance et de la pénibilité de leurs conditions de travail, avoir une portée sectorielle. La difficulté à concilier activité professionnelle et prise en charge d'un parent âgé ou d'un enfant empêche 40 % des femmes qui travaillent à temps partiel d'augmenter leur temps de travail (OCDE, 2004). Bien que les travailleurs plus âgés du secteur de la dépendance semblent mieux reconnus que leurs collègues plus jeunes, la mise en place de politiques de l'emploi

adaptées à l'âge – qui tiennent compte des conséquences de l'âge – revêt de plus en plus d'importance que les ressources humaines du secteur de la dépendance vieillissent.

Sécurité au travail

Un salarié en mauvaise santé risque de ne pas être en mesure de fournir l'aide et les soins nécessaires, et de mettre en danger la santé de la personne qu'il prend en charge. Les mesures d'hygiène et de sécurité du travail visent à prévenir les accidents du travail et les maladies professionnelles. Étant donné les risques professionnels auxquels est exposé le personnel du secteur de la dépendance, il est indispensable de mettre en place des politiques destinées à l'épauler, comme celles décrites à l'encadré 6.5 concernant l'Allemagne. Ces politiques, qui peuvent prendre la forme d'une obligation pour le personnel d'utiliser des équipements spécifiques, consistent de façon plus générale à effectuer un suivi des capacités fonctionnelles, de l'état psychique et de la santé des travailleurs. Ces mesures d'hygiène et de sécurité revêtent encore plus d'importance dans le secteur de l'assistance à domicile, où il est aussi plus difficile de les mettre en œuvre et de veiller à leur application sans ingérence dans la vie privée du bénéficiaire de l'aide.

Organisation et méthodes de travail

La gestion des structures d'aide et de soins aux personnes dépendantes pâtit souvent d'un manque de qualité et d'efficacité, qui porte préjudice au personnel comme aux personnes dont il s'occupe. Certains pays tentent donc de remédier à cette situation (tableau 6.1). En Suède par exemple, les pouvoirs publics ont récemment lancé un programme sur l'encadrement et la gouvernance destiné au cadres du secteur de la dépendance.

En outre, beaucoup de travailleurs du secteur n'ont pas la possibilité de donner leur avis sur la planification de l'aide et des soins et sur l'attribution des tâches, alors même qu'ils sont les intervenants jouissant du contact le plus direct avec les bénéficiaires d'aide et de soins. Plusieurs solutions, par exemple la mise en place d'équipes autogérées chargées de planifier et de répartir les tâches en fonction des besoins des bénéficiaires, pourraient être envisagées pour permettre au personnel d'exprimer davantage son opinion. Le tutorat et l'accompagnement professionnel peuvent aussi – s'ils sont bien organisés – motiver les salariés tout en leur permettant d'acquérir des connaissances de manière informelle. Les politiques de gestion des ressources humaines qui se sont révélées efficaces en matière de fidélisation du personnel infirmier sont aussi applicables aux personnels moins qualifiés. Ces politiques portent sur l'organisation des heures supplémentaires, l'aménagement du temps et des horaires de travail, la conciliation des obligations familiales et professionnelles, les congés et la rémunération, la santé et le bien-être, le cadre de travail et la sécurité, l'instauration d'une culture d'entraide au sein de l'entreprise, le soutien des syndicats et du personnel d'encadrement. L'établissement d'une relation de confiance entre le salarié et son employeur et la qualité des méthodes de gestion des ressources humaines contribuent à fidéliser le personnel (Simoens *et al.*, 2005). Apparemment, les politiques fondées sur l'amélioration du cadre de travail mises en œuvre par le Japon pour favoriser la stabilité du personnel dans le secteur de la dépendance exigent aussi un changement au niveau de la gestion des ressources humaines. Il pourrait être envisagé d'inciter le personnel d'encadrement à travailler différemment, par exemple en épaulant le personnel et en lui donnant les moyens de remplir son rôle, au lieu de fonctionner selon une logique strictement hiérarchique. Cependant, les cadres du secteur de la dépendance manquent souvent de compétences professionnelles.

En Angleterre, l'association nationale pour l'amélioration des compétences dans le secteur de l'accompagnement médico-social *(National Skills Academy for Social Care)*, créée en 2009, a pour mission de fournir des données sur les besoins d'amélioration de l'encadrement du secteur de la dépendance et de proposer des solutions pour y répondre. Elle a en particulier vocation à offrir une aide en matière de formation aux prestataires de petite taille et de taille moyenne, qui disposent de budgets limités à consacrer à cette activité. Elle a également mis au point des formations pour les employeurs et gère un régime d'accréditation afin d'uniformiser la qualité de la formation assurée par les employeurs du secteur. En 2010, désirant mettre l'accompagnement médico-social à l'honneur, elle a accueilli la finale du concours *Worldskills UK Caring Competition*, dans lequel des travailleurs de la prise en charge de la dépendance étaient en compétition dans le cadre de jeux de rôle (www.nsasocialcare.co.uk). Quant à l'Allemagne, elle organise un concours du meilleur employeur du secteur de la dépendance. L'encadré 6.6 présente un modèle d'organisation des ressources humaines récemment appliqué avec succès aux Pays-Bas.

Former le personnel du secteur de la dépendance : apprentissage tout au long de la vie et employabilité

Formation initiale

Selon le niveau du poste et le pays, les possibilités de formation initiale aux métiers de la dépendance peuvent être limitées (chapitre 5). L'offre de formation spécialisée (professionnelle) étant insuffisante, beaucoup de travailleurs peuvent être mal préparés à la prise en charge des personnes dépendantes lorsqu'ils commencent à exercer cette activité. Or ce travail, qui peut être pénible sur les plans physique, émotionnel et psychologique, exige un savoir-faire. En outre, les avancées technologiques et le recours aux TIC sont susceptibles de faire évoluer les tâches. Des personnels mal préparés risquent de ne pas être en mesure de faire face aux difficultés que pose la prise en charge des personnes dépendantes, ce qui peut se répercuter sur la qualité de l'aide et des soins et sur la stabilité du personnel. Ainsi, au Japon, il est apparu que la formation et l'acquisition de compétences dans le domaine de l'aide et des soins étaient associées à une diminution de l'épuisement professionnel et à une amélioration des relations entre collègues (Hotta, 2007 ; 2010a et 2010b).

L'Autriche et l'Allemagne, y compris les autorités régionales, ont adopté des normes nationales applicables aux travailleurs du secteur de la dépendance. L'accord autrichien sur les métiers de l'accompagnement médico-social, transposé dans la législation régionale début 2009, prévoit la mise en place d'un vaste système de formation aux professions médico-sociales et vise à resserrer les liens entre ces professions. Pour renforcer l'attrait de ces métiers, la loi introduit davantage de flexibilité et de mobilité sur le marché du travail. L'Allemagne a pris ce type de mesures pour les infirmières et infirmiers gériatriques (2004) et a, en 2008, créé une nouvelle catégorie professionnelle dans les établissements médicalisés de long séjour, à savoir la profession d'assistant chargé de l'aide à l'accomplissement des AVQ. Ces nouveaux professionnels ont spécifiquement pour mission d'aider les personnes souffrant de démence et de maladies connexes. Quant aux États-Unis, ils vont s'efforcer, dans le cadre de mesures prévues par la réforme du système de santé, d'améliorer les compétences fondamentales des travailleurs qui interviennent auprès de personnes dépendantes (Harahan et Stone, 2009).

Formation générale et professionnelle continue

L'innovation en matière de formation est un moyen d'attirer davantage de ressources humaines et de les fidéliser (Dill *et al.*, 2010), mais peut aussi, si leurs attentes, souhaits et contraintes sont insuffisamment pris en compte, entraîner une accélération du roulement des effectifs. La gestion stratégique des organismes qui interviennent dans le champ de la dépendance accorde souvent peu de place à la formation et à l'épanouissement du personnel, et les besoins individuels des salariés ne sont pas suffisamment pris en compte (Ministère des Affaires sociales et de la Santé de la Finlande, 2004). En outre, même lorsque ces aspects sont pris en considération, la formation vise souvent à permettre une adaptation à l'évolution des tâches plutôt qu'à améliorer les niveaux de qualification. En témoigne la faiblesse de la mobilité ascendante, alors même que la différence de qualification initiale exigée entre deux niveaux d'emploi est parfois limitée (par exemple une année d'étude supplémentaire pour accéder à un emploi de niveau supérieur).

Plusieurs pays, dont l'Australie, la France, la Nouvelle-Zélande et la Suisse, s'efforcent cependant de favoriser la formation des effectifs du secteur de la dépendance. L'Allemagne a récemment alloué des fonds publics supplémentaires pour financer la troisième et dernière année de formation des seniors qui veulent se reconvertir dans le secteur de la dépendance, alors qu'elle ne finançait auparavant que les deux premières années. Les États-Unis ont eux aussi pris des mesures pour aider les travailleurs à accéder à une qualification plus élevée. Il n'en reste pas moins que les travailleurs du secteur de la santé ont vraisemblablement plus facilement accès à une formation spécialisée – continue – que leurs collègues du secteur de la dépendance. Comme l'illustre l'exemple des Pays-Bas (Verkaik *et al.*, 2010a), les travailleurs peu qualifiés qui interviennent à domicile, en particulier, ont peu accès à la formation continue.

La définition de stratégies de formation différenciées pourrait être nécessaire pour relever le niveau de formation des différentes catégories de personnels. Parmi les autres solutions envisageables figurent des modalités de formation souples et adaptées aux salariés, et notamment la formation en ligne. Certains pays pourraient tirer parti de la proportion relativement élevée que représentent les travailleurs très qualifiés – mais sans formation spécifique à la prise en charge de la dépendance – pour mettre en place des programmes de formation ciblés. L'Allemagne et les Pays-Bas valident par exemple les compétences déjà acquises, dispensant les personnes qui ont les connaissances, les compétences et l'expérience requises d'une partie du cursus de formation professionnelle. L'Australie cherche à réengager les infirmières et infirmiers auxiliaires, et à leur permettre d'acquérir des compétences pour travailler dans le secteur de la dépendance et de se qualifier pour accéder au titre d'infirmière ou infirmier diplômé autorisé. Il sera sans doute nécessaire de mobiliser des moyens supplémentaires pour que les travailleurs dont le niveau d'instruction est faible soient plus nombreux à se former, dans la mesure où ils sont moins conscients des retombées économiques positives de la formation. Il pourrait par exemple être envisagé de les aider à surmonter leur appréhension face aux examens et de leur offrir orientation et conseils (Fouarge *et al.*, 2010). Il pourrait donc être nécessaire d'offrir aux travailleurs peu qualifiés des modalités de formation différentes de celles proposées aux professionnels plus qualifiés.

Dans certains pays, on distingue les différentes activités du secteur de la dépendance en fonction de la complexité des tâches accomplies et responsabilités assumées. Le roulement semblant plus fort au niveau des emplois peu qualifiés, il serait envisageable

d'encourager les travailleurs qui occupent ces postes à accomplir des tâches plus complexes en leur proposant une formation ciblée. Les salariés chargés de ces tâches plus complexes pourraient alors eux-mêmes être incités à se former davantage. Les États-Unis ont testé avec succès ce système « d'échelle de formation ». Une telle démarche pourrait, *in fine*, contribuer à réduire les pénuries de personnel.

Ouvrir des perspectives de carrière dans le secteur de la dépendance

Les emplois du secteur de la dépendance n'offrant pas de perspectives dans la plupart des pays, faire carrière exige de se former. L'Autriche a, à cette fin, mis en place un système de formation composé de modules qui offre une grande souplesse et crée des passerelles entre les métiers. La France investit elle aussi dans des solutions de professionnalisation et le Royaume-Uni dans des parcours professionnels. Toutefois, il existe pour l'heure peu de données sur les résultats de ces initiatives.

Il peut être difficile de trouver le juste équilibre entre les exigences du travail et la mise au point de solutions destinées à permettre aux salariés de progresser sur les plans professionnel et personnel. L'intégration des tâches, qui permet de créer des postes plus attrayants et d'éviter le cloisonnement des emplois, est une autre voie à explorer pour accroître la satisfaction dans l'emploi et fidéliser le personnel (Oschmiansky, 2010). Aux États-Unis, les participants au projet *Green House* doivent apporter une aide et des soins plus complets – intégrant concrètement l'aide à l'accomplissement des AVQ et des AIVQ. Cette démarche a permis de réduire la fragmentation des tâches et d'améliorer la continuité des liens entre le professionnel et la personne dont il s'occupe. Le système est rentable parce qu'il permet de réduire le roulement du personnel et le besoin de personnel d'encadrement de niveau intermédiaire, bien que les travailleurs – mieux formés – perçoivent une rémunération supérieure à celle d'un infirmier auxiliaire agréé. En Belgique, le personnel infirmier qui exerce dans le secteur de la dépendance aide aussi à l'accomplissement des AVQ.

Il n'en reste pas moins que l'amélioration des perspectives de carrière dans le secteur de la dépendance pourrait nécessiter un changement d'approche. La professionnalisation du secteur se heurte en effet à quatre obstacles. Premièrement, les travailleurs à temps partiel – très nombreux dans le secteur – ne constituent pas le public le plus susceptible d'être incité par les employeurs à participer à des actions de formation ou de professionnalisation. Deuxièmement, une fraction très importante de la main-d'œuvre du secteur de la dépendance est composée de personnes relativement âgées. Or les seniors non plus ne sont pas visés en priorité par les actions de formation ciblées (qualifiantes) proposées par les employeurs ; ce n'est pas davantage parmi eux que l'on trouve le plus de personnes *motivées* par cette démarche. Au Royaume-Uni, les seniors qui travaillent dans le secteur de l'accompagnement médico-social des adultes sont souvent perçus comme manquant de souplesse et ayant des connaissances obsolètes (Hussein, 2010). De plus, il n'est pas établi qu'il soit possible de faire carrière à un âge avancé. Troisièmement, dans beaucoup de pays, les femmes accordent en moyenne moins d'importance que les hommes à leur carrière et ont donc moins de chances de s'engager dans une démarche de formation ciblée (et qu'on leur *propose* une telle formation). Enfin, comme évoqué précédemment dans ce chapitre, il est possible que les travailleurs peu qualifiés du secteur de la dépendance ne s'engagent pas dans une démarche qualifiante parce qu'ils ne se pensent pas capables de suivre une formation ou de réussir.

6.5. Peut-on améliorer la productivité des effectifs du secteur de la dépendance ?

Il existe peu d'outils clairement définis et largement reconnus d'amélioration de la productivité dans le secteur de la dépendance et les données sur leur impact sont également rares. Seuls quelques pays indiquent avoir adopté des mesures pour accroître la productivité des travailleurs concernés. Le Canada fait état de quelques expériences de fourniture de soins à domicile à distance qui ont permis une diminution du nombre d'hospitalisations et amélioré l'autonomie des personnes prises en charge et la satisfaction du personnel. Aux Pays-Bas, la plateforme pour l'innovation dans le domaine des soins de santé a pour but de stimuler l'innovation dans ce secteur, et le « programme de transition » vise à améliorer la coordination de l'aide et des soins au moyen de communications d'écran à écran et d'une surveillance assurée à l'aide d'appareils vidéo et de capteurs. En République tchèque, les personnes âgées vivant à leur domicile peuvent bénéficier de soins d'urgence. Les autres pays considèrent que la productivité est un enjeu important mais ont, au mieux, peu de résultats à rapporter. Aussi limitées soient-elles, les initiatives prises par les différents pays montrent qu'il est possible de réaliser des gains de productivité dans le secteur de la dépendance, même si des questions subsistent quant aux moyens à mettre en œuvre pour y parvenir.

Le renforcement du rôle des technologies est souvent considéré comme une solution de choix pour améliorer la qualité des services et les mettre à la portée des usagers, renforcer la coordination des prestations d'aide et de soins et offrir des prestations plus personnalisées, mais aussi accroître la productivité des salariés et améliorer la communication. L'une des questions qui se pose à cet égard est de savoir si les effectifs peuvent travailler de façon plus « intelligente ». L'acquisition de compétences supplémentaires et les outils technologiques peuvent les aider à faire face de façon plus efficace aux exigences de leur travail. Il est aussi possible d'automatiser les tâches administratives et de réaliser ainsi des économies substantielles au niveau des frais de fonctionnement, ainsi que d'utiliser des technologies modernes, comme les téléphones intelligents, en particulier dans le secteur de l'aide à domicile, pour réduire l'importance des formalités administratives et resserrer les liens entre les bénéficiaires d'aide et de soins, leur famille et l'aidant. Toutefois, les progrès technologiques peuvent accroître les tensions professionnelles et la charge de travail (Evers *et al.*, 2009) ; en outre, la volonté d'évoluer vers des organisations de petite taille et peu hiérarchisées, caractérisées par des frais de fonctionnement peu élevés, peut parfois être incompatible avec les obligations de surveillance et l'application de normes cliniques.

L'autre question qui se pose est de savoir si les gains de productivité permis par l'utilisation des technologies et la réorganisation du travail sont compatibles avec les objectifs d'amélioration de la qualité. Aux Pays-Bas par exemple, les gains de productivité réalisés dans le domaine de l'aide aux personnes âgées sont allés de pair avec une dégradation de la qualité (van der Windt *et al.*, 2009). Toutefois, il n'y a pas nécessairement à faire un choix entre productivité et qualité : il est possible de réaliser des progrès sur les deux plans en utilisant plus judicieusement les technologies pour améliorer les modalités de prise en charge et la qualité de l'aide et des soins. Ainsi, la mise en place de dossiers médicaux électroniques *(Electronic Medical Records)* dans les établissements médicalisés de long séjour de la région de New York a permis, en l'espace d'une année, des gains de temps et une diminution des erreurs médicales, une amélioration de la capacité à recruter, une réduction des conflits au travail et une amélioration de la communication entre le personnel et l'encadrement (Lipsky et Avgar, 2009).

Ces expériences montrent qu'il va peut-être falloir faire évoluer les modalités de prise en charge de la dépendance et adopter de nouveaux modes de pensée et des solutions inédites. Ainsi, dans certains cas, faire bénéficier le patient d'un service de transport aller-retour entre son domicile et un dispensaire est moins onéreux que la visite à domicile d'une infirmière (synonyme de temps de travail coûteux) et aboutit à un ratio patient-personnel infirmier plus élevé pour une qualité équivalente. Le changement risque cependant de prendre du temps. Dans beaucoup de pays, le secteur de la dépendance est fragmenté, ce qui ralentit la pénétration et la diffusion des innovations de technologies et de procédés. Il s'agit d'un secteur traditionnel, qui innove peu, dans le domaine des technologies comme dans celui des ressources humaines. C'est la raison pour laquelle les Pays-Bas ont mis en place la plateforme pour l'« innovation dans le domaine des soins de santé », censée accélérer le processus d'innovation et améliorer la qualité des soins en favorisant une démarche « d'innovation sociale » continue de la part des prestataires et des investissements dans les technologies économiques en main-d'œuvre, en particulier les TIC et la domotique (Ministère de la Santé, des Affaires sociales et des Sports des Pays-Bas, 2007).

L'utilisation des technologies ne constitue toutefois pas une panacée. Par exemple, le recours à la télésurveillance ne permet pas toujours de remplacer le personnel dans le cas des patients souffrant de démence et peut poser des problèmes d'éthique, notamment liés à la confidentialité (Depla *et al.*, 2010). Une vaste étude clinique a montré que la télésurveillance n'améliorait pas le sort des patients atteints d'insuffisance cardiaque (Sarwat *et al.*, 2010). Plus généralement, on manque de données scientifiques sur le rapport coût-efficacité de la plupart des technologies utilisées dans la prise en charge de la dépendance, ces technologies faisant rarement l'objet d'études cliniques aléatoires, en particulier lorsqu'elles sont utilisées à domicile (Rand Health, 2010).

6.6. Conclusion

Le pourcentage de la population active qui travaille dans le secteur de la dépendance étant encore relativement faible dans la plupart des pays de l'OCDE, il existe apparemment un potentiel de croissance. Ce secteur peut attirer la main-d'œuvre féminine, dont le taux d'activité augmente, parce qu'il offre des possibilités de travail à temps partiel et une certaine souplesse conformes aux attentes de nombreuses femmes. Toutefois, le taux de roulement élevé observé témoigne d'une difficulté à fidéliser le personnel. Par conséquent, les mesures destinées à soutenir le personnel pourraient servir les intérêts non seulement des travailleurs eux-mêmes, mais aussi du secteur.

Il existe des solutions pour étoffer les effectifs du secteur de la dépendance. L'Allemagne et le Japon, qui font partie des pays de l'OCDE où le processus de vieillissement démographique est le plus rapide, ont même réussi à développer rapidement leurs systèmes de prise en charge de la dépendance et à augmenter le nombre de travailleurs qui exercent dans ce secteur. Dans le même temps, les Pays-Bas – un pays « âgé » où les ressources humaines du secteur de la dépendance sont abondantes – prévoient de faire appel à des travailleurs nés à l'étranger pour pallier les pénuries de main-d'œuvre auxquelles ils seront confrontés à l'horizon 2025.

Le secteur de la dépendance va devoir relever un certain nombre de défis en matière de ressources humaines. Les sociétés vieillissant et la demande d'aide et de soins augmentant, il va se trouver en concurrence avec d'autres segments du marché du travail pour attirer une main-d'œuvre peu abondante. Si certains pays comme l'Allemagne s'attendent à disposer d'une offre de main-d'œuvre peu qualifiée excédentaire, la complexité croissante

de la situation des personnes dépendantes va exiger de plus en plus de compétences. Il sera donc d'autant plus indispensable d'accroître l'attrait du secteur, au moment même où l'augmentation de la prévalence de la démence aggravera son déficit d'image.

Le recours probable aux travailleurs migrants dans certains pays de l'OCDE risque d'avoir des retombées sur la qualité de l'assistance apportée si les mesures visant à valoriser les ressources humaines ne touchent pas aussi cette catégorie de travailleurs, en particulier ceux qui entendent travailler temporairement dans le secteur de la dépendance, sans intention d'y faire carrière. Certains de ces travailleurs risquent de ne pas avoir les compétences linguistiques requises pour tirer parti des actions de fidélisation et de professionnalisation des ressources humaines, en particulier si la prise en charge des personnes dépendantes devient une activité de plus en plus complexe.

Les actions visant à soutenir les travailleurs du secteur de la dépendance dans leur vie professionnelle et personnelle et à valoriser leur activité présentent un intérêt indéniable en termes de satisfaction dans l'emploi, de roulement des effectifs et d'intention du personnel de rester en poste. Toutefois, ces mesures, comme celles destinées à pallier les pénuries de main-d'œuvre, risquent d'avoir une incidence sur le coût de la prise en charge de la dépendance, ce qui va mettre les finances publiques, déjà soumises à d'importantes contraintes, à plus rude épreuve encore.

La diversification des modalités d'emploi dans le secteur de la dépendance est à l'origine d'un certain nombre de problèmes. Premièrement, lorsqu'ils ne sont pas encadrés, les systèmes de prestations en espèces favorisent le travail au noir. Le deuxième problème a trait au moyen de faire participer les travailleurs en situation illégale – employés au noir –, les travailleurs indépendants et les aidants familiaux rémunérés par l'intermédiaire de prestations en espèces aux programmes visant à fidéliser les ressources humaines et à améliorer la qualité et la sécurité dans le secteur de la dépendance. Le troisième problème a trait aux conditions de travail de ces différentes catégories de travailleurs.

La formation générale et professionnelle (pratique) continue est un moyen très utilisé pour épauler et fidéliser les effectifs du secteur de la dépendance, mais a d'abord vocation à les aider à faire un travail de meilleure qualité et n'a généralement pas pour but de relever les niveaux de qualification ou d'ouvrir des perspectives de carrière. En outre, le coût et le contenu de la formation, le temps qu'elle mobilise et, dans certains cas, l'appréhension face aux examens, peuvent dissuader les travailleurs d'y participer. Si les actions de formation ne vont pas de pair avec une amélioration des perspectives de carrière, elles risquent d'avoir un impact limité sur la volonté d'entrer et de rester dans le secteur de la dépendance, même si elles tiennent compte des besoins du personnel et leur permettent de mieux accomplir leur travail. Dans beaucoup de pays, la mise en place de mécanismes d'accréditation pourrait incontestablement constituer un progrès et renforcer l'attrait de la formation. La formation générale et professionnelle continue est susceptible de servir les intérêts des salariés comme ceux des employeurs. On ne dispose toutefois d'aucune donnée sur l'intérêt réel de l'accréditation de la formation continue liée à la prise en charge de la dépendance.

Dans bon nombre de pays, il sera probablement nécessaire de transformer l'organisation du travail et la culture professionnelle pour mieux répondre aux attentes et besoins des travailleurs et des personnes prises en charge. Bien qu'ils risquent d'être lourds et parfois difficiles à mettre en œuvre, ces changements pourraient avoir des retombées réellement positives en termes de satisfaction dans l'emploi, de fidélisation du personnel et de qualité de la prise en charge.

En l'absence d'évolution des modes de production, beaucoup de pays vont rencontrer des difficultés pour répondre aux futurs besoins de main-d'œuvre, d'autant plus que le vivier que constitue la main-d'œuvre féminine est appelé à se contracter. Il est donc nécessaire d'améliorer et de diversifier les efforts déployés pour attirer des ressources humaines et de faire évoluer les modes actuels de production des soins, qui sont à forte intensité de main-d'œuvre, par exemple à travers une augmentation de la productivité.

Notes

1. *www.neue_wege_fuer_jungs.de/Neue_Wege_fuer_Jungs/Das_Projekt* (en allemand uniquement).
2. Bon nombre de ces employés de maison peuvent apporter une assistance aux personnes dépendantes.
3. *http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=INVPT_I*. En 2000, ce pourcentage était de 13 %.

Bibliographie

AAHSA et IFAS (2007), « The Long-term Care Workforce: Can the Crisis be Fixed? Problems, Causes and Options », Document établi pour la American Association of Homes and Services for the Aging and the Institute for the Future of Aging Services National Commission for Quality Long Term Care, Washington D.C.

ACTiZ (2010), « Transitie naar toekomstbestendige zorg, Inizchten vanuit de benchmark zorg 2010 », ACTiZ, Utrecht.

Afentakis, A. et T. Maier (2010), « Projektionen des Personal-bedarfs und -angebotes in Pflegeberufen bis 2025 », *Wirtschaft und Statistik*, vol. 11/2010, Statistisches Bundesamt, pp. 990-1002.

Aiken, L.H. et R. Cheung (2008), « Nurse Workforce Challenges in the United States: Implications for Policy », Document de travail de l'OCDE sur la santé n° 35, Éditions de l'OCDE, Paris, *www.oecd.org/dataoecd/34/9/41431864.pdf*.

Antonopoulos, R., K. Kim, T. Masterson et A. Zacharias (2010), « Investing in Care: A Strategy for Effective and Equitable Job Creation », Working Paper n° 610, Levy Economics Institute of Bard College, Annondale on Hudson, *www.levyinstitute.org/pubs/wp_610.pdf*.

Badkar, J. (2009), *The Future Demand for Paid Caregivers in a Rapidly Ageing Society*, Department of Labour, Wellington.

BGW (2007), *Sieht die Pflege bald alt aus? BGW-Pflegereport 2007, Stand 08/2007,* Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), Hambourg.

Bourgeault, I. *et al.* (2009), *The Role of Immigrant Care Workers in an Aging Society: The Canadian Context & Expérience,* Université d'Ottawa.

Buchan, J. et L. Calman (2008), « Skill Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles », Document de travail de l'OCDE sur la santé n° 17, Éditions de l'OCDE, Paris, *www.oecd.org/dataoecd/30/28/33857785.pdf*.

Cangiano, A., I. Shutes et S. Spencer (2009b), « Memorandum to Social Care Inquiry », ESRC Centre on Migration, Policy and Society (COMPAS), Université d'Oxford, novembre.

Cangiano, A., I. Shutes, S. Spencer et G. Leeson (2009a), « Migrant Care Workers in Ageing Societies: Report on Research Findings in the UK (COMPAS) », Université d'Oxford.

Chaloff, J. (2008), « Mismatches in the Formal Sector, Expansion of the Informal Sector: Immigration of Health Professionals to Italy », Document de travail de l'OCDE sur la santé n° 34, Éditions de l'OCDE, Paris, *www.oecd.org/dataoecd/34/10/41431698.pdf*.

Citoyenneté et Immigration Canada (2010), *www.cic.gc.ca/francais/ministere/media/documents-info/2010/2010-08-18a.asp,* consulté le 8 novembre 2010.

Comité de la protection sociale (2009), « Second Joint Assessment by the SPC and the European Commission of the Social Impact of the Economic Crisis and of Policy Responses », Social Protection Committee, SPC/2009/11/13 final.

Commission européenne (2010), *Rapport conjoint 2010 sur la protection sociale et l'inclusion sociale*, Bruxelles.

Cortez, M.A. (2009), « Japan-Philippines Free Trade Agreement: Oportunities for the Movement of Workers », *Ritsumeikan International Affairs*, vol. 7, pp. 125-144, *www.ritsumei.ac.jp/acd/re/k-rsc/ras/04_publications/ria_en/7_05.pdf*.

Delamaire, M.L. et G. Lafortune (2010), « Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 54, Éditions de l'OCDE, Paris.

Depla, M., S. Zwijsen, S. te Boekhorst, A. Francke et C. Hertogh (2010), « Van fixaties naar domotica? Op weg naar « goede » vrijheidsbeperking voor mensen met dementie », EMGO+ / Nivel, Amsterdam/Utrecht.

Di Santo, P. et F. Ceruzzi (2010), « Migrant Care Workers in Italy: A Case Study », Interlinks, European Centre for Social Welfare policy and Research, Rome, Vienne.

Dill, J.S., J. Craft Morgan et T.R. Konrad (2010), « Strengthening the Long-term Care Workforce: The Influence of the WIN A STEP UP Workplace Intervention on the Turnover of Direct Care Workers », *Journal of Applied Gerontology*, vol. 29, n° 2, pp. 196-214.

Dussault, G., I. Fronteira et J. Cabral (2009), « Migration of Health Personnel in the WHO European Region », Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Organisation mondiale de la santé, Lisbonne/Copenhague.

Eborall, C., W. Fenton et S. Woodrow (2010), « The State of the Adult Social Care Workforce in England, 2010: Fourth Report of Skills for Care's Research and Analysis Units », Skills for Care, Leeds, mai.

Eggink, E., D. Oudijk et I. Woittiesz (2010), « Zorgen voor zorg », SCP, La Haye.

Ellenbecker, C. H., F. W. Porell, L. Samia, J. J. Byleckie et M. Milburn (2009), « Predictors of Home Healthcare Nurse Retention », *Journal of Nursing Scholarship,* vol. 40, n° 2, pp. 151-160.

Engberg, J., N.G. Castle, S.B. Hunter, L.A. Steighner et E. Maggio (2009), *National Evaluation of the Demonstration to Improve the Recruitment and Retention of the Direct Service Community Workforce*, Rand Corporation, Santa Monica-Arlington-Pittsburg.

Estryn Behar, M., B. van der Heijden, D. Camerino, C. Fry, O. Le Nezet, P. Maurice Conway et H. M. Hasselhorn (2008), « Violence Risks in Nursing: Results from the European « NEXT » Study », *Occupational Medicine*, vol. 58, pp. 107-114, publié en ligne le 21 janvier 2008 à l'adresse *doi:10.1093/occmed/kqm142*.

Étude nationale canadienne des ressources humaines du secteur des soins à domicile (2003), *www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1030*.

Evers, H., N. Blijham, C. Willems et L. de Witte (2009), *Zorg op afstand, literatuurstudie naar internationale ontwikkelingen en kennis over effecten: Een analyse van de samenvattingen van recente publicaties over toepassingen voor langdurende zorg op afstand*, Vilans, Utrecht.

Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (2006), *Employment in Social Care in Europe*, Bureau des publications officielles des Communautés européennes, Luxembourg.

Fouarge, D., T. Schils et A. de Grip (2010), « Why Do Low Educated Workers Invest Less in Further Training?, IZA Discussion Paper n° 5180, Bonn, *http://ftp.iza.org/dp5180.pdf*.

Fujisawa, R. et F. Colombo (2009), « The Long-term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand », Document de travail de l'OCDE sur la santé n° 44, Éditions de l'OCDE, Paris.

Groth, H., R. Kingholz et M. Wehling (2009), « Future Demographic Challenges in Europe: The Urgency to Improve the Management of Dementia », WDA HSG Discussion Paper Series on Demographic Issues n° 2009-4.

Harahan, M. et A. R.Stone (2009), « Defining Core Competencies for the Professional Long-term Care Workforce: A Status Report and Next Steps », AAHSA-IFAS, Washington, DC.

Hasselhorn, H.M., B.H. Müller et P. Tackenberg (2005), « NEXT Scientific Report 2005 », NEXT Study Coordination, Université de Wuppertal, *www.next.uni_wuppertal.de/EN/download.php?f=133131f960ff1150b2e0192c51d18f53&target=0*.

Hooren, F. van (2008), « Bringing Policies Back In: How Social and Migration Policies Affect the Employment of Immigrants in Domestic Care for the Elderly in the EU-15 », Document préparé pour la conférence internationale « Transforming elderly care at local, national and transnational levels », Danish National Centre for Social Research (SFI), 26-28 juin 2008, Copenhague, European University Institute, Florence.

Hotta, S. (2007), « Toward Maintaining and Improving the Quality of Long Term Care: The Current State and Issues Regarding Home Helpers in Japan under the Long Term Care Insurance System », *Social Science Japan Journal*, vol. 10, n° 2, pp. 265-279, *doi:10.1093/ssjj/jym056*.

Hotta, S. (2010a), « Kaigo Jyūjisha Mondai » [La question des soignants professionnels au Japon], in H. Miyajima, S. Nishimura et T. Kyogoku (dir. pub.), *Shakai Hoshō to Keizai*, vol. 3, Shakai Sābisu to Chiiki (Sécurité sociale et économie, vol. 3, Les services sociaux et la communauté, pp. 149-172), Presses de l'Université de Tokyo, Tokyo.

Hotta, S. (2010b), « Kaigohoken jimusho (shisetu kei) ni okeru kaigoshokuin no storess keigen to koyou kanri », *Quarterly of Social Security Research*, vol. 46, n° 2, National Institute of Population and Social Security Research.

Hussein, S. (2010), « Adult Care Workers at the Upper End of the « third age » (60-75) in England », Working Paper, Social Care workforce research unit, King's College London, Londres, mars.

IGZ (2010), « Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende », IGZ, La Haye.

Immigration professionnelle (2008), *www.immigration-professionnelle.gouv.fr/nouveaux-dispositifs/m%C3%A9tiers-en-tension, consulté le 09/11/2010*.

IOM – Institute of Medicine (2008), « Retooling for an Aging America: Building the Health Care Workforce », *www.iom.edu/agingamerica*.

Jeong Jang, Y. *et al*. (2007), « Tokubetsu yougo roujin home ni okeru kaigo shokuin no sutoresu ni kansuru kenkyu: shoukibo care gata shisetsu to juuraigata shisetu no hikaku », *Journal of Gerontology*, vol. 29, n° 3, Japan Socio-Gerontological Society, pp. 366-374.

Katseli, L.T. *et al*. (2006), « Effect of Migration on Sending Countries: What Do We know? », Document de travail du Centre de développement de l'OCDE, n° 250, *www.un.org/esa/population/migration/turin/Symposium_Turin_files/P11_Katseli.pdf, consulté le 29/11/2010*.

Kemp, A. (2010), « Reforming Policies on Foreign Workers in Israel », Documents de travail de l'OCDE sur les affaires sociales, l'emploi et les migration, n° 103, Éditions de l'OCDE, *www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/reforming-policies-on-foreign-workers-in-israel_5kmjnr8pbp6f-en,* consulté le 08/11/2010.

Kodama, A. *et al*. (2002), « The Effects of Environmental Consideration for People with Dementia Upon the Stress Response of Care Staffs of Nursing Homes », *Long-term Care Welfare Studies*, vol. 9, n° 1, Japanese Association of Research on Care and Welfare, pp. 59-70.

Lamura, G. (2010b), « The Role of Migrant Work in the LTC Sector: Opportunities & Challenges », Conférence intitulée « Long-term care in Europe-Discussing trends and relevant issues », 22-23 février 2010, Budapest, *www.euro.centre.org/data/1267541472_78930.pdf*, consulté le 09/11/2010.

Lamura, G., M.G. Melchiorre, C. Chiatti et M. Di Rosa (2010), « Migrant LTC Workers: What Role, What Challenges, What Policies?, Réunion d'experts de l'OCDE sur les soins de longue durée, Centre de conférences de l'OCDE, 15-16 novembre, Paris.

Lipsky, D.B. et A.C. Avgar (2009), « Caregivers and Computers: The Effect of Electronical Medical Records on Employment and Labor Relations in Nursing Homes », Rapport final soumis aux Quality Care Oversight Committee and 1199SEIU Training and Employment Funds, Université Cornell, School of Industrial and Labor Relations, Université de l'Illinois à Urbana-Champaign, School of Labor and Employment Relations.

Livingston, J. (2008), « Solutions You Can Use: Transforming the Long-term Care Workforce », AAHSA/IFAS, Washington, DC.

Marin, B., K. Leichsenring, R. Rodrigues et M. Huber (2009), « Who Cares ? Care Coordination and Cooperation to Enhance Quality in Elderly Care in the European Union », Conference on Healthy and Dignified Ageing, 15-16 septembre 2009, Stockholm.

Markova, E. (2010), « Effects of Migration on Sending Countries: Lessons from Bulgaria », GreeSE Paper n° 35, Hellenic Observatory Papers on Greece and Southeast Europe, Hellenic Observatory-European Institute, *www.lse.ac.uk/collections/hellenicObservatory/pdf/GreeSE/GreeSE35.pdf*, consulté le 29/11/2010.

Martin, S., B. Lindsay Lowell, E.M. Gzodziak, M. Bump et M.E. Breeding (2009), « The Role of Migrant Care Workers in Aging Societies », Report on research findings in the United States, Institute for the Study of International Migration, Walsh School of Foreign Service, Université de Georgetown, Washington D.C.

Matsui, M. (2004), « Chihousei koureisha gurûpu hômu no shokuin ni okeru storesu », *Journal of Japanese society for dementia care*, vol. 3, n° 1, pp. 21-29.

McHale, J. (2009), « Projecting Canada's elder care workforce », *in* Bourgeault I. *et al.* (dir. pub.), *The Role of Immigrant Care Workers in an Aging Society: The Canadian Context & Experience*, Université d'Ottawa.

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande/Université d'Auckland, Disability Support Services in New Zealand (2004), The Workforce survey, Final report, 20 août 2004.

Ministère de la Santé du Royaume-Uni (2009), « Working to Put People First: The Strategy for the Adult Social Care Workforce in England », Department of Health - Adult Social Care Workforce Development, Leeds, mai, *www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_098494.pdf*.

Ministère de la Santé, des Affaires sociales et des Sports des Pays-Bas (2007), *Arbeidsmarktbrief 2007*, Werken aan de zorg, MEVA/ABA/2807123.

Ministère de la Santé, des Affaires sociales et des Sports des Pays-Bas (2008), *Arbeidsmarktbrief 2008*, MEVA/ABA-2900709.

Ministère de la Santé, des Affaires sociales et des Sports des Pays-Bas (2009), *Arbeidsmarktbrief 2009*, MEVA/ABA-2900709. MEVA/ABA-2978507.

Ministère des Affaires sociales et de la Santé de la Finlande (2004), « Terveydenhuollon, Täydennyskoulutussuositus », Summary, Helsinki.

Mosthaf, A., C. Schnabel et J. Stephani (2010), « Low Wage Careers: Are There Dead End Girms and Dead End Jobs ? », IZA Discussion Paper n° 4696, Bonn, janvier.

Nagami, H. et K. Kuroda (2007), « Tokubetsu yougo roujin Hôme ni okeru shoukibo care no jisshi to kaigoshokuin no sutoresu no kankei », *Journal of Health and Welfare Statistics*, vol. 54, n° 10, Health and Welfare Statistics Association.

OCDE (1995), *Étude de l'OCDE sur l'emploi : la mise en œuvre de la stratégie*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2004), « Female Labour Force Participation: Past Trends and Main Determinants in OECD Countries, Département des affaires économiques de l'OCDE, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2008), *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE : Comment répondre à la crise imminente ?*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2009), *Perspectives des migrations internationales*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2010a), *Perspectives des migrations internationales,* Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2010b), *OECD Reviews of Labour Market and Social Policies: Israel*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE-OMS (2010), « Les migrations internationales des personnels de santé – Améliorer la coopération internationale pour faire face à la crise mondiale », Éditions de l'OCDE, Paris, *www.oecd.org/dataoecd/8/1/44783473.pdf*.

Office of Disability, Aging and Long Term Care Policy, Assistant Secretary for planning and evaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis (2006), « Ensuring a Qualified Long-term Care Workforce: From Pre-employment Screens to On-the-job Monitoring », Washington, DC.

Onodera, A. *et al.* (2006), « Ninchishou kaigo senmontou shokuin ni taisuru shokubanai kenshuu no kokoromi: performance management wo mochiita torikumi no kouka kenshou », *Japan Dementia Care Journal*, vol. 5, n° 3, pp. 403-415.

Oschmiansky, H. (2010), « The Marketization of Formal Elder Care in Germany and its Consequences for the Labour Market », Exposé présenté lors de la conférence internationale « Transforming care: provision, quality and inequalities in later life », 21-23 juin, Copenhague.

Portail de l'administration israélienne, *www.gov.il/FirstGov/TopNavEng/EngSituations/ESMigrantWorkersGuide/ESMWGRights/*, consulté le 10 novembre 2010.

Rand Health (2010), *Health and Well-Being in the Home: A Global analysis of Needs, Expectations, and Priorities for Home Health Care Technologies*, Rand Health, Brownse Books and Publications.

Rubin, J. *et al.* (2008), *Migrant Women in the European Labour Force: Current Situation and Future Prospects*, RAND Europe.

Sarwat, I. *et al.* (2010), « Telemonitoring in Patients with Heart Failure », *New England Journal of Medicine*, vol. 363, n° 24, pp. 2301-2309.

Schoot, E. van der, H. Ogińska, M. Estryn Behar et the NEXT Study Group (2003), « Burnout in the Nursing Profession in Europe », *Working Conditions and Intent to Leave the Profession among Nursing Staff in Europe*, NEXT Study, Université de Wuppertal.

Seavey, D. (2004), « The Cost of Frontline Turnover in Long-term Care », Better Jobs, Better Care, IFAS/AAHSA, Washington.

Simoens, S., S. Villeneuve et A.J. Hurst (2005), « Tackling Nurse Shortages in OECD Countries », Document de travail de l'OCDE sur la santé, n° 19, Éditions de l'OCDE, Paris.

Smith, K. et R. Baughman (2007), « Caring for America's Aging Population: A Profile of the Direct Care Workforce », *Monthly Labor Review*, pp. 20-26, septembre.

Suga, Y. (2007), « Factor Analysis of Work Stress Among Home Help Organizers », *Long-term Care Welfare Studies*, vol. 14, n° 2, Japanese Association of Research on Care and Welfare, pp. 143-150.

Swedish Association of Local Authorities and Regions (2007), *Care of the Elderly in Sweden Today 2006,* Stockholm, janvier.

Tanabe, T. *et al.* (2005), « Tokubetu yougo roujin houme ni okeru yunitto kea kankyou ikou ga kaigo sutaffu no shinshin ni ataeru eikyou: bân auto to sutoresu taisho chousa », *Journal of the Japanese Society for Dementia Care*, vol. 4, n° 1, Japanese Society for Dementia Care, pp. 17-23.

Velde, F. van der, F. Verijdt et E. Arnold (2010), *De arbeidsmarkt voor lagere functies in de zorg: veel vissen in de vijver,* OEZW19, Prismant, Utrecht.

Verkaik, R., A.J. de Veer et A.L. Francke (2010a), « Veel bij- en nascholing in de verpleging en verzorging. Panel V&V », *Tijdschrift voor verpleegkundigen* (TVZ), n° 4, pp. 24-26.

Verkaik, R., A. Francke, B. Meijel, P.M. van Spreeuwenberg, M.W. Ribbe et J.M. Bensing (2010b), « The Introduction of a Nursing Guideline on Depression at Psychogeriatric Nursing Home Wards: Effects on Certified Nurse Assistants », *International Journal of Nursing Studies*, *doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.06.007*.

Wiener, J.M., M.R. Squillace, W.L. Anderson et G. Khatutsky (2009), « Why Do They Stay ? Job Tenure Among Certified Nursing Assistants in Nursing Homes », *The Gerontologist*, vol. 49, n° 2, pp. 198-210.

Windt, W. van der, R.H. Smeets et E. Arnold (2009), *Regiomarge 2009, De arbeidsmarkt van verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalagogen, 2009-2013*, juin, Prismant, Utrecht.

Zorginnovatieplatform (2009), *Zorg voor mensen, mensen voor de zorg ; arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025*, Zorginnvatieplatform, La Haye.

Chapitre 7

Dispositifs de financement public de la dépendance dans les pays de l'OCDE

Avec le vieillissement de la population et le recul des soins familiaux, le recours aux services formels d'aide et de soins de longue durée pour les personnes handicapées est en hausse dans tous les pays à revenu élevé. Une demande accrue de services formels commence également à apparaître car la population souhaite des soins de grande qualité. Ces facteurs entraînent une hausse du coût de la prise en charge formelle de la dépendance dans les pays de l'OCDE et soulèvent sur son financement des interrogations qui occupent une place de plus en plus importante dans les débats d'orientation. Ce chapitre propose un survol de la couverture des services de prise en charge des soins de longue durée dans les pays de l'OCDE. À des fins d'illustration, les pays sont classés en trois grands groupes, à savoir les régimes universels et complets, les régimes sous conditions de ressources et les systèmes mixtes. Au fil du temps, les systèmes de couverture évoluent vers des systèmes de droits ou de prestations universels et vers des modèles offrant plus de choix à l'usager et, dans de nombreux cas, un ciblage accru des prestations au profit des personnes les plus dépendantes.

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

7.1. La couverture collective des coûts de la couverture de la dépendance est souhaitable pour des raisons d'efficience et d'accès

Il existe de puissants arguments en faveur de la création de mécanismes de couverture de la dépendance venant compléter l'aide et les soins dispensés par la famille et par des bénévoles. Premièrement, le coût des soins peut être élevé et représenter ainsi une charge considérable pour les usagers, plus particulièrement ceux qui ont de faibles revenus ou sont très dépendants. Aux États-Unis par exemple, le coût des soins formels s'élève en moyenne à 75 000 USD par an en établissement médicalisé de long séjour et à 20 USD de l'heure pour les aides à domicile (Gleckman, 2010), soit près de trois fois le revenu disponible moyen d'une personne de 65 ans. La couverture de la prise en charge des soins de longue durée, en particulier par un dispositif public, apporte un soutien économique aux personnes âgées, en les aidant à faire face aux coûts de la dépendance. Deuxièmement, une grande incertitude entoure le besoin de soins de longue durée, et notamment le moment de son apparition, ainsi que sa durée et son intensité. Il est donc compréhensible que les individus souhaitent se prémunir contre ce risque, mais les coûts peuvent être élevés et l'accès restreint lorsqu'ils sont couverts par des mécanismes d'assurance actuariels (Bar, 2010).

Des mécanismes de prépaiement (hausse des cotisations destinées à financer les coûts susceptibles de survenir à l'avenir) et de mutualisation (répartition du risque et du coût entre de très nombreux individus couverts) des coûts de la prise en charge des soins de longue durée tels que l'assurance dépendance, les allocations et les aides ciblées apportent une réponse à cette grande incertitude et aux coûts élevés. Ils mutualisent le risque et assurent une protection contre le coût potentiellement catastrophique de la prise en charge de la dépendance. Ils aident à préserver le revenu disponible et le patrimoine des usagers, offrant ainsi un filet de sécurité et empêchant les personnes qui dépendent de la dispensation de soins de sombrer dans la pauvreté. Ils permettent également d'accéder à des services de longue durée en indemnisant leur coût, ce qui permet d'éviter une détérioration de la santé, une dépendance accrue et une absence de soins par manque de ressources financières. En répartissant les coûts entre tous les individus couverts, ils peuvent également répondre à la demande d'équité intergénérationnelle.

Le secteur de l'aide et des soins formels de longue durée reste relativement modeste dans les pays de l'OCDE (en proportion du PIB), notamment par rapport à la valeur estimée des soins familiaux et aux dépenses consacrées aux systèmes de santé ou de retraite. Il est toutefois en train d'évoluer. Les dépenses de prise en charge des soins de longue durée – notamment publiques – ont eu tendance à augmenter plus rapidement que les dépenses de santé[1]. La progression attendue de la prise en charge formelle suscite le débat quant aux moyens à mettre en œuvre pour améliorer l'équité et l'efficience du financement de la dépendance. Ce débat porte souvent sur le dispositif public car, dans la plupart des pays de l'OCDE, le risque de dépendance est mutualisé par le biais, principalement, de mécanismes financés sur fonds publics. La couverture privée est, pour différentes raisons examinées au chapitre 8, un créneau spécialisé.

Ce chapitre étaie le débat par un panorama des mécanismes publics de couverture de la dépendance dans les pays de l'OCDE. Le chapitre suivant (chapitre 8) examine les dispositifs de couverture privés, le rôle qu'ils peuvent jouer en complément aux systèmes publics, ainsi que les raisons pour lesquelles ce marché s'est peu développé jusqu'à présent. Un troisième chapitre (chapitre 9) envisage les orientations pour l'avenir et s'intéresse à des expériences nationales qui pourraient aider à relever deux principaux défis du financement de la prise en charge de la dépendance que doit relever la puissance publique, à savoir assurer un accès équitable et adapté aux soins, et maîtriser la hausse des coûts.

7.2. La couverture publique des soins de longue durée à la personne peut être répartie en trois grands groupes[2]

Si la couverture de la dépendance est souvent une combinaison complexe de services, de prestations et de programmes, il reste possible de distinguer des groupes de pays ayant à peu près la même manière de l'envisager[3]. Cette classification se fonde sur les différences de soutien de l'aide aux personnes – c'est-à-dire aux activités quotidiennes (AVQ) – que ce soit à domicile ou en établissement. En effet, l'aide aux AVQ est le type d'aide pour lequel il existe le plus de dispositifs publics différents de couverture dans les pays de l'OCDE. La section suivante du présent chapitre évoque néanmoins les différences de couverture des soins médicalisés spécialisés, des frais de séjour et d'autres services de prise en charge de soins de longue durée dans la zone OCDE. Quand un pays propose de multiples prestations aux jeunes et moins jeunes souffrant d'incapacités, la description fait généralement référence aux personnes âgées en situation précaire. Il se peut que les systèmes de prestations destinés aux jeunes handicapés ne soient pas correctement représentés dans cette typologie. La couverture est généralement plus complète pour les jeunes handicapés que pour les personnes plus âgées. En France par exemple, les prestations d'invalidité (Prestation de compensation du handicap) visant les jeunes gens sont plus élevées que celles versées au titre de l'allocation dépendance (Allocation personnalisée d'autonomie), qui cible les personnes âgées. Les pays assurant une couverture publique de la dépendance nulle ou limitée ne sont pas examinés.

Deux critères principaux ont permis dans cette classification de distinguer les différents types de pays :

- L'*étendue des droits* aux prestations de soins de longue durée – financement public universel[4] ou sous conditions de ressources[5] ;
- Le type de couverture de la dépendance – assurée par le biais d'un *système unique ou d'une multiplicité de prestations, de services et de programmes*.

Ces deux critères permettent de dégager trois grands groupes de pays, présentant respectivement :

- Une couverture universelle dans le cadre d'un programme unique ;
- Un système mixte ;
- Un dispositif à filet de sécurité soumis à conditions de ressources.

On peut également distinguer d'autres sous-groupes, selon par exemple : i) la provenance des fonds – taxes ou cotisations spéciales, ou recettes fiscales générales ; ii) l'intégration ou non du programme aux systèmes de santé ; et iii) dans les systèmes mixtes, la nature des programmes qui les constituent.

Comme le montrent les tableaux 7.1, chaque régime de prise en charge de la dépendance a spécificités telles que le groupe de population ciblé (les seules personnes âgées ou l'ensemble de la population) ou le type de prestations assurées (aide/allocation en espèces ou services en nature subventionnés).

Couverture universelle dans le cadre d'un programme unique

Dans ce groupe, la couverture de la dépendance est assurée à travers un programme unique, qui peut être distinct des systèmes de santé (pays nordiques, assurance sociale dépendance) ou intégré à la couverture santé (Belgique par exemple). Les systèmes à couverture dépendance universelle unique fournissent des *soins médicalisés et des soins à la personne* financés sur fonds publics à tous les individus pouvant y prétendre en raison de leur état de dépendance vis-à-vis des soins. Ils peuvent concerner avant tout la population âgée (comme au Japon ou en Corée), ou toutes les personnes présentant un besoin avéré de soins quelle que soit leur tranche d'âge (Allemagne, Pays-Bas). Une participation aux coûts, des redevances d'utilisation ou des franchises peuvent être imposées même dans les systèmes de couverture universelle (voir l'encadré 7.1), qui prévoient habituellement des seuils de revenu avec exonération partielle ou totale des paiements, ou des mécanismes d'aide sociale pour les pauvres se traduisant dans les faits par la couverture collective complète des coûts de la dépendance.

On peut distinguer trois grands sous-modèles : i) *les modèles reposant sur l'impôt* (comme dans les pays nordiques) ; ii) *les modèles d'assurance dépendance publique* (comme en Allemagne, en Corée, au Japon, aux Pays-Bas et au Luxembourg) ; iii) *les soins à la personne et les soins médicalisés assurés par le système de santé* (comme en Belgique).

Modèles reposant sur l'impôt

Les pays nordiques sont l'exemple le plus caractéristique de ce modéle. En Norvège, en Suède, au Danemark et en Finlande, les services universels de prise en charge des soins de longue durée financés par l'impôt font partie intégrante des services de protection sociale et de santé dont bénéficie l'ensemble de la population. Si la prise en charge des personnes âgées et des handicapés incombe globalement à l'État, ces pays se distinguent par la grande autonomie dont jouissent les administrations locales (municipalités, comtés, conseils) pour organiser la fourniture des services et le financement des soins, notamment en levant des impôts (Karlsoon et Iversen, 2010). L'État contribue généralement au financement en versant aux municipalités (Finlande) ou aux autorités régionales (Danemark) des subventions spécifiques ajustées en fonction de la structure et des besoins de la population. Les services publics de prise en charge de la dépendance sont étendus et complets, et les dépenses correspondantes représentent une proportion assez importante du PIB – allant de 2 % au Danemark à 3.6 % en Suède. En dehors du soutien à l'aide aux personnes à domicile ou en établissement, il peut s'agir par exemple de services d'aide ménagère (Danemark, Suède), mais aussi de la création de logements-foyers, d'aménagements du domicile, de dispositifs d'assistance et de services de transport (OCDE, 2008 ; Ministère suédois de la Santé et des Affaires sociales, 2007). La participation financière des usagers est relativement faible, environ 4 % des recettes en Suède par exemple, et les contributions privées aux coûts sont plafonnées en Suède et en Norvège.

Tableau 7.1. **Systèmes de couverture publique de la dépendance : synthèse**

	Critères d'octroi de la couverture	Programmes de couverture	Nom du ou des programme(s)	Source de financement	Population dépendante ciblée	Prestations assurées	Dépenses publiques liées à la dépendance, en proportion du PIB (%)
Allemagne	Couverture universelle dans le cadre d'un programme unique	Assurance dépendance publique – Assurance sociale	Assurance dépendance	Impôt, primes d'assurance, budget des *Länder*	Tous âges	En nature et en espèces, à domicile et en établissement	0.9
Australie	Couverture universelle	Programmes multiples : prestations sous condition de revenu	Soins à domicile et soins de proximité (*Home and community care – HACC*) Soins en établissement assurés par des équipes d'évaluation des soins aux personnes âgées (*Aged Care Assessment Teams –ACAT)*	HACC : impôts – 60 % fédéraux, 40 % collectivités locales, États et Territoires ACAT : financé par l'impôt	Personnes âgées	En nature, à domicile et en établissement	0.8
Autriche	Deux systèmes de prestations en espèces ; un universel, un sous conditions de ressources	Programmes multiples : prestations sous condition de revenu	*Pflegegeld* (système universel de prestations en espèces) Prestations de soins 24 heures sur 24	Impôts : en 2006, État fédéral pour 1.62 milliard EUR et *Länder* pour 301.5 millions EUR	Tous âges Critère de revenu, *Pflegegeld* niveau 3	En espèces, à domicile et en établissement (en nature par les Länders)	1.1
Belgique	Couverture universelle dans le cadre d'un programme unique (soins de santé et soins à la personne) Aide sociale (aide à domicile, etc.)	*Via* le système de santé Programme fédéral Programme flamand Programmes régionaux	Système public d'assurance maladie (INAMI/RIZIV) Allocations fédérales d'aide aux personnes âgées / prestations sociales Assurance-soins flamande Services d'aide à domicile	Cotisations de sécurité sociale/impôts sur les salaires (57 %), fiscalité directe générale (37 %) et participation financière des usagers (6 %). Recettes générales des impôts directs Cotisations annuelles obligatoires Recettes fiscales générales et participation financière de l'usager (dépendant du revenu)	Tous âges 65 ans et +, faible revenu Tous âges À domicile	En nature et en espèces, à domicile et en établissement En espèces, sous conditions de besoin et de revenu En espèces, sous conditions de besoin Aide sociale à domicile en nature	1.7
Canada	Définie par chaque province	Combinaison de prestations universelles (pour les soins à domicile) et de prestations soumises à conditions de ressources (souvent pour les soins en établissement)	Variable d'une province à l'autre	Recettes fiscales générales des provinces Transferts fédéraux aux provinces pour les questions de santé	Tous âges	En nature, à domicile et en établissement	1.2
Corée	Programme universel dans le cadre d'un programme unique	Modèle d'assurance dépendance publique – Assurance sociale	Assurance-santé nationale des personnes âgées	Prime d'assurance dépendance, budgets des administrations centrale et locales, participation aux frais de l'usager	65 ans et +, ou moins de 65 ans souffrant d'une pathologie gériatrique	En nature et en espèces, à domicile et en établissement	0.3

Tableau 7.1. **Systèmes de couverture publique de la dépendance : synthèse** *(suite)*

	Critères d'octroi de la couverture	Programmes de couverture	Nom du ou des programme(s)	Source de financement	Population dépendante ciblée	Prestations assurées	Dépenses publiques liées à la dépendance, en proportion du PIB (%)
Danemark	Couverture universelle dans le cadre d'un programme unique	Universel, financé par l'impôt		Dotations forfaitaires de l'administration fédérale, impôts locaux, sommes de péréquation versées par d'autres autorités locales	Tous âges	En nature et en espèces, à domicile et en établissement	1.8
Espagne	Système mixte	Combinaison de prestations universelles et de prestations soumises à conditions de ressources	Système national de prise en charge de la dépendance	Financé par l'impôt collecté par l'administration centrale et les régions, subventions	Tous	En nature et en espèces	0.6
Estonie			Soins de santé financés par la caisse d'assurance maladie d'Estonie (*Estonian Health Insurance Fund – EHIF*). Services de soins à la personne principalement assurés par les administrations locales	Services sociaux liés aux handicaps mentaux : État Services de soins médicalisés : assurance maladie		En nature et en espèces, à domicile et en établissement	
États-Unis[1]	Système soumis à conditions de ressources	Filet de sécurité soumis à conditions de ressources	Medicaid	Caisses fédérale et des États	Personnes à faible revenu	Par l'essentiel en nature, prestations obligatoires pour les soins en établissement, prestations collectives facultatives des États	0.6
	Assurance sociale pour les personnes âgées	Universel pour les seniors	Medicare	(Partie A) Cotisations sociales, impôt sur le revenu (Partie B) Primes Medicare et fonds publics	Seniors	Soins de suite en centre médicalisé de long séjour	
	Assurance volontaire	Universel si l'employeur y participe (possibilité de ne pas participer)	Loi CLASS (*Community Living Assistance Services and Support*, projet)	Assurance volontaire	Tous âges	Prestations en espèces pour les soins à domicile et en établissement	
Finlande	Couverture universelle dans le cadre d'un programme unique	Universel, financé par l'impôt		Transferts de l'État aux municipalités (31 %), impôts communaux et impôt sur le revenu (60 %).	Tous âges	En nature et en espèces, à domicile et en établissement	1.8
France	Système mixte	Prestations sous conditions de revenu	La Sécurité sociale couvre les services de soins en établissement et à domicile (SSIAD) Allocation personnalisée d'autonomie (APA) Prestation de compensation du handicap (PCH)	Recettes fiscales locales et centrales, cotisations sociales APA : financement local à 70 %	Tous âges 60 ans et +, sous conditions de revenu	En nature et en espèces, à domicile et en établissement	1.7

Tableau 7.1. **Systèmes de couverture publique de la dépendance : synthèse** *(suite)*

	Critères d'octroi de la couverture	Programmes de couverture	Nom du ou des programme(s)	Source de financement	Population dépendante ciblée	Prestations assurées	Dépenses publiques liées à la dépendance, en proportion du PIB (%)
Grèce	Système mixte	Combinaison de prestations universelles et soumises à conditions de ressources (ou non)	Services sociaux assurés par le ministère de la Santé et de la Solidarité sociale et soins assurés par le biais des caisses d'assurance sociale	Mixte : budget national, sécurité sociale et participation privée Allocation de logement pour les personnes âgées : budget national	Toute personne âgée	Pour l'essentiel en nature, en établissement	0.3
Hongrie	Système mixte		Soins de santé financés par le système national d'assurance maladie	Programme national d'assurance maladie : cotisations, recettes fiscales Aide familiale : administration centrale, contribution de l'administration locale et participation financière des usagers	Tous âges	En nature, à domicile et en établissement pour les personnes nécessitant plus de 4 heures de soins	0.3
Irlande	Système mixte		Programme de subvention pour les personnes accueillies en centre médicalisé de long séjour *(Nursing Home Support Scheme)*	Financé par l'impôt	Tous âges / Pas de norme	En nature et en espèces, à domicile	
Islande						À domicile et en établissement	1.7
Italie	Système mixte	Programme universel parallèle	Soins en établissement : *Residenze Sanitarie Assistenziali*, pan du système de santé Allocation de soins : *indennità di accompagnamento* Plan national pour les personnes âgées		Tous âges	En nature et en espèces, à domicile et en établissement	
Japon	Couverture universelle dans le cadre d'un programme unique	Modèle d'assurance dépendance publique – Assurance sociale	Dispositif d'assurance dépendance	Cotisations des plus de 40 ans (50 %), pouvoirs publics (50 %, dont 50 % de l'administration nationale, 25 % de l'administration préfectorale et 25 % de l'administration municipale)	65 ans et +, ou 40-64 ans souffrant d'une maladie liée à l'âge	En nature, à domicile et en établissement	1.4
Luxembourg	Programme universel d'assurance dépendance	Modèle d'assurance dépendance publique – Assurance sociale	Assurance dépendance, programme d'assurance dépendance intégré à l'assurance maladie Accueil gériatrique	Cotisations individuelles, contribution de l'État et taxe sur les factures d'électricité Financé par le Fonds national de solidarité (7.6 millions EUR en 2008)	Tous âges	En nature et en espèces, à domicile et en établissement	1.4
Mexique	Mixte /infranational	Programmes multiples	Programme pour les adultes âgés	Gouvernement fédéral (recettes fiscales générales), cotisations des employeurs et salariés Seguro Popular - autorités centrales et locales, ménages	65 ans et +	En nature, subventions en espèces, en établissement	

Tableau 7.1. **Systèmes de couverture publique de la dépendance : synthèse** *(suite)*

	Critères d'octroi de la couverture	Programmes de couverture	Nom du ou des programme(s)	Source de financement	Population dépendante ciblée	Prestations assurées	Dépenses publiques liées à la dépendance, en proportion du PIB (%)
Norvège	Programme universel dans le cadre d'un système unique	Universel, financé par l'impôt		Impôts nationaux et locaux	Tous âges	En nature et en espèces, à domicile et en établissement	2
Nouvelle-Zélande	Système mixte	Combinaison de prestations universelles et soumises à conditions de ressources (ou non)	Autorité de financement de la santé chargée de la prise en charge de la dépendance La subvention pour les soins à domicile (RCS) finance le coût de l'aidant sous contrat	Subventions globales des Conseils de santé de district (*District Health Boards)* financées par l'impôt		Pour l'essentiel en nature, à domicile et en établissement	1.3
Pays-Bas	Programme universel dans le cadre d'un système unique	Modèle d'assurance dépendance publique – Assurance sociale	Loi sur les dépenses médicales exceptionnelles *(AWBZ)*	Cotisations et prélèvement fiscaux supplémentaires	Tous âges	En nature et en espèces, à domicile et en établissement	3.5
Pologne	Pas de système distinct pour la prise en charge de la dépendance (2004)	Programme universel parallèle	Prise en charge des soins de longue durée à domicile par le secteur des soins de santé et le secteur social (système d'assistance sociale) Fonds national pour la santé (NFZ) Soins à domicile	Services de santé financés par une combinaison de recettes fiscales générales et de cotisations à des programmes nationaux d'assurance maladie Intégralement fourni et financé par les autorités locales	75 ans et +, personnes handicapées	En nature et en espèces, à domicile et en établissement	0.4
Portugal	Mixte		Réseau national de soins de longue durée Unités de réadaptation et de soins à moyen terme	Soins de santé : Ministère de la Santé, unités de moyen séjour et de réadaptation cofinancées par le ministère du Travail et de la Solidarité sociale (80 %) et le ministère de la Santé	Tous âges	En nature, en établissement	0.1
République slovaque			Les municipalités et régions autonomes assurent la fourniture des services sociaux y compris les soins de longue durée	Prestations en espèces : budget de l'État Services sociaux : impôts régionaux et communaux	Selon l'âge	En nature et en espèces, autre : à domicile et en établissement - l'État gère les prestataires	0.2
République tchèque	Système mixte	Régimes parallèles de prestations en espèces	Allocation pour soins Les services de prise en charge en nature sont répartis dans le secteur social et le dispositif universel de soins de santé	Budget de l'État, recettes fiscales générales	Tous âges	En nature et en espèces, à domicile et en établissement	0.2 (santé) 1.2 (social)

Tableau 7.1. **Systèmes de couverture publique de la dépendance : synthèse** *(suite)*

	Critères d'octroi de la couverture	Programmes de couverture	Nom du ou des programme(s)	Source de financement	Population dépendante ciblée	Prestations assurées	Dépenses publiques liées à la dépendance, en proportion du PIB (%)
Royaume-Uni	Mixte - Système d'aide sociale soumis à conditions de ressources, avec prestations universelles en cas de handicap	Soumis à conditions de ressources, filet de sécurité	Aide sociale aux adultes	Impôts centraux – financement sous forme de subventions globales, recettes fiscales locales (taxe d'habitation)	Toute personne âgée de plus de 18 ans	En nature et en espèces; à domicile et en établissement	0.96 (2002)
		Prestation universelle	Allocation de subsistance pour personnes handicapées *(Disability Living Allowance – DLA)*	Recettes fiscales	Moins de 65 ans, handicapés		
		Prestation universelle	Allocation d'assistance *(Attendance Allowance – AA)*	Recettes fiscales	65 ans et + ; handicapés		
Slovénie	Programme soumis à conditions de ressources : pas de régime spécifique pour la dépendance	Prestations en nature sous conditions de revenu	Programme intégré au système de santé et à la sécurité sociale	Primes d'assurance maladie obligatoires, cotisations à la retraite et à l'assurance sociale Recettes fiscales du ministère du Travail, de la Famille et des Affaires sociales. Impôt communal pour les soins aux personnes handicapées	65 ans et +, personnes handicapées souffrant d'une affection chronique	En nature et en espèces, à domicile et en établissement	0.8
Suède	Programme universel dans le cadre d'un programme unique	Universel, financé par l'impôt		Impôts municipaux (84 %), subventions de l'administration nationale (11-12 %)	Tous	En nature et en espèces, chèques-soins Les soins à domicile et en établissement sont variables d'une municipalité à l'autre	3.6
Suisse	Système mixte	Combinaison de prestations universelles et de prestations soumises à conditions de ressources (ou non)	Assurance-santé obligatoire (LAMal), prestations en espèces soumises à conditions de ressources au titre de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), prestations au titre de la Loi sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS)	Primes d'assurance santé obligatoire, prestations en espèces, budget de l'État, paiements privés du bénéficiaire des soins	Tous	En nature et en espèces, en établissement, soins à domicile assurés en majorité par des organismes privés	0.8 (1.3 en tenant compte des prestations d'invalidité et de survivant)

1. Medicare est destiné aux 65 ans et plus ou aux moins de 65 ans souffrant de certains handicaps. Cependant, ni la prise en charge des soins de longue durée ni l'aide à l'accomplissement des AVQ ne sont inclus dans Medicare. Une aide dépendance peut être demandée, sous réserve de l'admission à Medicaid, aux *Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)* ou, à l'avenir, au programme CLASS *(Community Living Assistance Services and Supports)*. *www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/10050.pdf, www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11396.pdf ; www.pssru.ac.uk/pdf/rs040.pdf*

Source : Compilation effectuée par l'OCDE des réponses au Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, 2009-10.

Modèles de l'assurance dépendance publique

Deuxième modèle de couverture universelle : celui des dispositifs autonomes d'assurance sociale ne s'intéressant qu'aux services liés à la dépendance. Un certain nombre de pays, qui financent généralement les soins de santé par une assurance sociale maladie, appartiennent à ce groupe (Allemagne, Japon, Corée, Pays-Bas et Luxembourg ; voir tableau 7.2). Comme dans le modèle des pays nordiques, la couverture des services est généralement exhaustive – non seulement parce qu'elle profite à l'ensemble de la population qui a besoin de soins, mais aussi en raison du champ des services concernés. Comme dans les pays nordiques, les usagers doivent participer au coût des soins, les niveaux de cette participation étant très différents d'un pays à l'autre (voir encadré 7.1). Les frais d'accueil en centre médicalisé de long séjour peuvent être partiellement pris en charge dans certains pays, à l'instar de ce que fait le Japon. En proportion du PIB, les dépenses de prise en charge de la dépendance se situent autour ou au-dessus de la moyenne de l'OCDE (1.5 %) pour ce groupe de pays, sauf en Corée (0.3 %) et, à l'autre extrémité du spectre, aux Pays-Bas (3.5 %).

Les dispositifs de ces pays ont trois grandes caractéristiques communes. Premièrement, il existe des sources de financement *distinctes* pour l'assurance dépendance et l'assurance maladie, même si les deux suivent le même modèle d'assurance sociale. Deuxièmement, la participation au programme est *obligatoire* pour l'ensemble ou une grande partie (c'est-à-dire les 40 ans et plus au Japon) de la population. Troisièmement, le programme est principalement financé par l'emploi *via* les *cotisations sociales*, mais il peut également être demandé aux seniors de s'acquitter de cotisations (par exemple tous les plus de 40 ans au Japon et les retraités en Allemagne), et une partie du coût est financée dans la plupart des pays par le régime fiscal général. La combinaison des sources de financement, des critères d'octroi et des systèmes de prestations varie d'un pays à l'autre. Par exemple, en Allemagne, le montant des prestations est fixe et n'a pas été ajusté régulièrement en fonction de l'inflation avant la réforme de la prise en charge de la dépendance de 2008, ce qui a entraîné une diminution du pouvoir d'achat des prestations dépendance jusqu'à ce qu'elles soient progressivement relevées cette année-là. D'autre part, le champ de la prestation tel que le prévoit la loi s'élève à 90 % du coût des soins au Japon. Dans ce pays, le programme ne cible que les personnes âgées, tandis que tous les individus, quel que soit leur âge, peuvent prétendre aux prestations de l'assurance dépendance en Allemagne et aux Pays-Bas (Rothgang, 2010 ; Schut et van den Berg, 2010 ; Campbell *et al.*, 2010 ; Mot, 2010). La Corée a été le dernier pays de ce groupe à mettre en œuvre, en juillet 2008, l'assurance dépendance (Kwon, 2008 ; Campbell *et al.*, 2009) (voir également le tableau 7.2).

Aide et soins à la personne via le système de santé

Un troisième modèle repose sur la couverture de la totalité du coût de la prise en charge de la dépendance par le système de santé. Les soins médicalisés spécialisés, mais aussi l'aide aux AVQ (s'habiller, manger, se laver, etc.), sont entièrement assumés par le système de santé publique universel. Les soins liés à la dépendance sont donc considérés comme un risque de santé, et les dispositifs institutionnels correspondent à un « modèle médical » de prestation des soins (par opposition à un modèle social), les services de soins étant assurés principalement par du personnel infirmier. La Belgique en est un exemple : son système public d'assurance maladie (INAMI/RIZIV) assure la couverture universelle du coût de la prise en charge de la dépendance à domicile comme en établissement. Le

Tableau 7.2. **Dispositifs d'assurance dépendance universelle dans les pays de l'OCDE**

	Année	Assureurs/ acheteurs	Sources de financement	Cotisations	Critères d'octroi des prestations	Prestations	Prestataires
Allemagne	1995	Caisse d'assurance dépendance	Cotisations sociales fixées en fonction du revenu (100 %)	- Charges sociales représentant 1.95 % (surprime de 0.25 % pour les travailleurs sans enfants) - Payées par l'ensemble de la population d'âge actif et retraitée - Réparties entre l'employé et l'employeur - 11 % de la population choisit de sortir du régime d'assurance sociale et cotise obligatoirement à un système d'assurance dépendance privée offrant des prestations équivalentes à l'assurance dépendance sociale	En fonction d'une évaluation des besoins, indépendamment de l'âge	- En nature ou en espèces, au choix de l'usager - Montant fixe, ajusté périodiquement	- Prestataires sous contrat avec la caisse d'assurance dépendance sociale
Corée	2008	Organisme national d'assurance maladie	- Impôts (37%) - Cotisations sociales (52 %) - Participation aux coûts (11%)	- Payées par la population d'âge actif sous forme de cotisations au programme d'assurance maladie - Cotisations 2011 d'assurance maladie fixées à 5.9 % des salaires, dont 6.55 % sont affectés à la prise en charge de la dépendance	- 65 ans et + présentant un besoin avéré de soins de longue durée - Personnes plus jeunes atteintes de maladies gériatriques	- En nature ou en espèces	- Prestataires de services concurrents (sociétés privées, ONG, etc.)
Japon	2000	Municipalités	- Impôts (45 %) - Cotisations (45 %) - Participation aux coûts (10 %)	- Payées par la population de plus de 40 ans - Les personnes assurées entre 40-64 ans payer 30% des coûts totales - Cotisations fixées en fonction du revenu pour les plus de 65 ans	- Plus de 65 ans présentant un besoin avéré de soins de longue durée - Plus de 40 ans souffrant de certains types de maladies	- En nature	- Prestataires de services concurrents (sociétés privées, coopératives de consommateurs, ONG) agréés par l'État
Luxembourg	1999	Caisse nationale de Santé	- Impôts (environ 45 %) - Cotisations - Taxe spéciale	- Payées par la population d'âge actif et retraitée - Cotisation fixée à 1.4 % du revenu	Personnes handicapées présentant un besoin avéré de soins de longue durée, quel que soit leur âge	- En nature et/ou en espèces, au choix de l'usager	
Pays-Bas	1968	Assureurs régionaux (compagnies d'assurance privées)	- Cotisations sociales fixées en fonction du revenu - Participation aux coûts sous conditions de ressources	- Taux de cotisation fixé en fonction du revenu - Payées par la population d'âge actif et retraitée (tous les citoyens de plus de 15 ans dont le revenu est imposable)	Personnes handicapées présentant un besoin avéré de soins de longue durée, quel que soit leur âge	- En nature (établissement, domicile) - En espèces pour les soins à domicile (budgets personnels)	

1. Corée : assurance dépendance pour les personnes âgées *(Noinjanggiyoyangboheum)* ; Japon : assurance dépendance *(Kaigo Hoken)* ; Allemagne : assurance dépendance *(Pflegeversicherung)* ; Pays-Bas : assurance AWBZ.
2. Tous les pays offrent des prestations pour les soins à domicile et en établissement. Le Luxembourg et les Pays-Bas incluent également dans les prestations les aménagements du domicile et le matériel d'assistance.

Source : Compilation effectuée par l'OCDE des réponses au Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, 2009-10.

remboursement est subordonné à une contribution personnelle (le ticket modérateur) qui est plafonnée (c'est le MAF, ou « maximum à facturer »). Des allocations sont octroyées aux personnes âgées à faible revenu ayant besoin de soins pour les aider à faire face au coût non médical de leur dépendance. De plus, le Centre public d'action sociale (CPAS) local peut aider à l'hébergement en maison de retraite ou en établissement médicalisé de long séjour. Au niveau régional, l'administration flamande a mis en place un programme d'assurance dépendance obligatoire, financé par une cotisation annuelle obligatoire de 40 EUR (en 2010) pour toute personne de plus de 25 ans, qui procure des prestations en espèces supplémentaires. En Belgique, les dépenses liées à la dépendance représentent 2 % du PIB.

Bilan de la couverture universelle au sein d'un programme unique

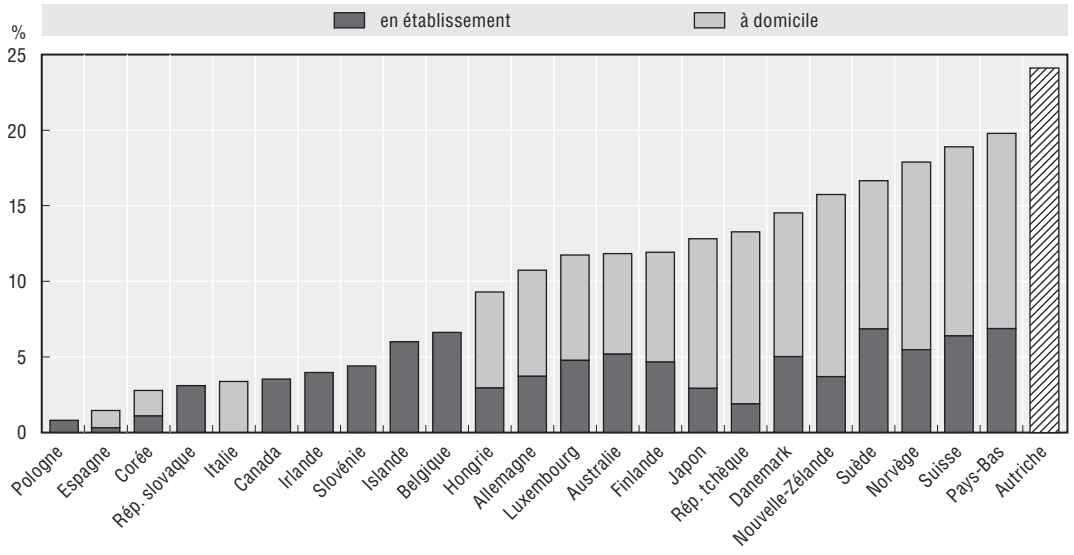
Les dispositifs universels relevant d'un programme unique permettent de garantir un large accès aux services de prise en charge de la dépendance. Ils sont habituellement exhaustifs du point de vue de la part des frais assumés par l'État, du nombre de personnes ayant recours aux soins à domicile et en établissement (graphique 7.1), comme de l'éventail des services couverts dans les deux cadres. Dans certains cas, la couverture inclut également le coût de l'aide familiale ou ménagère, des aménagements du domicile et du matériel d'assistance (dans les pays nordiques, par exemple). Ces systèmes ne subordonnent pas l'accès à des critères de revenu ou de patrimoine individuel (ou familial), même si ces derniers peuvent être pris en compte pour déterminer la participation individuelle – et plafonnée – aux coûts (Norvège, Suède, Pays-Bas; voir également l'encadré 7.1 page 285) ; il existe d'un pays à l'autre des différences significatives de reste à charge, qui oscille entre 4 % en Suède, et un tiers en Corée, du coût total. Souvent, les soins dispensés par des aidants – formels ou informels – sont réglementés pour garantir que les soins financés sur fonds publics respectent des normes minimales (Japon, Belgique). De plus, la distinction qui est faite entre les budgets des soins de santé et des soins de prise en charge de la dépendance dans tous ces pays sauf la Belgique réduit généralement le recours aux services et professionnels de santé les plus onéreux (soins hospitaliers, médecins), par exemple en compliquant l'« hospitalisation sociale » des personnes dépendantes fragiles.

Si la couverture universelle de la dépendance peut s'effectuer à l'aide de différents modèles de financement, il peut être intéressant de disposer de sources de financement « dédiées » à la dépendance, comme dans le cas de l'assurance dépendance sociale que l'on rencontre en Allemagne, en Corée, au Japon, au Luxembourg et aux Pays-Bas. Elles peuvent garantir une source fiable et prévisible de recettes, par rapport à des impôts non spécifiques, et aussi engendrer dans la population un sentiment de droits acquis qui la rend plus encline à payer pour en bénéficier.

Le revers de la médaille est que ces systèmes absorbent généralement une part du revenu national et des budgets des ménages plus grande que la moyenne de l'OCDE de 1.5 % du PIB, pouvant aller jusqu'à 3.6 % du PIB en Suède, étant donné à la fois la proportion relativement plus importante de personnes pouvant prétendre à une prise en charge des soins, l'éventail des services couverts et les taux de remboursement qui sont plus élevés que dans d'autres systèmes. Si les systèmes exhaustifs relevant d'un programme unique peuvent rester incitatifs ou d'un grand soutien pour les aidants familiaux, la plupart de ceux-ci assurent des soins moins intensifs dans ces pays. La dichotomie entre budget de la santé et budget de la dépendance peut également nuire à la continuité des soins et créer des incitations à transférer les coûts entre différents prestataires et demande des efforts

Graphique 7.1. **Les usagers de services de prise en charge de la dépendance varient considérablement d'un pays de l'OCDE à l'autre**

Personnes âgées bénéficiaires de services de prise en charge de la dépendance, en proportion de la population des plus de 65 ans, 2008



Note : Personnes âgées de plus de 65 ans bénéficiaires de services de prise en charge de la dépendance à domicile et en établissement. Les données relatives à l'Australie, à la Belgique, au Canada, au Danemark, au Luxembourg et aux Pays-Bas se rapportent à 2007 ; celles relatives à l'Espagne à 2009 ; et celles relatives à la Suède et au Japon à 2006. Les données relatives au Japon sous-estiment le nombre de bénéficiaires en établissement car de nombreuses personnes âgées reçoivent des soins de longue durée dans les hôpitaux. Selon Campbell *et al.* (2009), le Japon fournit des prestations publiques à 13.5 %de sa population de plus de 65 ans. Les données autrichiennes représentent les bénéficiaires des allocations en espèces.

Source : Éco-Santé OCDE 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501422

de coordination. Les mécanismes de financement spécifiques présentent des inconvénients, dont notamment le manque de souplesse éventuel qu'ils peuvent introduire dans la façon de répartir les dépenses.

Systèmes mixtes

Dans les systèmes mixtes, la couverture de la dépendance est assurée par une combinaison de régimes universels et de prestations intervenant parallèlement, ou par l'association de différents droits – universels ou soumis à conditions de ressources. De nombreux pays de ce groupe ne sont pas dotés d'un système exhaustif de prise en charge de la dépendance s'appuyant sur un programme unique, mais plutôt de plusieurs prestations, programmes et droits, en fonction des groupes ciblés, du type de coût ou de cadre des services dispensés et, dans certains cas, de la circonscription territoriale. Certains pays disposent de systèmes de prestations en espèces qui se substituent, ou viennent s'ajouter, aux services en nature.

Il est difficile de rendre pleinement compte de la variété et de la complexité des dispositifs institutionnels relevant de ce groupe. Néanmoins, il est possible de regrouper les pays, par ordre décroissant d'universalité des prestations dépendance, de la manière suivante : i) *régimes universels parallèles* ; ii) *prestations ou aides universelles fixées en fonction du revenu* ; iii) *combinaison de prestations universelles et de prestations soumises (ou non) à conditions de ressources*.

Régimes universels parallèles

Les régimes universels parallèles reposent sur différents systèmes de couverture qui coexistent, chacun assurant la couverture universelle d'un type de soin différent. Dans la plupart des cas, les soins médicalisés universels sont financés par le système de santé, tandis que les soins universels à la personne le sont par le biais d'un système distinct.

Prenons l'exemple de l'Écosse. Depuis 2002, tous les comtés du Royaume-Uni financent la gratuité des soins médicalisés spécialisés (c'est-à-dire la composante santé de la prise en charge de la dépendance) pour les personnes âgées sur le lieu de prestation des soins. De plus, au titre du *Health and Community Care Act* écossais de 2002, les soins à la personne (c'est-à-dire l'aide aux AVQ) pour les personnes âgées, qui sont intégrés au système d'aide sociale, sont gratuits, tant en établissement qu'à domicile (Bell et Bowes, 2007 ; Bell *et al.*, 2007). Les soins sont financés par les autorités locales et sont subordonnés à l'évaluation des besoins de soins, les ressources des usagers n'étant pas prises en compte. Le système couvre l'aide aux AVQ, mais ne finance pas les frais d'accueil en centre médicalisé de long séjour, qui sont facturés aux individus.

Un autre exemple nous est fourni par certains pays du Sud et de l'Est de l'Europe, qui associent un accès universel aux centres médicalisés de long séjour (sous réserve de la disponibilité de lits) ou à des soins médicalisés spécialisés (souvent *via* les systèmes de santé) à des allocations en espèces universelles versées sans condition de revenu afin de couvrir le coût des soins, généralement à domicile.

En Italie, les centres médicalisés de long séjour spécialisés pour les personnes âgées et les personnes handicapées (*residenze sanitarie assistenziali*) sont intégrés au système de santé ou reçoivent des aides provenant du budget de la santé, tandis que les responsabilités en matière de soins à domicile sont réparties entre le système de santé et le système social. La moitié environ des dépenses totales de prise en charge de la dépendance correspond à une allocation de soins couvrant une partie des dépenses engagées par l'usager (*indennità di accompagnamento*, qui s'élevait à 472 EUR par mois en 2009), qui est souvent utilisée pour rémunérer un soignant formel spécialisé dans la dépendance, ou un aidant familial (IRCCS-INRCA, 2009).

En République tchèque, la responsabilité des services de prise en charge de la dépendance en nature se répartit entre le secteur social et le système de santé universel, et entre les différents échelons de l'administration. Dans le cadre de la Loi de 2007 sur les services sociaux, une allocation mensuelle liée au besoin de soins est accordée à toutes les personnes ayant besoin de soins. Son montant s'échelonne de 79 EUR par mois pour les bénéficiaires appartenant à la catégorie inférieure (dépendance légère) à 471 EUR par mois pour ceux appartenant à la catégorie supérieure. En Pologne, une allocation nationale supplémentaire pour soins médicalisés, non soumise à conditions de ressources, est accordée aux enfants et seniors handicapés, tandis que les services d'aide à domicile sont de la responsabilité de l'administration locale. Malgré le droit universel aux prestations dépendance, une grande partie des besoins est encore assurée par les aidants familiaux.

Prestations universelles fixées en fonction du revenu

Un deuxième sous-groupe de pays propose des *prestations universelles fixées en fonction du revenu* (Irlande, Australie, Autriche et France). Dans ces pays, tout individu touche des prestations publiques si ses besoins de soins le justifient, le montant étant cependant ajusté, le cas échéant de manière très abrupte, en fonction du revenu. Des prestations

supplémentaires peuvent également être couvertes par le système de santé (comme les soins médicalisés en France) ou par une administration locale (comme en Autriche et en Australie).

Les pays de ce groupe ont opté pour une prestation universelle de prise en charge des soins à la personne mais en ajustent le montant en fonction du revenu des bénéficiaires. Le principe de cette approche est d'augmenter progressivement la part du coût financée par le système public à mesure que le revenu du bénéficiaire diminue. On parle parfois d'« universalisme progressif ou personnalisé » (Fernandez *et al.*, 2009), qui n'a pas vocation à couvrir la totalité ou presque du coût des soins à la personne. En France, pour recevoir l'aide publique au titre des soins à la personne, le bénéficiaire doit compléter le financement public par une contribution personnelle. Souvent, cette *prestation sur mesure* s'applique à une composante des soins (par exemple les soins à domicile ou les soins à la personne), mais différents dispositifs peuvent s'appliquer pour d'autres composantes de l'ensemble des services de prise en charge des soins de longue durée dont l'usager a besoin. Comme dans le groupe précédent, cette approche inclut des pays qui proposent à la fois une prise en charge de la dépendance en nature (comme par exemple l'Australie) et des allocations en espèces (France, par exemple).

Depuis que l'Irlande a lancé le programme *Nursing Homes Support Scheme, A Fair Deal of Ireland* en octobre 2009, toutes les personnes qui ont besoin de soins peuvent en bénéficier en établissement, mais chaque individu doit contribuer à leur coût à hauteur de 80 % de son revenu imposable et de 5 % de la valeur de son patrimoine (voir également l'encadré 7.1). S'agissant des services de proximité de longue durée, l'admissibilité universelle peut être limitée en fonction des ressources et entraîner un ciblage des services.

L'Australie applique une formule proche. L'essentiel du coût de la dépendance (0.8 % du PIB en 2009) est financé par l'État par le biais de recettes fiscales globales (Ergan et Paulucci, 2010). Les soins à la personne ne sont pas gratuits, mais toutes les personnes qui, après évaluation de leurs besoins de soins, remplissent les conditions requises pour bénéficier de services de prise en charge, peuvent prétendre à une aide financée sur fonds publics. Les bénéficiaires de services en établissement et de proximité destinés aux personnes âgées assument une partie de leur coût, dont le montant est ajusté en fonction du revenu. Dans les établissements, les résidents contribuent au coût de leurs soins en acquittant un forfait journalier de base, des redevances dépendant du revenu et des frais correspondant à des services supplémentaires, l'aide de l'État représentant environ 70 % du coût total (Australia Government Productivity Commission, 2010).

Certains pays européens versent, pour couvrir les coûts des soins, des prestations ou des allocations universelles en espèces tenant compte du revenu. L'Autriche est dotée d'une combinaison d'allocations universelles soumises à conditions de ressources et de prestations en nature[6]. Une allocation en espèces universelle (*Pflegegeld)* cofinancée par des contributions de l'État fédéral, des *Länder* et des municipalités a été créée en 1993. Elle est versée indépendamment du revenu et du patrimoine, et son montant varie selon le niveau de dépendance de 154 EUR à 1 656 EUR en 2010. Environ 59 % des plus de 80 ans et 9 % des 60-80 ans la perçoivent (Rapport national stratégique OMC Autriche, 2008-10). En 2007, une nouvelle subvention sous condition de revenu destinée aux bénéficiaires les plus handicapés (prestation de soins 24 heures sur 24) a été mise en place pour compléter l'allocation universelle. Les deux allocations ne couvrent pas la totalité des coûts et, pour les personnes qui ne sont pas en mesure d'assumer les frais restant à leur charge, l'assistance publique gérée par les *Länder* entre en action. L'un des principaux objectifs

des dispositifs autrichiens de prise en charge des soins de longue durée est de favoriser le maintien à domicile des individus et de les aider à rester indépendants aussi longtemps que possible. Un autre objectif de premier rang est de formaliser le dispositif contractuel entre le bénéficiaire des soins et le soignant, y compris s'il est immigré (et, souvent, non déclaré). La loi encourage la prise en charge familiale en n'excluant pas les aidants familiaux du bénéfice de ce type de dispositif formel.

Citons également l'exemple de la France. Le programme d'assurance maladie (Sécurité sociale) prend en charge les frais de santé (tarif de soins) pour tous les séjours en centre médicalisé de long séjour (dont l'accès est subordonné au besoin de soins). De plus, l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une prestation en espèces tenant compte des revenus et des besoins, accessible aux personnes de 60 ans et plus souffrant d'un handicap[7]. L'allocation mensuelle varie de 530 à 1 235 EUR (avril 2010) en fonction du niveau de dépendance avéré, mais suivant leur revenu, les bénéficiaires doivent renoncer à un pourcentage donné du niveau évalué de l'APA, qui peut aller jusqu'à 90 % du plancher fixé. De ce fait, l'APA représente jusqu'à 1 235 EUR pour les usagers ayant de gros besoins et de faibles revenus, et à l'opposé tombe à 27 EUR pour les usagers à revenu plus élevé. Pour les personnes qui vivent chez elles, l'APA assure le financement de toutes les dépenses encourues, conformément à un plan d'aide personnalisé défini par une équipe médico-sociale. Elle peut inclure une aide aux services d'AVQ et d'AIVQ et, dans certains cas, l'emploi d'un soignant (sauf lorsqu'il s'agit du conjoint ou partenaire). Pour les personnes qui vivent en centre médicalisé de long séjour, l'APA compense une partie du coût des soins à la personne, le reste étant à la charge du résident (environ 33 % des coûts de la dépendance en moyenne ; DREES n° 666). L'APA est versée par les départements, mais elle est financée par une combinaison de fonds de l'administration locale et centrale.

Combinaison de prestations universelles et de prestations soumises (ou non) à conditions de ressources

Le troisième sous-groupe inclut des pays qui sont dotés d'*une combinaison de prestations universelles et de prestations soumises (ou non) à conditions de ressources*. Généralement, l'universalité des droits tend à s'appliquer à l'un et/ou l'autre des cas suivants:

- *Soins médicalisés spécialisés* liés à la santé (à domicile ou en établissement) (exemple : la Suisse) ;
- Soins médicalisés et soins à la personne *à domicile* (par exemple en Nouvelle-Zélande et dans certaines provinces canadiennes).

De plus, dans les pays où l'offre de services formels est limitée, les prestations universelles peuvent ne s'appliquer qu'à certains services, par exemple aux *soins en établissement* (moyennant la disponibilité de places) comme en Grèce, ou à des *prestations en espèces* (par rapport à d'autres solutions en nature) comme en Espagne.

La Suisse offre des soins médicalisés universels en nature (à domicile comme en établissement) par le biais de l'assurance maladie obligatoire (LAMal), mais il existe également des prestations complémentaires en espèces, soumises à conditions de ressources, destinées à financer une partie du coût des soins dans le cadre légal de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI) et de la Loi assurance-vieillesse et survivants (LAVS). Il s'agit de prestations dites complémentaires pour les personnes âgées et le handicap, qui sont accordées aux bénéficiaires souffrant d'une incapacité permanente ou de longue durée. Une part significative du coût des soins à la personne reste à la charge de l'usager,

qui assume lui-même environ 60 % du coût total des services de santé relatifs à son état de dépendance. Toutefois, si l'on prend en compte toutes les prestations en espèces, la part du coût des soins à la personne qui reste à la charge de l'usager se monte à environ 36 %. Des allocations pour handicap versées aux retraités légèrement handicapés et vivant à domicile sont venues s'ajouter à celles prévues pour les handicaps moyens et lourds.

En Nouvelle-Zélande, les personnes présentant un besoin avéré de services de soins à la personne à domicile sont en droit d'en bénéficier, mais ils doivent, au-delà d'un certain seuil de revenu, s'acquitter d'une participation financière. L'accès aux soins en établissement dépend à la fois des besoins et de la capacité à payer. L'aide aux soins en établissement (*residential care subsidy,* RCS) finance les coûts des soins (notamment les frais de séjour) au-delà d'une participation financière maximum liée au revenu de l'usager. Environ 71 % des bénéficiaires de soins en établissement ont touché la RCS en 2008. Depuis 2005, l'État néo-zélandais supprime progressivement le critère de patrimoine auquel est subordonné l'accès aux soins en établissement. Cette évolution suit la tendance générale observée dans certaines provinces et certains territoires canadiens, consistant à supprimer le critère de patrimoine (mais pas celui des ressources) pour cibler l'aide de l'État sur les résidents qui vivent en établissement de soins de longue durée.

La plupart des provinces canadiennes assurent gratuitement la couverture des soins médicalisés et des soins à la personne à domicile, mais l'admission dans des établissements médicalisés est subordonnée à des critères de revenu. Toutes les provinces ont mis en place la gestion par cas (évaluation des soins et coordination des services par exemple) et la gratuité des soins médicalisés à domicile, même si certaines plafonnent les services de ce type. Quelques-unes prennent en charge les soins à la personne (comme le bain et la toilette), mais des frais peuvent être appliqués pour d'autres services tels que l'aide à domicile, la préparation des repas et les courses. En ce qui concerne les soins en établissement, le critère de revenu est utilisé dans la plupart des provinces pour l'admission, mais nombre d'entre elles ont tendance à assurer la couverture publique de services de santé tels que les soins médicalisés et la réadaptation.

Un autre cas intéressant est celui de l'Espagne. En 2006, ce pays a voté une nouvelle loi créant un système national de prise en charge de la dépendance (loi sur la dépendance entrée en vigueur le 1er janvier 2007). La loi garantit le droit à des services de prise en charge à toutes les personnes présentant un besoin avéré de soins[8], et le subordonne à des critères de revenu et de patrimoine. Les droits aux prestations en espèces et aux services en nature sont légèrement différents : les allocations en espèces sont universelles, alors que les individus ne peuvent pas tous bénéficier des services en nature. Un tiers du coût total des services est à la charge des bénéficiaires. Le système est conçu pour apporter une « réponse formelle » aux évolutions de la société et des marchés du travail qui réduisent l'offre de soins familiaux dans un contexte de société vieillissante – et de besoins croissants. Il devrait bénéficier à court terme à 3 % de la population espagnole (un pourcentage comparable à celui de certains pays dotés de prestations intégralement universelles), et il sera mis en place progressivement jusqu'en 2015 (Costa-Font et Garcia Gonzalez, 2007).

Enfin, certains pays dotés d'une offre formelle de prise en charge de la dépendance moins développée assurent la couverture universelle des soins en établissement, mais ne couvrent pas les soins dispensés à domicile. Le système grec inclut la fourniture directe de services sociaux et de soins par le biais des caisses d'assurance maladie. En théorie, toute personne âgée, qu'elle soit assurée ou non, a accès à une aide et des soins de longue durée lorsque son état d'invalidité l'exige. Dès lors que les personnes résident légalement dans

le pays, il n'y a pas de discriminations ou de restrictions d'accès en ce qui concerne les établissements. D'autre part, l'offre formelle d'une prise en charge à domicile est limitée en Grèce, et l'État ne la finance pas.

Bilan des systèmes mixtes

Par rapport aux systèmes à couverture universelle unique, les systèmes mixtes ne couvrent généralement pas dans leur intégralité le coût de la dépendance. Au lieu de cela, les revenus et parfois le patrimoine du bénéficiaire peuvent être pris en compte pour déterminer le niveau de l'aide ou la contribution personnelle au coût des soins (voir l'encadré 7.1). Dans plusieurs pays (comme par exemple en France, Italie, Australie, Espagne et République tchèque), le niveau des prestations est plafonné.

Le niveau de l'aide publique par rapport au coût total de la prise en charge des soins de longue durée est très variable d'un pays à l'autre de ce groupe. Par exemple, en Espagne, les usagers en paient soit le tiers, soit la totalité. En Australie, près de 70 % du coût des soins en établissement sont couverts par une aide de l'État australien, tandis que 16 % du coût des soins de maintien à domicile des personnes âgées (*Community Aged Care Package, CACP*) est déboursé directement par les usagers (Australia Government Productivity Commission, 2010). En France, les contributions privées à l'APA représentaient environ 20 % des garanties moyennes de l'APA pour les personnes recevant des soins à domicile, et environ 35 % pour les personnes bénéficiant de soins en établissement en 2008 (Dress, 2008). Ce coût est financé par différentes mesures telles que des mécanismes d'aide sociale et de garantie de revenu. De plus, la prestation universelle ou le droit universel à prestations peut ne concerner qu'une seule composante du coût des soins (les soins à domicile, par exemple), et pas les autres (les soins en établissement, par exemple).

Les systèmes mixtes assurent la couverture d'au moins une partie du coût de la dépendance pour toutes les personnes qui nécessitent ce type de soins et, par conséquent, assurent une forme stable de soutien aux personnes qui en dépendent. Généralement, ces systèmes sont nés de la prise de conscience du niveau potentiellement catastrophique des coûts de la dépendance pour les patients. L'octroi d'un droit universel est considéré comme souhaitable pour des raisons d'équité comme d'efficience – afin de doter d'une assurance, en particulier, ceux qui ont un fort besoin à long terme. La proportion de bénéficiaires du troisième âge dans ce groupe varie de 1 % en Pologne à 10 % en Suisse, tandis que les dépenses *publiques* liées à la dépendance se situent en dessous la moyenne de 1.5 % de l'OCDE, sauf en France où elles la dépassent.

Dans ces systèmes en revanche, une part considérable du coût peut rester à la charge des usagers et de leurs familles. L'absence de couverture complète peut nuire à l'expansion de l'offre de soins formels dans des pays où les marchés des services afférents à la dépendance sont moins développés, et se traduire par un recours *de facto* aux aidants familiaux pour assumer une prise en charge intensive. Le morcellement du système – entre différentes prestations et différents droits, entre services gérés par différents programmes, entre prestataires financés à partir de sources différentes, entre usagers admis au bénéfice de différentes prestations selon, par exemple, leur âge – peut créer des incitations à transférer les coûts d'un prestataire et d'un régime de prestations à l'autre, et compliquer l'exercice consistant à quantifier l'aide globale dont bénéficie un usager par rapport au coût qu'il doit assumer. Certains pays, comme la France, ont mis en place des mécanismes destinés à faciliter la coordination et à aider les usagers à s'orienter dans le système[9].

Dispositifs à filet de sécurité soumis à conditions de ressources

Dans les dispositifs soumis à conditions de ressources, la couverture de la dépendance est assurée par le biais de programmes de filet de sécurité. Ces pays utilisent l'évaluation des revenus ou du patrimoine pour fixer les seuils en deçà desquels est octroyée l'aide à la personne financée sur fonds publics. Seuls ceux qui se situent au-dessous d'un certain seuil ont droit à des services ou des prestations dépendance financés sur fonds publics, les soins étant assurés par ordre de priorité à ceux dont les besoins de soins sont les plus importants. Cette approche offre une protection à ceux qui, sans elle, seraient dans l'impossibilité de financer leurs soins. Les critères d'octroi (revenu et patrimoine personnel ou familial ; disponibilité ou non de services informels, par exemple), la souplesse des gestionnaires des soins au moment d'évaluer les besoins et les seuils d'octroi sont sensiblement différents et peuvent ou non coïncider avec les critères de l'aide sociale en vigueur.

Les États-Unis appartiennent à cette catégorie. Medicaid – le programme public destiné aux pauvres – est la principale source de financement public des services de prise en charge de la dépendance, qu'il a couvert à hauteur de 40 % en 2010 (Kaiser Commission, 2010)[10]. Medicaid est un programme social d'assurance maladie financé par les instances fédérales et l'administration des États. Soumis à conditions de ressources, il est conçu pour aider les personnes à faible revenu à payer leurs dépenses médicales et leur prise en charge des soins de longue durée. Les États sont tenus de fournir certaines prestations obligatoires, notamment des services de soins médicalisés en établissement et des services d'aide et de soins de santé à domicile pour les personnes ayant droit à des soins médicalisés, mais la majorité des services est à la discrétion des États, tout comme les critères d'octroi liés au revenu et au patrimoine. Ces critères sont très stricts. Généralement, pour bénéficier de la couverture Medicaid, les participants doivent d'abord épuiser leurs ressources personnelles. Les États peuvent demander aux bénéficiaires de Medicaid d'assumer une participation modique. Sur les quelque 10 millions de personnes ayant besoin de soins de longue durée aux États-Unis, 3 millions bénéficient de la couverture de Medicaid. Les dépenses liées à la dépendance s'élevaient en 2008 à 115 milliards USD (Kaiser Commission, 2010), soit environ 0.8 % du PIB.

Le dispositif anglais est souvent considéré comme fondé sur le critère de ressources. En effet, les débats d'orientation actuels sur la réforme de la prise en charge des soins destinés aux adultes portent essentiellement sur les critères d'attribution de l'aide aux personnes selon leurs ressources, mais il faut signaler que le Royaume-Uni offre également des prestations sans conditions de ressources aux personnes lourdement handicapées. La *Disability Living Allowance* et l'*Attendance Allowance* sont des prestations non imposables qui ne sont soumises ni à cotisations ni à conditions de ressources, la première étant versée aux personnes lourdement handicapées qui en font la demande avant 65 ans, et la seconde bénéficiant à ceux qui la demandent à partir de 65 ans. L'aide familiale relève des autorités locales, et elle est financée par une combinaison d'impôts centraux, d'impôts locaux et de participation des usagers aux frais. Les autorités locales décident et fixent leur propre budget à partir des subventions qu'elles reçoivent de l'administration centrale, dont la plupart ne sont pas spécifiques. L'accès aux centres médicalisés de long séjour est soumis à des critères de revenu et de patrimoine et les usagers doivent épuiser leur patrimoine pour pouvoir prétendre à une couverture des soins de longue durée dans ces établissements. En outre, en ce qui concerne l'aide et les soins à domicile, les usagers qui remplissent les conditions requises reçoivent une prestation soumise à un critère de revenu, qui peut être octroyée sous la forme de budget personnel. Comme nous l'avons

déjà signalé, la composante santé des soins de longue durée est également gratuite sur le lieu de prestation des soins. En 2006-07, un peu plus de 4 % des personnes âgées vivaient en établissement médicalisé de long séjour (Ministère de la Santé du Royaume-Uni, 2008). En 2006, les dépenses liées à la dépendance représentaient, estime-t-on, 1.5 % du PIB (Comas-Herrera *et al.*, 2010).

La couverture des coûts des soins à la personne en Angleterre a fait l'objet de nombreux débats et de propositions de réforme ces dernières années. Le précédent gouvernement travailliste a proposé la prestation gratuite de soins à domicile pour les personnes âgées en situation précaire. Un livre blanc publié en avril 2010 a fait des propositions visant à étendre la gratuité des soins aux personnes résidant en établissement de soins plus de deux ans (Gouvernement britannique, 2010). Le nouveau gouvernement britannique (2010) a créé la *Commission on Funding of Care and Support*, qui devrait présenter en juillet 2011 ses recommandations de réforme du régime d'aide sociale des adultes (Stone et Wood, 2010).

Bilan des dispositifs à filet de sécurité soumis à conditions de ressources

Les dispositifs tenant compte des ressources offrent un filet de sécurité à ceux qui, sans cela, seraient dans l'impossibilité de financer leurs soins. Habituellement, la couverture comprend l'aide aux AVQ, mais peut également inclure les frais d'accueil dans des centres médicalisés de long séjour dans la mesure où les personnes doivent épuiser leurs ressources avant de pouvoir prétendre à une aide publique. En orientant les fonds publics vers les pauvres, cette approche permet de limiter les coûts, même si le coût par utilisateur remplissant les conditions requises peut être élevé. Mais elle peut également créer des inégalités et inciter à utiliser les soins de santé pour traiter la dépendance, en particulier dans les cas où les services de soins de santé sont universels alors que les services d'aide sociale sont ciblés, comme c'est le cas en Angleterre. L'évaluation des ressources peut également être coûteuse d'un point de vue administratif. Ces systèmes peuvent ne pas répondre totalement aux besoins et exposer des familles se situant au-dessus du seuil de ressources ou de revenu à des dépenses de prise en charge de la dépendance élevées (Fernandez *et al.*, 2009).

Les dispositifs à filet de sécurité sont confrontés aux mêmes difficultés que les programmes de lutte contre la pauvreté et les systèmes d'aide sociale. Par exemple, les critères d'octroi des soins peuvent entraîner un appauvrissement préalable des personnes âgées et des personnes handicapées concernées. La fixation de seuils est un exercice ardu, en particulier parce qu'il se traduit toujours par la création d'un groupe qui n'est pas suffisamment pauvre pour pouvoir prétendre à un financement public, et pourtant pas assez riche pour assumer le coût des soins. Lorsqu'une personne doit vendre sa maison et consommer le fruit de cette vente pour pouvoir prétendre à une prise en charge par l'État, le système peut être considéré comme injuste, surtout si l'on prend en compte l'attachement des personnes âgées à leur logement. L'absence de critères d'octroi uniformes d'une circonscription territoriale à une autre peut également créer une certaine confusion quant aux conditions à remplir pour bénéficier d'un financement public, et nuire à la transparence.

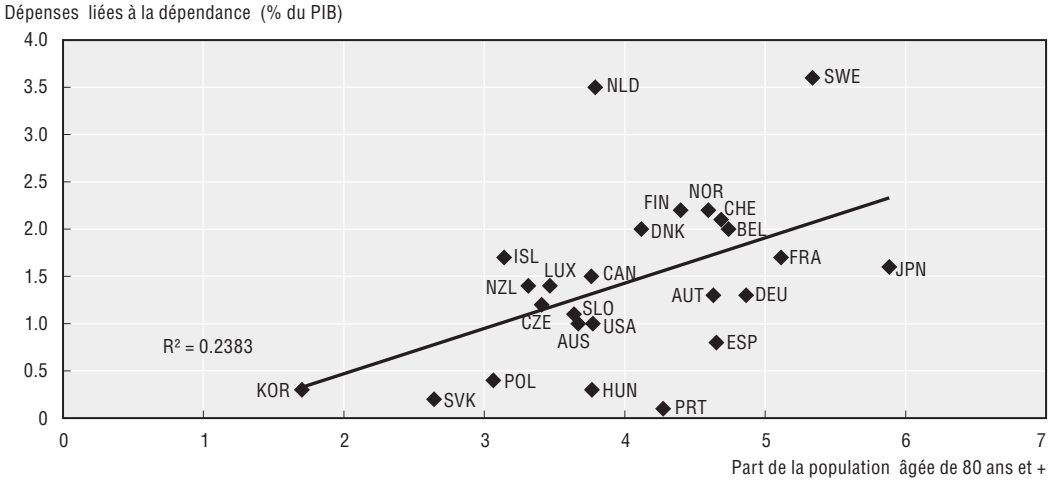
Les droits à prestations concernant un nombre souvent plus limité d'individus et de ménages, ces programmes peuvent ne pas bénéficier de financements et d'investissements suffisants. En période de restrictions budgétaires notamment, ils sont plus exposés à des réductions de budget et à des contraintes de liquidité. Enfin, étant donné la hausse prévue de la demande de soins, l'adéquation d'une telle approche fait débat puisque de nombreuses personnes se voient refuser l'accès aux soins alors qu'elles en ont besoin.

7.3. Même dans les systèmes universels, l'exhaustivité de la couverture peut beaucoup varier

On ne peut imputer les disparités considérables dans la part du PIB que les pays de l'OCDE consacrent à la dépendance au seul fait que la population de certains d'entre eux est plus âgée. Par exemple, les Pays-Bas et la Suède y allouent plus de ressources que la moyenne de l'OCDE et plus que ce que l'on pourrait attendre compte tenu de la part de la population âgée, tandis que le Portugal et la Hongrie font l'inverse (graphique 7.2). Une explication possible est que l'exhaustivité d'un système de couverture de la dépendance – c'est-à-dire son niveau de financement et de protection par rapport aux besoins de prise en charge de celle-ci – varie d'un pays à l'autre.

Graphique 7.2. **Les fluctuations des dépenses liées à la dépendance ne sont pas toujours fortement corrélées avec la proportion de la population ayant plus de 80 ans**

Part de la population de plus de 80 ans et pourcentage du PIB consacré à la dépendance, zone OCDE, 2008 (ou année disponible la plus proche)



Note : Les données relatives au Danemark et à la Suisse se rapportent à 2007 ; celles relatives au Portugal et à la République slovaque à 2006 ; et celles relatives à l'Australie et au Luxembourg à 2005. Les données intègrent les dépenses de prise en charge de la dépendance tant publiques que privées. Les données sur les dépenses relatives à l'Autriche, à la Belgique, au Canada, au Danemark, aux États-Unis, à la Hongrie, à l'Islande, à la Norvège, au Portugal et à la Suisse incluent uniquement les soins médicalisés de longue durée, et n'englobent donc pas les dépenses sociales de prise en charge des soins de longue durée.

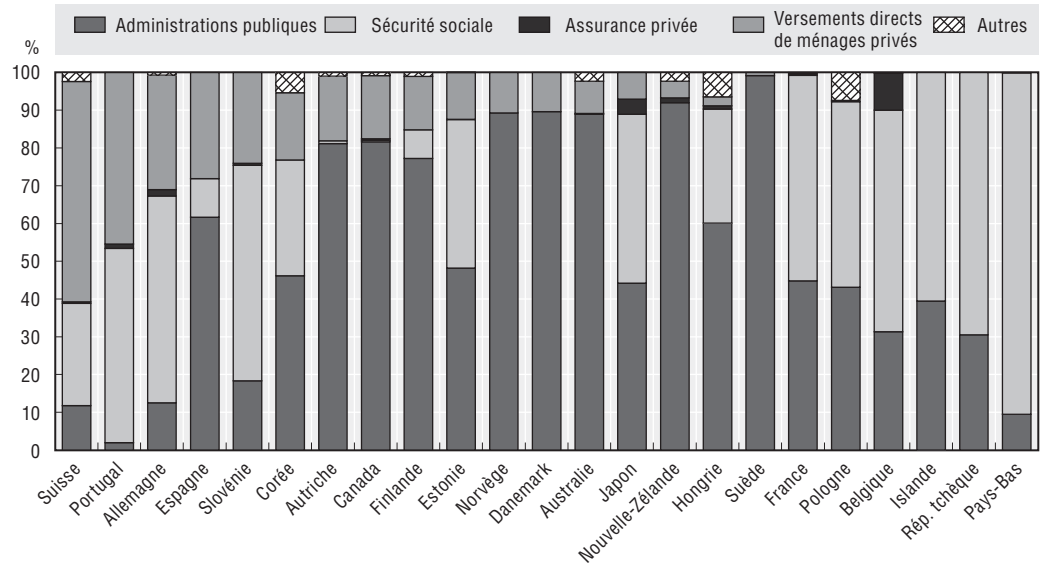
Source : Base de données sociale et démographique de l'OCDE, 2010 et *Éco-Santé OCDE 2010*.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501441

L'évaluation de l'*exhaustivité* d'un système de couverture de la dépendance est un exercice difficile. L'universalité des droits aux soins n'en est qu'un volet, qui a été utilisé pour déterminer la typologie des systèmes présentée plus haut. Mais les systèmes universels de prise en charge de la dépendance ne sont pas tous exhaustifs. Par exemple, une part significative des dépenses reste à la charge des usagers. En Suisse, près de 60 % des dépenses totales liées à la dépendance sont ainsi financées par des fonds privés (36 % si l'on tient compte des prestations en espèces versées au titre de l'assurance-invalidité, vieillesse et survivants). La part de ce reste à charge représente 45 % de l'ensemble des coûts au Portugal, et 30 % environ en Allemagne et en Espagne (OCDE, 2000) (graphique 7.3). Aux États-Unis, elle se monte à 22 % (Kaiser Commission, 2010).

Graphique 7.3. **Dépenses de prise en charge de la dépendance par source de financement, 2007**

Pays classés par ordre décroissant du reste à charge pour l'usager



Note : Les données sur les dépenses restant à la charge des usagers sont sous-estimées pour certains pays. Par exemple, aux Pays-Bas, on estime que la participation au coût des services de prise en charge de la dépendance représente 8 % des dépenses totales correspondantes. La part du reste à charge en Suisse est surestimée du fait de la non-prise en compte des prestations en espèces versées pour les soins en institution.

Source : Système de comptes de la santé de l'OCDE, 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501460

Les conditions d'accès aux droits – qu'un système soit universel ou soumis à conditions de ressources – ne sont qu'une dimension permettant d'évaluer l'exhaustivité de la couverture de la dépendance. En fait, on peut définir trois dimensions :

- les *conditions d'octroi* – système universel ou soumis à conditions de ressources ;
- l'*éventail des services couverts* (importance de la couverture) ;
- l'ampleur de la *participation privée aux coûts* par rapport à la couverture publique (étendue de la couverture).

Tous les pays ont des *conditions d'octroi* qui fixent l'état de dépendance vis-à-vis des soins et, si le système est soumis à conditions de ressources, les niveaux de revenu/patrimoine donnant droit à l'aide publique. L'accès aux soins et le niveau de l'aide publique sont déterminés à partir d'une évaluation des besoins de soins qui est elle-même fonction des handicaps physiques ou cognitifs (tableau 7.3). Cette évaluation aide les gouvernements à cibler les besoins de soins, et obéit à des règles plus ou moins strictes selon le pays. Si nombre des capacités fonctionnelles mesurées sont analogues, les systèmes d'évaluation et les niveaux de dépendance déterminant les droits ne sont pas uniformes d'un pays à l'autre et, dans certains cas, peuvent être très variables d'une circonscription infranationale à une autre. Par exemple, l'Allemagne offre des prestations publiques à 10.5 % de ses seniors, tandis que 13.5 % de la population japonaise âgée de plus de 65 ans en bénéficie (Campbell *et al.*, 2009). Si des travailleurs de la santé ou du secteur social participent au processus d'évaluation, un médecin n'intervient que dans quelques pays, dont par exemple la Belgique et la France. En ce qui concerne les personnes qui remplissent les conditions requises, le montant des prestations est généralement ajusté en fonction du besoin. Une évaluation du revenu et/ou du patrimoine peut également être réalisée pour déterminer la part qui restera à la charge de l'usager ou le montant de l'aide publique (voir plus loin).

Tableau 7.3. **Processus d'évaluation des besoins de prise en charge de la dépendance dans quelques pays de l'OCDE**

	Qui peut demander à bénéficier de soins ?	Détails du processus d'évaluation			Qui peut prétendre aux soins ?	
	Critères d'octroi	Outil d'évaluation	Critères et portée	Évaluateur et processus	Catégories de soins accordées à la suite de l'évaluation	Usagers pouvant prétendre aux soins
Allemagne	Tous les âges	Estimation de la durée spécifique d'aide aux soins nécessaire, à partir d'une échelle prédéfinie du temps nécessaire pour chaque AVQ	– Pertes de capacité à accomplir des AVQ – 20-25 minutes pour se laver entièrement, 2-3 minutes pour couper la nourriture, 15-20 minutes pour manger, et 4-6 minutes pour se déshabiller entièrement	– Administrations communales chargées de définir les méthodes d'affectation des soins – Service d'évaluation médicale de la caisse d'assurance maladie de la personne – L'évaluateur n'est pas tenu de se conformer strictement au tableau, ce qui favorise une certaine souplesse	n. d.	Ceux qui ont besoin d'un minimum de 46 minutes d'aide aux AVQ (sur 90 minutes) par jour.
Australie	Personnes âgées	Pour les soins en établissement : instrument de financement des soins aux personnes âgées *(Aged Care Funding Instrument – ACFI)*.	– Douze questions sur les besoins de soins – Des informations diagnostiques sur les troubles mentaux et comportementaux et sur d'autres maladies sont également collectées	Établissements de soins pour personnes âgées	Trois catégories de besoins liés aux AIVQ, au comportement et aux soins de santé complexes	
Belgique	Tous les âges (évaluation pour les allocations en espèces) Tous les âges (évaluation pour les soins médicalisés)	– Lignes directrices APA-THAB relatives à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, utilisées pour guider les médecins dans leur évaluation	– AVQ et sensibilité aux risques	Examen pratiqué par un médecin fonctionnaire de l'administration fédérale	Des points sont attribués en fonction de l'évaluation	En fonction du nombre de points alloués
		–Outil d'évaluation standardisé et échelle (KATZ) pour les soins de longue durée en établissement ou à domicile	– Évaluation de six capacités sur une échelle à quatre points et évaluation de l'état cognitif	Examen par l'infirmier/infirmière du patient (+ contrôle public par un médecin)	Quatre ou cinq catégories de besoins (soins à domicile/en établissement)	
France	Personnes de plus de 60 ans (pour l'APA)	Outil d'évaluation standardisé (AGGIR – Autonomie gérontologie groupes iso-ressources)	– Pertes de capacité à accomplir des AVQ – Évaluation de dix capacités sur une échelle de 1 à 3	– Une équipe socio-médicale procède à l'évaluation – Un programme informatique national standardisé compile les résultats	Les usagers sont affectés à 6 catégories de besoins	– Quatre premières catégories AGGIR sur les six. – Prestations APA également subordonnées au revenu du demandeur
	Personnes handicapées non seniors (Prestation de compensation du handicap, PCH).	Outil d'évaluation standardisé (GEVA, Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées)	Programme personnalisé	Le GEVA n'a pas vocation à classer les individus dans de grandes catégories de soins ; l'évaluation est individualisée		Toutes les personnes présentant un handicap

Tableau 7.3. **Processus d'évaluation des besoins de prise en charge de la dépendance dans quelques pays de l'OCDE** *(suite)*

	Qui peut demander à bénéficier de soins ?	Détails du processus d'évaluation			Qui peut prétendre aux soins ?	
	Critères d'octroi	Outil d'évaluation	Critères et portée	Évaluateur et processus	Catégories de soins accordées à la suite de l'évaluation	Usagers pouvant prétendre aux soins
Japon	Citoyens de plus de 65 ans, et ceux ayant entre 40 et 65 ans souffrant de maladies liées à l'âge (Parkinson ou Alzheimer, cancer en phase terminale).	– Un outil national standardisé s'appuyant sur une liste de 74 points est utilisé pour l'évaluation	État physique et mental du demandeur	– Les demandeurs doivent prendre contact avec leur municipalité, où le questionnaire standardisé leur sera administré – Un programme informatique standardisé évalue les réponses au questionnaire, et est complété par l'évaluation d'un médecin – Dans un deuxième temps, examen par une commission indépendante composée de médecins de ville, de gestionnaires des soins et du médecin du demandeur	Sept niveaux	– Les deux niveaux les plus bas déterminent l'admissibilité aux services de prévention – Les 5 niveaux les plus élevés donnent droits aux soins
Pays-Bas	Tous les âges	Outil national standard créé par le ministère de la Santé	– Handicaps psychogériatriques ou physiques – Handicaps évalués sur une échelle de 1 à 4	Organisme gouvernemental indépendant (*Centre d'évaluation des soins – CIZ*).	Pas de catégories spécifiques ; il y a quatre étapes pour déterminer l'admissibilité aux soins	La procédure d'octroi tient compte des pertes de capacité à accomplir les AVQ, des autres solutions possibles (réadaptation ou aménagements du domicile) et de la capacité des aidants familiaux à assurer une aide
République tchèque	Tous les âges	Défini par la loi pour l'ensemble du pays	Une liste de contrôle de 36 AVQ/AIVQ répartit les individus en quatre groupes selon leur nombre de « points d'incapacité ». Les enfants ont besoin de moins de points pour prétendre aux prestations.	Examen médical et évaluation par un travailleur social portant sur les 36 restrictions à l'accomplissement d'AVQ/AIVQ	Quatre niveaux	Plus de 12 points = niveau 1 Plus de 18 points = niveau 2 Plus de 24 points = niveau 3 Plus de 30 points = niveau 4
Royaume-Uni	Personnes âgées handicapées (aide familiale)	Différents outils sont disponibles tels que les *Resource Allocations Systems (RAS)* et les *Single Assessment Processes (SAP)*	Catégories nationales de soins types reposant sur la gravité de la dépendance ou du risque de dépendance (*Fair Access to Care System – FACS).*	Administration communale, *National Health Service* (pour les soins de longue durée liés à la santé) et, pour les personnes d'âge actif et pour les jeunes, dispositifs de la sécurité sociale	Quatre niveaux de besoins	Ce sont les autorités locales qui tranchent
	Personnes âgées handicapées (soins de santé)	– *Checklist Continuing Care* du NHS – *Decision Support Tool* du NHS	– 11 domaines de soins – Cognition, comportement, communication, mobilité, et continence	Un professionnel de la santé évalue le besoin de soins de santé en se référant à la liste de contrôle	Quatre groupes fondés sur la gravité du cas	
Suède	Tous les âges	Pas d'outil de mesure formalisé	n. d.	Des travailleurs employés par la municipalité procèdent à l'évaluation	Pas de catégorie spécifique	Les prestations sont à la discrétion de l'évaluateur

Source : Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée ; Ros, W., A. Van der Zalm, J. Eijlderset et G. Schrijvers (2010), *How is the Need for Care and its Allocation Determined in Europe?*, UMC Utrecht (pour le compte du CIZ).

Un certain nombre de pays – dont les États-Unis pour Medicare et Medicaid, le Canada pour *Chronic Care Funding* (Ontario), des régions de la Suisse, l'Islande, l'Espagne, l'Italie, et la Finlande – ont recours à l'*International Resident Assessment Instrument (interRAI)* pour évaluer les besoins de soins et mieux cibler l'aide à la prise en charge. L'interRAI se compose de différents outils d'évaluation standardisés qui s'appliquent à différentes structures de soins tels que les soins en établissement (*RAI-LTCF*), les soins à domicile (*RAI-HC*), les soins palliatifs (*RAI-PC*) et la santé mentale (*RAI-MH*). Tous les outils interRAI alignent un ensemble de points essentiels à évaluer (fonctions physiques, motricité, cognition, douleur, complexité clinique) et peuvent être utilisés systématiquement dans différents cadres de soins. Pour assurer une certaine homogénéité, chaque outil s'accompagne d'une formation et d'un manuel de référence. L'utilisation de l'interRAI peut appuyer les efforts déployés en faveur de la continuité dans les soins et d'une meilleure coordination grâce à un système d'information sanitaire intégré, et venir en complément du suivi de la qualité et des résultats des soins.

En ce qui concerne le deuxième élément (l'*importance de la couverture),* la prise en charge de la dépendance comprend de multiples services (soins médicalisés spécialisés, travail social, soins à la personne, équipement médical et technologies médicales, thérapies), assurés par différents prestataires (personnel infirmier, aidants peu qualifiés, personnel paramédical) dans différents cadres (soins à domicile, en établissement, en ville). Si la typologie présentée dans ce chapitre se concentre sur les disparités de couverture des soins à la personne, les dispositifs de remboursement peuvent varier, par exemple, s'agissant :

- Des soins de santé/infirmiers ;
- De l'aide à domicile, de l'aide pratique, du matériel d'assistance ;
- Des frais de séjour.

Les *soins de santé/infirmiers*, qui exigent des actes médicaux généralement assurés par du personnel infirmier (administrer des médicaments et changer les pansements, par exemple), sont généralement couverts par les dispositifs publics de financement de la santé. Cependant, les conditions de couverture peuvent dépendre du cadre des soins et du type de prestataire. Par exemple, c'est le système de santé qui couvre les soins médicalisés lorsqu'ils sont prodigués en même temps que d'autres soins médicaux et dans leur cadre, qu'il s'agisse de l'hôpital ou du domicile. Lorsque les soins médicalisés sont dispensés dans un établissement médicalisé de long séjour, leur couverture varie d'un pays à l'autre. Les pays appartenant au groupe qui pratique une « couverture universelle dans le cadre d'un programme unique » ont tendance à réunir ce coût et le coût des soins à la personne (mais pas le Japon). À l'inverse, les pays dotés de systèmes à filet de sécurité et certains de ceux qui disposent d'un système mixte ont tendance à appliquer des procédures distinctes de facturation et de remboursement pour les coûts liés à la santé et aux soins à la personne (France, Belgique, États-Unis, République tchèque, Royaume-Uni pour le coût des soins de suite par exemple). Pour les soins à domicile, la couverture se fait souvent *via* le système de santé s'ils sont prodigués par du personnel infirmier, tandis qu'elle suit les règles appliquées aux soins à la personne s'ils sont dispensés par une main-d'œuvre peu qualifiée.

Souvent l'*aide à domicile*, l'aide pratique (ménage, cuisine) et l'aide aux AIVQ n'est pas couverte par les systèmes publics de prise en charge de la dépendance, sauf dans les pays dotés d'une couverture exhaustive (certains pays nordiques par exemple). Cependant, dans certains pays, ces services peuvent être inclus dans des programmes de soins conçus pour fournir – sous forme d'offre globale – les services les plus adaptés aux usagers, comme en

Autriche et en Belgique, ou au Royaume-Uni pour les soins à domicile. De même, la mise à disposition d'équipements et de matériels et technologies d'assistance est incluse dans les offres globales de soins à domicile de certains pays de l'OCDE tels que l'Australie, la Suède, le Canada, la République tchèque, le Japon[11] et la Slovénie.

En ce qui concerne les *frais de séjour* qui s'appliquent aux résidents des établissements médicalisés de long séjour, ils sont souvent exclus des programmes de couverture publique de la dépendance, sauf pour les personnes à faible revenu pouvant prétendre à une aide ciblée. L'aide publique au titre des frais d'accueil en centres médicalisés de long séjour est donc généralement soumise à conditions de ressources. Même dans les pays dotés d'une couverture dépendance universelle très complète, une participation significative aux coûts peut être exigée pour cette composante. Par exemple, en Norvège, la part du coût que les municipalités demandent aux résidents d'assumer peut atteindre 80 % de leur revenu.

S'agissant de cette composante du coût de la dépendance, les pays de l'OCDE peuvent être regroupés en trois grands groupes, des systèmes les moins complets aux systèmes les plus complets (tableau 7.4). Dans les programmes à filet de sécurité, comme nous l'avons déjà indiqué, les usagers doivent d'abord épuiser leur revenu et leur patrimoine avant de pouvoir prétendre à une couverture des soins, notamment en centre médicalisé de long séjour. De nombreux pays de l'OCDE – comme la France, la Belgique, l'Allemagne – séparent les frais de séjour du coût des soins à la personne et des soins médicalisés, et demandent à l'usager (ou à sa famille) de payer lui-même les frais de séjour, à moins qu'il ne bénéficie de l'aide sociale, d'allocations de logement ciblées ou d'autres formes d'aide financière. D'autres pays intègrent les frais de séjour à la couverture dépendance, mais exigent des usagers des cotisations fixées en fonction de leur revenu et, dans certains cas, de leur patrimoine (Pays-Bas, pays nordiques, Australie, Nouvelle-Zélande, Irlande par exemple). Enfin, au Japon, les frais de séjour sont décidés par un contrat. Il ya une limite sur le paiement pour le usagers à faible revenu, ce qui rend leur part des frais fixes, avec le reste couverte par la prestation d'assurance.

Tableau 7.4. **Différentes méthodes de couverture des frais d'accueil en centre médicalisé de long séjour dans les pays de l'OCDE**

Aide publique pour les frais de séjour uniquement accessible aux pauvres qui remplissent les conditions requises		Participation aux frais de séjour fixée en fonction des ressources	
Coût des frais de séjour traité comme d'autres coûts liés à la dépendance, dans le cadre de programmes de prise en charge de la dépendance à filet de sécurité	Coût des frais de séjour traité séparément des autres coûts liés à la dépendance, dans le cadre de l'aide sociale	Fixée en fonction du revenu	Fixée en fonction de critères de revenu et de patrimoine
Royaume-Uni, États-Unis (Medicaid), Slovénie	Allemagne, Belgique, France, Suisse, Italie, Pologne, Slovaquie, République tchèque, Espagne, Portugal, Corée	Norvège, Suède, Pays-Bas, Finlande, certaines provinces canadiennes, Nouvelle-Zélande	Australie, certaines provinces canadiennes, Irlande

Source : Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et financement des soins de longue durée, 2009-10.

Le troisième volet de l'exhaustivité – la *participation aux coûts* – montre l'étendue de la protection financière qu'offre le programme public de prise en charge de la dépendance. Tous les programmes de couverture publique des pays de l'OCDE exigent des usagers qu'ils assument une partie du coût des soins à la personne à laquelle ils ont droit. Mais la méthode et l'étendue de cette exigence varient beaucoup d'un pays à l'autre.

En plus de systèmes soumis à conditions de ressources, on peut identifier trois démarches principales (encadré 7.1). La première consiste à fixer (plafonner) la contribution versée par le système public, et à laisser aux particuliers le soin de payer la différence de coût entre ce montant public et le coût réel des services des soins de longue durée (Allemagne, République tchèque, France, Italie, Autriche). Dans l'assurance dépendance allemande, un tiers du financement total reste à la charge du patient et différents types d'usagers bénéficient de l'assurance sociale. Une participation forfaitaire aux coûts, représentant un pourcentage donné du coût de l'aide et des soins de longue durée, est réclamée en Belgique, en Corée (20 % en établissement, 15 % à domicile) et au Japon (10 %), avec un plafond en Belgique et au Japon, mais pas en Corée. Enfin, la participation privée aux coûts de la prise en charge des soins de longue durée peut être déterminée en fonction du revenu disponible et, dans certains cas, du patrimoine de l'usager concerné. Les plafonds pris en compte pour calculer la part assumée par le bénéficiaire des soins, les composantes du revenu et du patrimoine dont il est tenu compte et la proportion du revenu ou du patrimoine que la participation aux coûts représente sont très variables d'un pays à l'autre. Par exemple, en Suède, la participation aux coûts est liée au revenu et plafonnée à 180 EUR par mois pour les services d'aide à domicile, tandis qu'en Irlande (depuis 2010), les particuliers doivent contribuer à hauteur de 80 % de leur revenu imposable et de 5 % de la valeur de leur patrimoine au coût des centres médicalisés de long séjour, et qu'aux Pays-Bas 9 % des dépenses de l'AWBZ sont financés à partir de la participation aux coûts fixée en fonction du revenu (avec un plafond de 1 800 EUR par mois).

Encadré 7.1. **Dans les pays de l'OCDE, la participation aux coûts revêt quatre formes principales**

Forme 1 : Systèmes soumis à conditions de ressources : les usagers doivent d'abord épuiser leurs ressources

États-Unis : les services de Medicaid n'exigent de l'usager aucune participation aux frais, mais l'accès aux prestations Medicaid est soumis à des critères de revenu et de patrimoine.

Royaume-Uni : le système national de cotisations privées pour les soins en établissement est soumis à conditions de ressources, de sorte que tout détenteur de plus de 23 250 GBP d'économies ne peut prétendre à l'aide publique au titre des coûts des soins de longue durée en établissement médicalisé, tous les frais étant à sa charge. Les personnes qui disposent de moins de 23 250 GBP sont elles aussi tenues de contribuer aux coûts des soins, mais bénéficient d'une certaine aide des autorités locales. Celles qui détiennent moins de 14 250 GBP voient tous leurs frais de soins de longue durée en établissement pris en charge par la puissance publique.

Slovénie : tous les coûts des services d'aide familiale sont à la charge des bénéficiaires des soins. Une exonération est possible dans des situations financières exceptionnelles et après évaluation des ressources du ménage. Dans ce cas, la municipalité prend en charge l'ensemble des frais.

Forme 2 : Contribution publique définie, participation résiduelle aux coûts

Allemagne : la participation aux coûts s'applique lorsque les coûts des services afférents à la dépendance sont supérieurs aux prestations publiques fixes. La famille est tenue de participer aux coûts qui dépassent les prestations publiques légales. En ce qui concerne les soins en établissement, les frais d'hébergement et de repas sont à la charge des bénéficiaires

Encadré 7.1. **Dans les pays de l'OCDE, la participation aux coûts revêt quatre formes principales** *(suite)*

des soins. Dans le cas où ceux-ci ne seraient pas en mesure d'assumer les frais liés à leur dépendance, ils ont la possibilité de bénéficier de l'aide sociale après évaluation de leur revenu, de leur patrimoine et de leur situation sociale.

Australie : il est demandé aux résidents en établissement de payer un forfait journalier de base au titre des frais de logement et de subsistance (repas, chauffage et climatisation, etc.). Les plafonds contributifs sont réglementés et correspondent à un pourcentage de la pension de vieillesse de base d'un célibataire (environ 85 %, soit quelque 14 000 AUD par an). De plus, les résidents paient pour les soins qu'ils reçoivent des frais supplémentaires plafonnés à 22 700 AUD par an. Ces frais sont soumis à un critère de revenu, de sorte que les résidents dont le revenu est inférieur à environ 21 500 AUD par an et dont le patrimoine est inférieur à 37 500 AUD en sont exemptés.

Autriche : les personnes dépendantes assistées pour les AVQ ont droit à une prestation universelle en espèces déterminée par le niveau de leurs besoins. L'État peut leur verser jusqu'à 1 655 EUR par mois. En 2007, une nouvelle prestation soumise à condition de revenu (dite prestation pour soins 24 heures sur 24) est venue compléter l'allocation universelle en espèces.

France : les prestations APA sont soumises à des plafonds nationaux et leur niveau diminue en fonction des revenus. Ces derniers incluent une partie des éventuels loyers imputés (d'une résidence secondaire, par exemple), mais pas le loyer imputé associé à la résidence principale.

Forme 3 : Participation forfaitaire aux coûts

Belgique : la participation privée aux coûts des soins à la personne suit les mêmes règles que celles qui s'appliquent à l'assurance santé. Les versements au titre des services d'aide familiale dispensés à domicile varient selon le revenu et en fonction de l'octroi des prestations invalidité.

Corée : dans le cadre du système national d'assurance dépendance, les bénéficiaires doivent régler 20 % de l'ensemble des coûts des services en établissement médicalisé et 15 % du coût total des soins à domicile. Après évaluation du revenu et du patrimoine du ménage, le bénéficiaire à faible revenu peut le cas échéant ne payer que la moitié des tarifs individuels de base. Les bénéficiaires de l'aide sociale sont exonérés de la participation aux coûts.

Japon : dans le cadre du système public d'assurance dépendance sociale, la participation financière des usagers est fixée à 10 % et s'applique à l'ensemble des services de prise en charge de la dépendance financés sur fonds publics, à l'exception des services de prévention de la dépendance.

Forme 4 : Prestations sous conditions de revenu ou de patrimoine

Canada : dans un certain nombre de provinces (Colombie britannique, Saskatchewan, Manitoba et Ontario), le niveau de la participation financière des usagers aux services de soins en établissement répond à différents taux mensuels selon le revenu de chacun. Dans un certain nombre de provinces (provinces atlantiques), les résidents doivent s'acquitter de l'intégralité du coût d'un centre médicalisé de long séjour, ce qui équivaut généralement aux frais de séjour, sauf si leur revenu est jugé insuffisant pour le payer.

Encadré 7.1. **Dans les pays de l'OCDE, la participation aux coûts revêt quatre formes principales** *(suite)*

Espagne : les contributions privées sont déterminées par chaque région autonome et différenciées en fonction de la structure de soins et du type de service. Le niveau de la participation aux coûts dépend d'une évaluation de la capacité financière, qui tient généralement compte du capital disponible, du patrimoine immobilier du bénéficiaire, et du revenu du ménage. Suivant la capacité économique d'un individu, les contributions au titre des soins en établissement vont de 70 à 90 % et de 10 à 65 % dans le cas de l'aide à domicile.

Finlande : en ce qui concerne les soins à domicile, les cotisations privées sont fixées en fonction de la quantité de soins nécessaire et du revenu du bénéficiaire des soins et des autres membres du ménage, et couvrent environ 15 % de l'ensemble des coûts. Dans le cas des soins de longue durée en établissement, les contributions personnelles sont fixées à 85 % du revenu net du bénéficiaire. En ce qui concerne les établissements qui prodiguent des soins aux personnes âgées, la participation des patients aux frais représente près de 20 % du coût total.

Hongrie : la participation aux coûts concerne les soins de santé, ainsi que les traitements chroniques en hôpital, les soins sociaux en établissement pour personnes âgées et le soutien social aux AIVQ. Les contributions personnelles sont déterminées en fonction du revenu du ménage et de la situation sociale du bénéficiaire des soins. En ce qui concerne les soins en établissement, les contributions ne peuvent excéder 80 % du revenu total du bénéficiaire et les contributions au titre de services liés à la santé correspondent à des taux quotidiens fixes.

Irlande : dans le cas des soins en établissement, le montant de la contribution des patients s'élève à 80 % de leur revenu imposable et à 5 % de la valeur de leur patrimoine foncier et immobilier au-delà de 36 000 EUR pour une personne seule et de 72 000 EUR pour un couple. Le patrimoine inclut la résidence principale pendant les trois premières années (mécanisme de report limité à trois ans). En ce qui concerne les couples dont l'un des conjoints continue d'occuper la résidence principale, la contribution personnelle de celui ou celle qui réside en centre médicalisé de long séjour est déterminée sur la base de la moitié des revenus et du patrimoine combinés.

Nouvelle-Zélande : les contributions privées sont déterminées par le biais de l'évaluation des ressources, qui mesure les niveaux de revenu et d'épargne et la valeur du logement, avec des plafonds annuels. Une évaluation spécifique des ressources financières s'applique aux personnes de plus de 65 ans pour la participation aux coûts des soins en établissement.

Norvège : les municipalités disposent d'une certaine souplesse pour fixer les contributions personnelles, à condition de respecter quelques principes. Les contributions personnelles sont généralement établies en fonction du revenu, sauf en ce qui concerne l'accueil de courte durée en centre médicalisé de long séjour, la contribution étant dans ce cas fixée indépendamment du revenu. En ce qui concerne l'accueil de longue durée en centre médicalisé de long séjour, les contributions personnelles ne peuvent dépasser 80 % du revenu du résident au-delà d'un certain montant, tandis que dans le cas des soins à domicile, la participation des usagers aux frais est calculée de manière à laisser au bénéficiaire un revenu minimum lui permettant d'assumer ses autres dépenses.

Encadré 7.1. **Dans les pays de l'OCDE, la participation aux coûts revêt quatre formes principales** *(suite)*

Pays-Bas : les bénéficiaires de prestations dépendance doivent acquitter un tarif fixe pour chaque heure de soins reçue, dans les limites d'un plafond subordonné au revenu. Le reste à charge minimum est fixé à quelque 140 EUR par mois. Le plafond varie en fonction de la taille du ménage et de l'âge de la personne handicapée – plus de 65 ans ou non. En ce qui concerne ceux qui reçoivent des soins en établissement, deux formules de participation aux coûts s'appliquent. Dans la première (et pendant les 6 premiers mois), la contribution privée commence à 1 700 EUR ou 12.5 % du revenu concerné (le plus faible des deux montants étant retenu), et plafonne à 9 000 EUR par an. Dans la seconde, la contribution privée peut aller jusqu'à environ 22 000 EUR (Mot, 2010).

Pologne : le niveau de revenu d'un bénéficiaire a une incidence sur le montant des contributions privées dont il doit s'acquitter, mais n'influe pas sur son droit à des services de prise en charge de sa dépendance.

République slovaque : chaque région a une certaine souplesse pour fixer les contributions privées, qui sont applicables à tous les services sociaux sauf le suivi psychologique, la réinsertion sociale et l'ergothérapie. En ce qui concerne les individus qui peuvent prétendre à une aide publique à la prise en charge (ceux qui ont moins de 39 833 EUR d'économies), la participation aux coûts est déterminée par le biais d'une évaluation des ressources, qui tient généralement compte du revenu, du patrimoine et de l'épargne du demandeur et des autres membres du ménage.

République tchèque : le niveau de la participation aux frais dépend du secteur. Dans les établissements de soins, cette participation se limite au forfait hospitalier (1.2 EUR par jour). Dans le secteur social, le prestataire peut facturer jusqu'à 85 % du revenu (de la pension, par exemple) du client. Le dispositif n'est soumis à aucun critère de revenu ou de ressources.

Suède : les municipalités ont droit à une certaine souplesse au niveau des structures de participation aux coûts, en respectant néanmoins certains principes généraux instaurés par l'administration centrale : les frais doivent être justes, rester inférieurs au coût de production et laisser suffisamment d'argent personnel (allocation personnelle de dépenses) aux usagers. Depuis 2003, des règles centrales définissent les plafonds des contributions personnelles à la fois pour les services à la personne et les frais de séjour, ainsi que des planchers pour l'argent personnel. Le plafond des contributions personnelles est fixé à environ 1 700 SEK par mois (à peu près 175 EUR) pour les services à la personne et à environ 1 800 SEK par mois (à peu près 180 EUR) pour les frais de séjour. Le montant minimum de l'allocation personnelle de dépenses est fixé à environ 4 800 SEK par mois (490 EUR) pour les personnes seules et à 4 050 SEK (environ 415 EUR par personne en cas de cohabitation avec le partenaire) (Karlsson et Iversonm, 2010).

Source : Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, 2009-10, et autres informations collectées par le Secrétariat de l'OCDE.

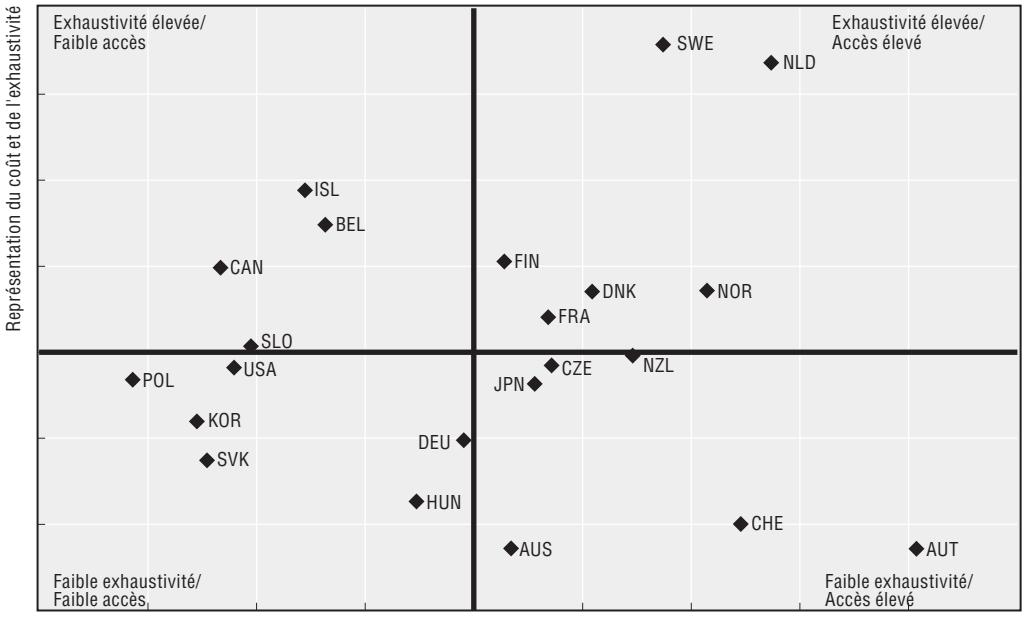
Comme nous l'avons déjà dit, il est difficile de procéder à une évaluation générale de l'exhaustivité des dispositifs. Malgré des données lacunaires sur les dépenses privées d'aide et de soins de longue durée, les chiffres du graphique 7.3 donnent une idée globale de l'ampleur de la participation privée aux coûts des services de prise en charge de la dépendance financés sur fonds publics (étendue de la couverture), mais ne livrent aucune indication sur les différences observables dans l'éventail des services couverts

(importance de la couverture). Une autre manière d'envisager cette question est illustrée au graphique 7.4, qui représente :

- Sur l'axe horizontal, la probabilité qu'un individu âgé de 65 ans ait recours à des services liés à la dépendance, mesurée par la distance de chaque pays par rapport à la proportion moyenne de bénéficiaires de services de ce type dans la population de plus de 65 ans ;
- Sur l'axe vertical, les dépenses de prise en charge de la dépendance par rapport au PIB, mesurées par la distance de chaque pays par rapport à la moyenne de l'OCDE, en prenant en compte à la fois la proportion de la population de plus de 65 ans ayant recours à des services liés à la dépendance et la proportion de la population de plus de 65 ans du pays.

Graphique 7.4. **Exhaustivité de la couverture publique de la dépendance dans la zone OCDE, 2008**

Proportion de bénéficiaires de prestations dépendance dans la population de plus de 65 ans (axe des X) et ratio des dépenses liées à la dépendance par rapport au PIB (axe des Y)



Note : Chaque petit losange assorti d'un sigle de pays indique la distance par rapport à la proportion moyenne de bénéficiaires de prestations dépendance dans la population de plus de 65 ans (axe des X) et la distance par rapport au ratio moyen des dépenses de prise en charge de la dépendance par rapport au PIB (axe des Y), dans la zone OCDE. Les données relatives aux dépenses englobent les dépenses liées à la dépendance tant publiques que privées. Pour l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, les États-Unis, la Hongrie, l'Islande, la Norvège, le Portugal et la Suisse, elles ne couvrent que les soins médicalisés de longue durée.

Source : Éco-Santé OCDE 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501479

On peut considérer l'axe horizontal comme indicatif des conditions d'accès au système, et la position sur l'axe vertical comme une indication de l'importance et de l'étendue de la couverture. Cette position verticale traduit aussi les disparités de coût relatif – élevé ou bas – des soins dans un pays (coût et prix unitaires), ainsi que les variations des proportions relatives de la population de moins de 65 ans ayant recours à des prestations dépendance.

7.4. Des approches différentes mais des orientations analogues – universalisme et modèles privilégiant le choix

L'analyse du financement public de la prise en charge de la dépendance dans les pays de l'OCDE révèle la complexité des dispositifs existants. Rares sont les pays où la couverture de la dépendance suit des modèles « purs ». La couverture proposée découle également d'objectifs d'action, de philosophies et de cadres institutionnels hétérogènes. Cette grande diversité n'empêche toutefois pas les dispositifs de la zone OCDE d'emprunter certaines voies semblables.

Les modèles de couverture sont le reflet de motivations et d'environnements institutionnels variés

En ce qui concerne le développement d'une offre formelle de prise en charge de la dépendance, les pays de l'OCDE se situent à divers stades, en raison notamment de structures vieillissantes, de visions différentes des responsabilités familiales vis-à-vis des personnes dépendantes, et de disparités de stature économique. Par exemple, l'offre et l'utilisation de services formels est relativement limitée dans certains pays à faible revenu de l'OCDE (Mexique, Turquie), ainsi que dans les pays d'Europe centrale et dans ceux où existe une forte tradition de prise en charge par la famille (pays méditerranéens par exemple). Ces éléments ont des incidences sur l'évolution de l'offre de mécanismes de financement de la dépendance (et inversement) et sur les montants des dépenses afférentes.

Il existe une diversité considérable, peut-être plus grande encore que dans le cas des soins de santé, dans ce que les sociétés considèrent comme le juste équilibre entre la responsabilité collective et individuelle en matière de financement du coût des soins aux personnes âgées et aux personnes invalides. Les pays nordiques par exemple sont dotés de systèmes relativement vastes et complets s'appuyant beaucoup sur la dépense publique. La couverture de la dépendance peut s'intégrer à un système de protection sociale très complet dans lequel l'État – plutôt que la famille – est responsable de la mise à disposition de services de prise en charge sur une base universelle (Karlsson et Iversen, 2010). Mais dans d'autres pays, la question de la couverture de la dépendance commence seulement à apparaître dans les débats portant sur l'État-providence. De ce fait, les pays de l'OCDE n'ont pas tous mis en place des droits spécifiques[12] pour la prise en charge des soins de longue durée. Ainsi peut s'expliquer le morcellement des prestations, des programmes et des sources de financement de celle-ci dans certains États. Quelques pays de l'OCDE ne considèrent pas encore la dépendance comme un risque en soi. D'autres, conscients de ce risque, peuvent avoir des marges de manœuvre budgétaires limitées, en particulier lorsque l'argent manque comme à la suite de la récente récession économique.

D'autres motivations peuvent également expliquer la création de programmes similaires de couverture de la dépendance. En Allemagne, la mise en place de l'assurance dépendance en 1995 a été en partie motivée par les limites de l'aide sociale en termes de couverture des usagers concernés, à savoir notamment la stigmatisation des bénéficiaires et le coût croissant pour les municipalités (Arntz et Thomsen, 2010). Les soins informels prodigués par le cercle familial et amical continuent d'être considérés comme un complément très utile. En effet, l'usager allemand peut choisir de recevoir les prestations en nature ou en espèces, ce qui peut permettre d'indemniser un aidant familial. À l'inverse, le souhait de ne pas enfermer les femmes dans un rôle d'aidante a été à l'origine de la mise en place du système japonais de prise en charge de la dépendance et du choix d'offrir

uniquement des prestations en nature (c'est-à-dire des services) (Campbell et Ikegami, 2000 ; Campbell et al., 2009). Au Japon comme en Corée, le souci d'éviter de coûteuses hospitalisations, dites sociales, des personnes âgées exigeant des soins de longue durée a été un autre grand objectif associé à la création d'un système autonome d'assurance dépendance (Kwon, 2008). L'extension de la couverture à certains services peut aussi être une manière d'inciter les prestataires de services à entrer sur le marché, ou d'encourager certaines structures. Par exemple, pour stimuler les soins à domicile, on a fait en sorte que des soins plus complets ou universels puissent être dispensés à domicile (comme par exemple au Canada).

Les politiques de couverture de la dépendance ne partent néanmoins pas de zéro (Ikegami, 2010). Le choix des sources et des systèmes de financement s'appuie sur la structure administrative existante. Tous les pays dotés d'une assurance dépendance sociale ont recours pour les soins de santé aux mêmes types de dispositifs d'assurance sociale ; il en va de même là où la fiscalité finance la couverture de la dépendance. Des visions différentes de la nature de celle-ci – considérée tantôt comme un risque sanitaire, tantôt comme un risque social – ont conduit des pays à mettre en place des dispositifs de couverture qui peuvent en partie faire double emploi avec la couverture santé, mais les frontières entre la santé et le social ne sont pas uniformes d'un pays de l'OCDE à l'autre. Par exemple, la quasi-totalité des services de prise en charge de la dépendance sont considérés comme une composante du système de santé en Belgique, où une majorité des soins est assurée par du personnel infirmier. D'autres pays de l'OCDE – comme l'Australie – considèrent les soins à la personne comme un élément indissociable du secteur social. Dans de nombreux pays d'Europe orientale, on a tendance à penser que l'aide à la prise en charge de la dépendance est avant tout une responsabilité familiale, et les formules de couverture publique se caractérisent par leur morcellement, faisant pendant à la séparation entre le secteur de la santé et le secteur social (Österle, 2010).

Enfin, les dispositifs institutionnels existants peuvent également influer sur la répartition des responsabilités entre les autorités centrales et locales. Généralement, les autorités locales disposent d'une grande autonomie dans la mise en œuvre des programmes, l'évaluation des besoins et la fourniture des services, et souvent, elles participent au financement. Cette structure de gouvernance a sa logique et ses avantages. Elle permet aux services d'être organisés et fournis à proximité du lieu où se situe le besoin, et d'être adaptés aux collectivités. Elle favorise une certaine souplesse dans les décisions de dépenses et permet aux organes de l'administration infranationale de définir les priorités relatives entre les orientations. Toutefois, l'absence de dispositifs de participation aux coûts et de péréquation dans les échelons inférieurs de l'administration peut engendrer des inégalités de traitement d'une localité à une autre pour les mêmes types de besoins.

Les systèmes de prise en charge de la dépendance convergent

En dépit de la diversité des approches, les systèmes de prise en charge de la dépendance ont, au fil du temps, pris certaines directions communes dans les pays de l'OCDE. Le niveau de la couverture publique des coûts afférents augmente dans de nombreux pays où elle était limitée, ou bien dans ceux où l'attribution des aides est strictement ciblée, même si l'on constate également un ciblage plus précis des dépenses publiques dans les systèmes les plus complets. Les réformes récentes intervenues dans un certain nombre de pays ont été soutenues par la volonté d'élargir le choix et l'influence du consommateur. Les dépenses relatives à la dépendance augmentent en proportion du PIB, et devraient croître

plus vite que les autres domaines de l'action gouvernementale qui, comme les soins de santé, connaissent une croissance rapide[13].

À une extrémité du spectre, certains filets de sécurité soumis à conditions de ressources ont été remis en cause, essentiellement par souci d'équité et à cause de l'intensification des besoins. Les conditions de ressources imposées pour l'accueil en établissement de long séjour sont progressivement supprimées en Nouvelle-Zélande, tandis que l'Irlande a introduit en 2009 un système d'« universalisme sur mesure » pour la couverture des soins en établissement. En Angleterre, en dépit de prestations d'invalidité universelles, la protection sociale soumise à conditions de ressources expose de nombreuses personnes dépendantes se situant au-dessus du seuil de revenu à des dépenses catastrophiques. En 2010, une commission examinera de nouvelles idées de réforme du système de financement de la dépendance, dont notamment un dispositif d'assurance volontaire destiné à protéger le patrimoine de ceux qui intègrent un établissement de soins, et des programmes de partenariat prévoyant une contribution individuelle compensée par le système public (Wanless, 2006). Les États-Unis sont en train d'introduire un programme public volontaire d'assurance dépendance dans le cadre de la nouvelle législation sur la santé dite CLASS (*Community Living Assistance Services and Supports*).

À l'autre extrémité du spectre, dans les pays dotés d'une couverture universelle complète, la panoplie des services couverts a été examinée de près et réorientée vers les individus aux besoins les plus criants. La Suède a affiné le ciblage des services publics au profit des personnes les plus malades et les plus handicapées (OCDE, 2005). La France a – du moins à moyen terme – suspendu les discussions sur la création d'une nouvelle branche de la Sécurité sociale consacrée à la dépendance, et envisage entre autres un ciblage plus strict de l'APA. Aux Pays-Bas, il a été proposé de réintroduire les conditions de ressources (Bureau Beleidsonderzoek, 2010). L'Autriche a récemment relevé le plancher d'heures d'aide et de soins nécessaire pour que les personnes relativement peu handicapées aient droit à la prestation universelle en espèces. Au Japon, les personnes âgées dont on a estimé après évaluation qu'elles avaient des besoins de soins relativement limités ont été transférées dans un régime préventif.

Ces tendances créent une certaine convergence dans l'« importance » des services pouvant être couverts et dans l'« étendue » de la couverture publique dans les pays. Enfin, dans un contexte de modération des dépenses publiques, il n'est pas rare qu'il faille opérer des arbitrages entre la mise en œuvre d'un large accès et le ciblage de ressources supplémentaires vers ceux qui en ont le plus besoin, à savoir par exemple ceux pour qui les soins sont plus nécessaires ou dont le revenu est plus faible. Ce point sera examiné plus avant au chapitre 9.

Il est important de noter que la couverture universelle d'une partie du coût de prise en charge de la dépendance ne signifie pas que l'accès aux soins soit toujours assuré avec rapidité. Même dans les systèmes à prestations universelles, les conditions d'admission peuvent conduire à privilégier ceux qui ont plus besoin de soins que d'autres. L'universalité du modèle peut également être battue en brèche du fait de la pénurie de prestataires dans les zones semi-urbaines et rurales et du manque d'établissements spécialisés (centres médicalisés de long séjour et centres de convalescence, par exemple). Si les programmes de prise en charge des soins de longue durée sont financés par des budgets fixes ou si les budgets sont limités (dans les pays de l'OCDE à revenu plus faible, par exemple), la couverture se limite aux services qui peuvent être financés, même lorsqu'il existe des droits à certaines prestations dépendance universelles. Des listes d'attente – en particulier

pour l'accès aux centres de long séjour – permettent de mettre en adéquation l'offre de services et les ressources disponibles. Cela signifie que les soins peuvent être ciblés *de facto* en fonction de règles (implicites ou explicites) d'accès et de priorité.

Les dispositifs modernes de prise en charge de la dépendance visent également à offrir plus de choix et de souplesse au consommateur. La demande de soins plus adaptés et plus réactifs s'intensifie. Parmi les systèmes universels et les systèmes à filet de sécurité, plusieurs pays de l'OCDE ont choisi de fournir les prestations dépendance sous forme de droits en espèces ou de budget personnel, afin d'aider la prise en charge par la famille et de donner aux usagers plus d'autonomie dans leur choix ; parfois les pays proposent à la fois des prestations en nature et des prestations en espèces, au gré du patient (Pays-Bas, Allemagne, pays d'Europe orientale, Italie, Angleterre) (Roit *et al.,* 2007 ; Glendinning, 2009). Dans certains cas, la prestation en espèces est *de facto* la seule possible. Si les pays d'Europe centrale et orientale de l'OCDE ne sont pas près de mettre en œuvre un système de prise en charge de la dépendance prévoyant une couverture étendue du coût des soins médicalisés et des soins à la personne, la Hongrie, la Slovaquie et la République tchèque ont mis en place des programmes de rétribution des personnes assurant les soins, lesquels peuvent être utilisés pour dédommager les aidants familiaux et payer une partie des coûts de la dépendance (Österle, 2010). En Italie, l'allocation d'indemnisation des soins, mise en place à l'origine pour assurer un revenu de substitution aux personnes handicapées dans l'incapacité de travailler, bénéficiait à 4 % de la population en 2004 (entre 6 % et 22 % des personnes âgées selon la région), et est aujourd'hui la source principale et la plus importante de soutien financier aux personnes âgées ayant besoin d'une prise en charge des soins de longue durée (IRCCS-INRCA, 2009).

Ces versements directs permettent au bénéficiaire d'avoir plus de choix entre différents prestataires (dont, dans certains cas, des aidants formels et informels) et peuvent renforcer le rôle des ménages dans le processus de gestion des soins (Lundsgaard, 2005). Pourtant, il peut être plus difficile de contrôler l'usage qui est fait des prestations en espèces. Le non-ajustement de la valeur des prestations en fonction de l'inflation des coûts entraîne une véritable perte de pouvoir d'achat qui expose les bénéficiaires à des dépenses personnelles plus élevées.

À l'avenir, le maintien des coûts dans des limites financièrement et budgétairement supportables[14] constituera l'un des principaux objectifs à atteindre. La réserve disponible d'aidants informels étant susceptible de se réduire, tout comme les populations d'âge actif dans leur ensemble, les pays de l'OCDE se verront contraints d'accroître l'offre formelle d'aide et de soins de longue durée. Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses afférentes, probablement plus rapide que la progression des recettes publiques. La demande de systèmes de santé de meilleure qualité et plus réactifs devrait perdurer. Même si certains des objectifs d'un système de prise en charge de la dépendance – large accès, équité – peuvent être atteints en étendant encore l'exhaustivité des dispositifs de couverture, il peut en résulter un rapide alourdissement des coûts, et des effets négatifs involontaires sur l'offre d'aidants familiaux (qui a déjà tendance à diminuer). Si les coûts de la dépendance croissent plus vite que l'économie, les gouvernements devront soit mettre fin aux dépenses dans d'autres domaines, soit relever les cotisations ou les impôts pour financer le surcoût. Ils devront aussi réfléchir à la manière d'optimiser les dépenses des soins de longue durée, en particulier dans l'environnement économique et budgétaire actuel. Les systèmes de financement collectif privé pourraient donc, au moins dans certains pays, jouer un rôle en venant compléter la couverture publique. Les réformes de la fourniture de

services liés à la dépendance pourraient également viser à améliorer la productivité. Ces questions seront examinées plus avant dans les chapitres suivants.

7.5. Conclusion

Le coût potentiellement élevé de la prise en charge de la dépendance et l'incertitude qui entoure les besoins de chacun dans ce domaine rendent nécessaire un mécanisme de couverture de type assurance dépendance. Cette dernière mutualise les risques et protège contre des coûts de prise en charge potentiellement catastrophiques. Si l'assurance dépendance panache nécessairement des services très divers, plusieurs pays se rejoignent sur l'articulation de la couverture proposée.

Dans dix pays de l'OCDE, la couverture dépendance est universelle et repose sur un programme unique, tandis qu'à l'autre extrémité du spectre se situent les États-Unis et l'Angleterre, qui ont recours à des dispositifs soumis à conditions de ressources. La couverture peut aussi être assurée par une association diversifiée de régimes universels et de prestations, ou par un mélange de droits universels et conditionnels.

L'évaluation de l'exhaustivité d'un système de couverture de la dépendance n'est pas chose aisée. Plusieurs dimensions doivent être prises en considération, dont la première concerne les règles d'octroi. La deuxième dimension est l'importance de la couverture, puisque l'état de dépendance nécessite des services multiples, assurés par différents prestataires dans des cadres divers. La troisième est la participation de la personne dépendante aux frais, qui reflète le niveau de protection qu'offre le régime public de prise en charge de la dépendance face aux coûts de celle-ci.

La diversité des structures de vieillissement, des habitudes sociétales de prise en charge familiale et des statuts économiques expliquent que le stade de développement de l'offre formelle de services des soins de longue durée varie d'un pays de l'OCDE à l'autre. Une certaine convergence progressive est toutefois à l'œuvre. Certaines démarches prévoyant des conditions de ressources ont été remises en question, tandis que l'éventail des services couverts a fait lui aussi l'objet, dans les régimes universels, d'un réexamen. Choix du consommateur et flexibilité sont devenus des objectifs centraux des systèmes modernes de prise en charge de la dépendance. Il sera essentiel à l'avenir de contenir la croissance des coûts dans des limites financièrement viables.

Notes

1. Au cours des dix dernières années, le volet sanitaire de la prise en charge de la dépendance a augmenté, par habitant, au rythme annuel moyen de plus de 7 % en termes réels dans 22 pays de l'OCDE, comparé à une hausse réelle moyenne des dépenses de santé d'un peu plus de 4 %.
2. Les sources d'information de cette section sont le *Questionnaire 2009-10 de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée* et d'autres articles indiqués dans le texte. Les descriptions des systèmes nationaux de prise en charge de la dépendance dans la zone OCDE sont disponibles à l'adresse *www.oecd.org/health/longtermcare*.
3. La classification présentée ici n'est pas la seule taxinomie possible de la couverture de la dépendance. Kraus *et al.* (2010), par exemple, classent 21 systèmes européens de prise en charge des soins de longue durée en fonction de leurs caractéristiques résumées en deux dimensions : étendue organisationnelle et générosité financière.
4. Le terme « universel » signifie que tous ceux qui ont besoin d'une prise en charge des soins de longue durée en raison de leur état de dépendance peuvent en bénéficier, y compris les groupes à revenu supérieur, mais il peut tout de même être demandé aux individus de prendre en charge une partie des frais.

5. L'expression « soumis à conditions de ressources » signifie que l'on évalue les « ressources » financières (revenu et patrimoine) d'une personne pour déterminer si elle remplit les conditions requises pour pouvoir bénéficier de prestations dépendance.
6. Les prestations en espèces représentent 0.7 % du PIB, sur un montant total de dépenses de prise en charge de la dépendance s'élevant en 2006 à 3.3 milliards USD, ou 1.1 % du PIB (BMSK, 2008). Les services en nature peuvent être achetés, en utilisant la Pflegegeld pour couvrir les coûts. Conformément à des dispositifs locaux mis en place dans les Länder, le bénéficiaire peut opter pour des prestations en nature si elles sont mieux adaptées aux besoins de soins. Les prestations en nature pour les soins en centre médicalisé de long séjour fournies par les Länder exigent souvent, selon le besoin de soins, une participation aux coûts tenant compte des revenus et du patrimoine.
7. En 2007, près de 1.1 million d'individus ont reçu un total de 4.5 milliards d'EUR (environ 0.25 % du PIB) d'APA ; 40 % d'entre eux à peu près étaient résidents d'un établissement.
8. Le système est progressivement mis en place en commençant par des dispositions relatives aux personnes présentant le degré le plus lourd (degré III) d'invalidité à compter de janvier 2007, le but étant de couvrir les autres personnes présentant des invalidités plus légères d'ici la fin de l'année 2014.
9. Tel est le rôle de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en France.
10. Medicare prend en charge quelques soins de suite, qui représentent 24 % des dépenses. L'assurance dépendance privée prend en charge 9 % des coûts.
11. Même s'il peut y avoir des différences d'une municipalité à une autre.
12. À l'instar par exemple d'obligations de couverture de la dépendance inscrites dans une législation prévue à cet effet (Merlis, 2004).
13. Des scénarios démographiques de base indiquent que les dépenses de santé (hors prise en charge de la dépendance) devraient augmenter d'un peu plus de 50 % d'ici 2050, tandis que les dépenses de prise en charge de la dépendance devraient progresser, elles, de 150 % (OCDE, 2001 et 2006).
14. Voir les définitions au chapitre 9.

Bibliographie

Arntz, M. et S. L. Thomsen (2010), « The Social Long-term Care Insurance: A Frail Pillar of the German Social Insurance System », rapport CESifo DICE , Institut de recherche économique de l'Université de Munich, vol. 8, n° 2, p. 29-34.

Australia Government Productivity Commission (2010), *Caring for Older Australians*, Productivity Commission Issues Paper, mai 2010.

Austrian Federal Ministry of Social Affairs and Consumer Protection (2008), « Austrian Report on Strategies for Social protection and Social Inclusion 2008-2010 », Vienne, septembre.

Bar, N. (2010), « Long-term Care: A Suitable Case for Social Insurance », *Social Policy and Administration*, vol. 44, n° 4, p. 359-374.

Bell, D. et A. Bowes (2007), *Financial care models in Scotland and the UK*, York, Joseph Rowntree Foundation, Royaume-Uni, *www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/1859354408.pdf*, consulté le 28 février 2010.

Bell, D. et A. Bowes (2007), *Free personal care in Scotland. Recent developments*, York, Joseph Rowntree Foundation, Royaume-Uni, *www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/2075-scotland-care-older-people.pdf,* consulté le 28 février 2010.

Bernd, B., Y. Doyle, E. Grundy et M. Mc Kee (2009), « Comment les systèmes de santé peuvent-ils réagir au vieillissement de la population ? », *Policy Brief* n° 10, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

BMSK (2008), *Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. Präsentation der Studie des WIFO*, Vienne.

Bureau Beleidsonderzoek (2010), *Langdurige zorg. Rapport brede heroverwegingen*, avril 2010, La Haye, Inspectie der Rijksfinanciën, *www.minfin.nl/Onderwerpen/Begroting/Brede_heroverwegingen/12_Langdurige_zorg*, consulté le 28 février 2010.

Campbell, J. et N. Ikegami (2000), « Long-term Care Insurance Comes to Japan », *Health Affairs*, vol. 19, n° 3, pp. 26-39.

Campbell, J.C., N. Ikegami et M. J. Gibson (2010), « Lessons from Public Long-term Care Insurance In Germany And Japan », *Health Affairs,* vol. 29, n° 1, pp. 87-95.

Campbell, J.C., N. Ikegami et S. Kwan (2009), « Policy Learning and Cross-national Diffusion in Social Long-term Care Insurance: Germany, Japan, and the Republic of Korea », *International Social Security Review*, vol. 62, n° 4, pp. 63-80.

Comas-Herrera, A., Wittenberg, R. et L. Pickard (2010), « The Long Road to Universalism? Recent Developments in the Financing of Long-term Care in England », *Social Policy & Administration,* vol. 44, n° 4, pp. 375-391.

Commission européenne et Comité de politique économique (2009), *Rapport 2009 sur le vieillissement démographique : projections économiques et budgétaires pour les États membres de l'UE-27 (2008-2060)*, Rapport conjoint préparé par la Commission européenne (DG ECFIN) et le Comité de politique économique, Bruxelles, Communautés européennes, *http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf,* consulté le 28 février 2010.

Costa-Font, J. et A. Garcia Gonzalez (2007), « Long-term care reform in Spain », *Eurohealth*, vol. 13, n° 1, *www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/pdf/eurohealth/VOL13No1/Costa-Font.pdf*, consulté le 28 février 2010.

Da Roit, B., B. Le Bihan et A. Österle (2007), « Long-term Care Policies in Italy, Austria and France: Variations in Cash-for-Care Schemes », *Social Policy & Administration*, vol. 41, n° 6, pp. 653-671.

DREES (2008), « L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2008 », *Études et Résultats*, n° 666, octobre.

Ergan, H. et F. Paulucci (2010), « Providing and Financing Long-term Care in Australia », *Health and Ageing*, n° 3, octobre.

Fernandez, J. L., J. Forder, B. Trukeschitz, M. Rokasova et D. McDaid (2009), « How Can European States Design Efficient, Equitable and Sustainable Funding for Long-term Care for Older People? », *Policy Brief,* n° 11, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, Copenhague, Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Gleckman, H. (2010), *Long-term Care Financing Reform: Lessons from the U.S. and Abroad*, The Commonwealth Fund, New York, février.

Glendinning, C. (2009), « The Consumer in Social Care », in R. Simmons, M. Powell et I. Greener (dir. pub.), *The Consumer in Public Services*, The Policy Press, Bristol, pp. 177-196.

Gouvernement britannique (2010), *Building the National Care Service – White Paper*, présenté au Parlement par le Secrétaire d'État à la Santé sur ordre de sa Majesté le 30 mars 2010, *www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_114923.pdf.*

Ikegami, N. (2010), *Japan's Long-term Care Insurance: Lessons from Ten Years' Expérience*, Présentation effectuée lors de la conférence « Evidence Based Policy in Long-term Care » tenue du 9 au 11 septembre 2011 à Londres.

IRCCS-INRCA (2009), « L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia », Rapport IRCCS-INRCA 2009, Maggioli Editore.

Kaiser Commission on Medicaid (2010), *Medicaid and Long-term Care Services and Supports,* Kaiser.

Karlsoon, M. et T. Iversen (2010), « Scandinavian Long-term Care Financing », Health Economics Research Programme de l'Université d'Oslo, juin.

Kraus, M. *et al.* (2010), *A Typology of Systems of Long-term Care in Europe – Results of Work Package 1 of the ANCIEN Project,* Rapport fnal, Institut für Höhere Studien (IHS), Vienne, août, *www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/Typology%20Report_Final%20Version_07.09.2010_postIHS2.pdf*, consulté en janvier 2011.

Kwon, S. (2008), « Future of Long-term Care Financing for the Elderly in Korea », *Journal of Ageing and Social Policy*, vol. 20, n° 1, pp. 119-136.

Lafortune, G. et G. Balestat (2007), « Trends in Severe Disability among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications », Document de travail de l'OCDE sur la santé n° 26, Paris, *www.oecd.org/dataoecd/13/8/38343783.pdf*, consulté le 28 février 2010.

Le Bihan, B. et C. Martin, 2010, « Long-term Care Policy in France: Towards a Public/Private Complementarity », *Social Policy and Administration*, n° 4, pp. 392-410.

Lundsgaard, J. (2005), « Consumer Direction and Choice in Long-term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcome, Employment and

Fiscal Sustainability? », Document de travail de l'OCDE sur la santé n° 20, Paris, *www.oecd.org/dataoecd/53/62/34897775.pdf,* consulté le 28 février 2010.

Manaaki, T. (2009), *How Should We Care for the Carers, Now and into the Future?*, National Health Committee of New Zealand, *www.nhc.health.govt.nz/moh.nsf/pagescm/7661/$File/caring-for-the-carers-nhc-2010.pdf*, consulté le 5 février 2010.

Merlis, M. (2004), « Long-term Care Financing: Models and Issues », Prepared for the National Academy of Social Insurance Study Panel on Long-term Care, *www.nasi.org/usr_doc/Merlis_LongTerm_Care_Financing.pdf,* consulté le 5 février 2010.

Ministère de la Santé du Royaume-Uni (2008), *Community Care Statistics 2007–08: Referrals, Assessments and Packages of Care for Adults, England: National Summary*, Health and Social Care Information Centre, Londres.

Ministère de la Santé du Royaume-Uni (2009), *Shaping the Future of Care Together,* The Stationery Office, *www.dh.gov.uk/dr_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_102732.pdf,* consulté le 28 février 2010.

Ministère de la Santé et des Affaires sociales de la Suède (2007), « Care of the Elderly in Sweden », *Fact Sheet,* n° 8, Government Offices of Sweden, septembre.

Mot, E. (2010), « The Dutch System of Long-term Care », *CPB Document*, La Haye.

OCDE (2000), *Systèmes de comptes de la santé*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2001), « Fiscal Implications of Ageing : Projection of Age-related Spending », Documents de travail du Département des affaires économiques, n°305, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2005), *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2006), « Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What are the Main Drivers? », Documents de travail du Département des affaires économiques, n° 477, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2008), *Études économiques de l'OCDE : Danemark,* Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2010a), *Éco-Santé OCDE 2010*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2010b), *Base de données sur le système des comptes de la Santé*, Éditions de l'OCDE, Paris.

Oliveira Martens, M.J. et C. De La Maisonneuve (2006), « Les déterminants des dépenses publiques de santé et de soins de longue durée : une méthode de projection intégrée », *Études économiques de l'OCDE*, n° 42, Éditions de l'OCDE, Paris.

Österle, A. (2010), « Long-term Care in Central and South-Eastern Europe: Challenges and Perspectives in Addressing a « New » Social Risks », *Social Policy and Administration*, vol. 44, n° 4, pp. 461-480.

Ros, W., A. Van der Zalm, J. Eijlders et G. Schrijvers (2010), « How is the Need for Care and its Allocation Determined in Europe? », UMC Utrecht (pour le compte du CIZ).

Rothgang, H. (2010), « Social Insurance for Long-term Care: An Evaluation of the German Model », *Social Policy and Administration*, vol. 44, n° 4, pp. 436-460.

Schut, F.T. et B. van den Berg (2010), « Sustainability of Comprehensive Universal Long-term Care Insurance in the Netherlands », *Social Policy and Administration*, vol. 44, n° 4, pp. 411-435.

Stone, E. et C. Wood (2010), *A Funding Settlement that Works for People, Not Services,* Joseph Rowntree Foundation 2010, *www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/funding-care-services-full.pdf*, consulté en octobre 2010.

Wanless, D. (2006), *Securing Good Care for Older People Taking a Long-term View*, King's Fund, Londres, Royaume-Uni, *www.kingsfund.org.uk/publications/securing_good.html*.

Chapitre 8

L'assurance dépendance privée : créneau de marché ou solution pour tous ?

La hausse attendue des dépenses totales de prise en charge de la dépendance conduit certains pays de l'OCDE à s'intéresser au rôle potentiel de l'assurance privée en la matière. En effet, la planification financière en vue de la retraite peut intégrer la souscription d'un produit de couverture dépendance privée visant à protéger le revenu et le patrimoine du risque d'un besoin potentiel de soins de longue durée, à réduire ainsi la charge qui pèserait sur la famille et à élargir la palette des services possibles. Les avis sont néanmoins très partagés quant aux avantages d'une couverture dépendance privée. Pour certains, elle permettrait de mobiliser de nouvelles ressources financières en faveur de la prise en charge des soins de longue durée, allégeant ainsi la nécessité pour l'État d'accroître son soutien à l'avenir. Pour d'autres, elle pourrait être un moyen moins efficient et plus coûteux que la mutualisation publique d'assurer une couverture universelle et exhaustive. Les dispositifs de couverture dépendance privée représentent de petits marchés dans les pays de l'OCDE. Le présent chapitre décrit et analyse le rôle et l'importance des dispositifs d'assurance privée de la zone OCDE. Il s'intéresse aux facteurs susceptibles d'influer sur la taille des marchés de l'assurance dépendance et aux mesures prises par les pays pour encourager leur développement. Il examine ensuite le rôle que les dispositifs privés d'assurance pourraient jouer à l'avenir dans les systèmes de prise en charge de la dépendance.

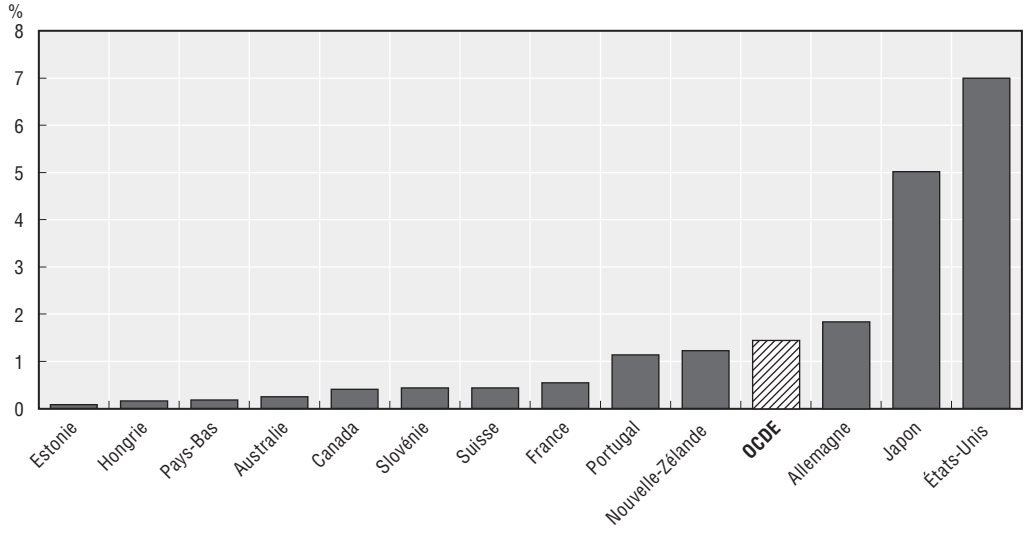
Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

8.1. Les plus gros marchés se concentrent dans un petit nombre de pays de l'OCDE

Dans les pays de l'OCDE où l'on peut acquérir une assurance dépendance privée, le marché est généralement modeste. Comme le montre le graphique 8.1, les dispositifs privés d'assurance jouent le rôle le plus important aux États-Unis et au Japon, où ils financent entre 5 et 7 % des dépenses totales liées à la dépendance ; en règle générale, ils représentent pourtant moins de 2 % de celles-ci. Le plus souvent, les dispositifs privés d'assurance dépendance se développent autour du système public de prise en charge de la dépendance d'un pays soit pour compléter la couverture publique existante, soit pour fournir des prestations lorsque celle-ci n'existe pas. En Allemagne par exemple, l'assurance dépendance privée offre une couverture de remplacement à la population qui choisit de sortir du régime public d'assurance dépendance. Aux États-Unis, la plupart des personnes qui souscrivent une telle assurance ne peuvent bénéficier de Medicaid, qui cible les pauvres. L'assurance dépendance privée peut également offrir une couverture complémentaire prenant en charge la part du coût de la dépendance qui n'est pas couverte au titre des régimes universels publics, comme c'est le cas en France, en Belgique, au Japon et en Allemagne.

Graphique 8.1. **Le marché de l'assurance dépendance privée est modeste**

Part des dépenses totales liées à la dépendance



Note : Les données se rapportent à 2008 pour l'Allemagne, le Canada, l'Estonie, la France, la Hongrie, la Nouvelle-Zélande et la Slovénie ; à 2007 pour l'Australie et la Suisse ; à 2006 pour le Japon et le Portugal ; et à 2005 pour les Pays-Bas. Hormis l'Espagne, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et la Slovénie, les données ne font référence qu'aux soins médicalisés de longue durée.

Source : Système de comptes de la santé de l'OCDE, 2010 ; ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, 2010.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932501498*

Les informations sur la part de la population couverte par un dispositif privé sont limitées ; les documents publiés sur le sujet désignent les États-Unis et la France comme deux des principaux marchés en termes de population couverte. Aux États-Unis, 5 % environ de la population âgée de 40 ans et plus détiennent une police d'assurance dépendance. En France, en 2010, environ 15 %[1] de la population de 40 ans et plus possèdent une assurance pour les soins de longue durée.

On trouve dans les pays de l'OCDE un large éventail de dispositifs se caractérisant par toutes sortes de conditions d'accès aux droits, de faits générateurs du versement des prestations et de prestations versées. Deux produits principaux sont apparus au fil du temps : le modèle indemnitaire conçu à l'instar des dispositifs privés d'assurance maladie, et le modèle forfaitaire conçu dans l'esprit des contrats de rente.

Aux États-Unis, les polices indemnitaires sont le modèle dominant parmi les dispositifs privés d'assurance. Généralement, elles versent au bénéficiaire qui remplit les conditions requises un dédommagement plafonné destiné à couvrir les dépenses encourues au titre des soins en centre médicalisé de long séjour, à domicile ou en hôpital de jour. Il existe un grand choix de contrats d'assurance indemnitaires aux États-Unis qui se distinguent, par exemple, du point de vue du montant maximum de prestations pouvant être versées (par jour, par semaine, par mois ou pendant un nombre d'années maximum), des délais de carence pendant lesquels on ne touche pas de prestations (période de franchise) ainsi que de l'indexation des prestations sur l'inflation. Des polices forfaitaires sont commercialisées depuis peu.

En France, les polices forfaitaires prédominent. Généralement, elles assurent au bénéficiaire un niveau fixe de prestations mensuelles à vie, dès lors qu'il remplit les critères contractuels de niveau de dépendance et de délai de carence. Environ 20 % des polices fonctionnant sur ce principe couvrent uniquement le risque associé à une dépendance lourde ou très lourde, tandis que 80 % couvrent également le risque de dépendance modérée (FFSA, 2009). Il faut insister sur la diversité des polices de ce type en France.

En Allemagne, deux types de produits d'assurance dépendance privée ont été créés. Tout d'abord, dans le cadre de la mise en œuvre du système d'assurance dépendance obligatoire instauré en 1995 et conformément à la structure du système d'assurance maladie, une assurance dépendance privée obligatoire couvre ceux qui ont choisi de sortir du régime de l'assurance sociale maladie. Ce marché couvre environ 9 % de la population allemande et est très réglementé (Arntz *et al.*, 2007). Ensuite, l'assurance dépendance facultative couvre les dépenses correspondantes admissibles qui ne sont pas prises en charge par le programme d'assurance dépendance sociale. En 2009, près de 1.6 million de personnes étaient titulaires d'une assurance complémentaire privée de ce type, ce qui représente environ 3.5 % de la population allemande âgée de 40 ans et plus. Dans ce marché, la majorité des polices vendues sont des contrats prévoyant des versements forfaitaires.

En Belgique – dans le droit fil de la structure du dispositif public de prise en charge de la dépendance, qui est pour l'essentiel intégré au cadre de l'assurance maladie publique –, la couverture privée de la part du coût des services de santé non remboursée par l'assurance maladie publique peut provenir d'une mutuelle complémentaire, qui est de type indemnitaire. Il n'est pas possible dans ce pays de souscrire une police d'assurance dépendance privée.

Au Japon, des polices d'assurance dépendance privées peuvent être souscrites soit à titre principal, soit en complément à une police d'assurance vie ou médicale. Généralement, elles permettent à l'assuré de toucher des prestations en espèces lorsqu'il atteint un

certain niveau de dépendance[2]. Les versements en espèces peuvent prendre la forme d'un forfait ou d'une rente, ou combiner les deux. Certaines estimations laissent entendre que depuis l'introduction de l'assurance dépendance publique en 2000, la taille du marché privé stagne et reste modeste (Tachibanaki *et al.*, 2006 ; Yasukawa et Inoue, 2007). En 2000, environ 2 millions d'individus, soit l'équivalent de 3 % de la population âgée de 40 ans et plus, avaient adhéré à une assurance dépendance (Taleyson, 2003).

Au Royaume-Uni, le marché des dispositifs de financement de la dépendance est très réduit. Les informations fournies par l'*Association of British Insurers (ABI)* laissent entendre qu'à la fin de l'année 2008, on dénombrait au total quelque 40 000 polices d'assurance dépendance, ce qui correspond à moins de 0.05 % de la population âgée d'au moins 40 ans. D'autres marchés de l'assurance dépendance privée sont en train d'apparaître, comme au Canada et en Italie, et reposent principalement sur des polices forfaitaires.

Encadré 8.1. **Qui achète quels produits ? Les cas des États-Unis et de la France**

Aux États-Unis, moyennant le paiement annuel de 2 100 USD à 2 500 USD par an (2008), une personne seule de 60 ans peut généralement acquérir une assurance dépendance individuelle qui lui versera jusqu'à 150 USD par jour pour les services couverts, dont les services fournis en centre médicalisé de long séjour, les équipements pour personnes dépendantes, les services de soins à domicile, et les soins de jour, pendant une durée maximum de trois ans. Le plus souvent, le délai de carence est de 90 jours. De plus, le contrat est généralement indexé sur l'inflation, le plafond journalier augmentant ainsi à un taux annuel composé de 5 % (Tumlinson *et al.*, 2009).

Une étude réalisée pour l'association *America's Health Insurance Plans* fournit des informations sur certaines caractéristiques sociodémographiques des souscripteurs d'une assurance dépendance en 2005. Plus de 60 % d'entre eux étaient âgés de 55 à 70 ans, plus de 55 % étaient des femmes et environ 60 % étaient diplômés de l'enseignement supérieur. Plus de 70 % étaient mariés, et déclaraient un revenu supérieur à 50 000 USD par an et des liquidités au moins égales à 100 000 USD. En 2005, 90 % des contrats d'assurance dépendance souscrits à titre individuel assuraient les services fournis en établissement et à domicile. Le montant moyen de l'indemnité journalière était légèrement plus élevé pour les soins en centre médicalisé de long séjour (142 USD) que pour les soins à domicile (135 USD), et la durée moyenne des contrats était d'environ 5 ans. Les délais moyens de carence avant le versement des prestations étaient de 80 jours, et 75 % environ des polices souscrites prévoyaient l'indexation sur l'inflation. La prime annuelle moyenne des contrats d'assurance dépendance souscrits à titre individuel dépassait tout juste 1 900 USD par an, soit environ 7 % du revenu moyen des personnes âgées d'au moins 65 ans (McDonnell, 2010). Le marché de l'assurance dépendance aux États-Unis se compose à près de 30 % de contrats d'assurance collectifs.

En France, moyennant le paiement annuel de 400 à 500 EUR (2008), un individu d'une soixantaine d'années peut souscrire une police d'assurance dépendance individuelle qui lui versera quelque 600 EUR par mois en cas de dépendance lourde ou très lourde, et entre 200 et 400 EUR par mois en cas de dépendance partielle. Généralement, les prestations commencent à être versées 3 mois après la reconnaissance de l'état de dépendance de l'assuré. La police peut prévoir une indexation sur l'inflation, mais le montant de la prestation mensuelle, comme les niveaux des primes, font généralement l'objet de réévaluations annuelles (FFSA, 2009 ; Dufour-Kippelen, 2008).

Encadré 8.1. **Qui achète quels produits ? Les cas des États-Unis et de la France** *(suite)*

En France, en 2008, la majorité des personnes ayant souscrit un contrat d'assurance dépendance individuel avaient entre 56 et 66 ans (FFSA, 2009). Une étude empirique réalisée à l'aide de la base de données SHARE s'est intéressée à un certain nombre de facteurs qui influent sur la probabilité d'être titulaire d'un tel contrat en France. Selon cette étude, dans la population des 50 ans et plus, ceux qui sont relativement plus jeunes, sont mariés ou ont des enfants, ont un niveau supérieur d'éducation et comptent laisser un patrimoine/héritage assez important sont plus susceptibles de souscrire une assurance dépendance individuelle (Courbage et Roudault, 2007). En 2008, les acheteurs de contrats d'assurance dépendance individuels payaient une prime moyenne d'environ 360 EUR par an, tandis que le niveau moyen des prestations mensuelles était d'environ 540 EUR par assuré. En 2008, parmi les individus couverts par des polices encore en vigueur, seuls 45 % environ bénéficiaient d'une prise en charge de la dépendance lourde ou très lourde. Généralement, les contrats d'assurance individuels prévoient des délais de carence de trois mois environ avant le versement des prestations, et 75 % d'entre eux sont indexés sur l'inflation. Le marché de l'assurance dépendance collective français est important et représente environ 45 % du marché des contrats d'assurance dépendance en 2009 (FFSA, 2009 et 2010).

De récentes évolutions du marché intervenues dans certains pays de l'OCDE laissent supposer que les assureurs s'orientent vers des polices d'assurance dépendance privées versant au souscripteur qualifié une prestation en espèces fixe à utiliser à sa convenance. Les principaux avantages de ce modèle forfaitaire sont la simplicité et la souplesse qu'il offre aux assurés, et le fait qu'il est de nature à faciliter la gestion du risque financier associé à la dépendance que courent les prestataires. Plus spécifiquement, les assureurs doivent évaluer la prévalence dans le temps de la dépendance au sein d'un groupe d'assurés, qui peut être définie de manière plus stricte, en particulier si elle est lourde et très lourde. C'est ce qui le distingue du modèle des polices d'assurance indemnitaires, qui imposent à l'assureur, le plus souvent, d'évaluer à la fois la prévalence de la dépendance dans un groupe d'assurés et le niveau de soins qui sera nécessaire pour un niveau donné de dépendance au fil du temps, ce qui comporte une plus grande part d'incertitude et est plus difficile à prévoir (Cremer et Pestieau, 2009).

8.2. Les défaillances du marché et la « myopie » des consommateurs expliquent le faible développement de l'assurance dépendance privée

En théorie, les importantes incertitudes financières liées au besoin potentiel de prise en charge des soins de longue durée, ainsi qu'à son intensité et à sa durée, constituent un puissant argument en faveur d'une mutualisation de ce risque entre les individus (voir à l'encadré 8.2 une évaluation conceptuelle des dispositifs privés de mutualisation). Pourtant, dans les pays où l'assurance dépendance privée est commercialisée, la couverture de la population reste faible. Les documents publiés sur le sujet aux États-Unis mettent en évidence un certain nombre de facteurs expliquant pourquoi il est difficile de développer de larges marchés de l'assurance dépendance privée.

Encadré 8.2. **Évaluation des dispositifs privés de mutualisation de la prise en charge de la dépendance**

Le rôle que la couverture assurantielle privée de la dépendance peut jouer fait débat parmi les décideurs comme parmi les experts. La présente section apprécie les avantages et inconvénients potentiels des dispositifs privés de mutualisation de la prise en charge de la dépendance du point de vue de l'accès, de l'exhaustivité, de la viabilité financière, de l'équité du financement et de la qualité des services rendus.

Si la couverture privée de la dépendance peut améliorer la capacité de la plupart des individus à financer d'éventuelles dépenses de dépendance futures (Doty *et al.*, 2010), elle n'est généralement pas accessible à l'ensemble de la population. Les dispositifs privés de mutualisation excluent par exemple généralement le segment le plus vulnérable de la population, à savoir les usagers actuels de services de prise en charge ou ceux qui ont de fortes probabilités d'y recourir à court terme (comme par exemple les individus de plus de 70 ans).

À l'instar de nombreux programmes publics, les régimes privés d'assurance dépendance ne couvrent pas toutes les dépenses associées à la dépendance. L'assurance dépendance privée fournit généralement une offre globale de prestations plafonnées. Si les individus ont généralement le choix entre des polices plus ou moins complètes moyennant un tarif à la hauteur de cette prise en charge, les revenus modestes et moyens peuvent opter pour une couverture plus limitée moyennant des primes plus abordables, mais au risque de devoir faire face à des dépenses considérables.

Les dispositifs privés de mutualisation pourraient présenter l'intérêt de mobiliser de nouvelles ressources financières et d'atténuer les futures pressions financières exercées sur les gouvernements. Jusqu'à présent, leur impact a néanmoins été limité. Ils peuvent également offrir un cadre permettant d'orienter le financement des dépenses de prise en charge de demain. Ces dispositifs sont en principe entièrement provisionnés et incluent une part de capitalisation qui leur permet d'accumuler des réserves pour faire face au besoin croissant de versements de prestations auquel on doit s'attendre à l'avenir. Néanmoins, l'augmentation du nombre d'assureurs pourrait entraîner l'utilisation d'une part croissante des primes payées à des fins administratives, et non pas pour financer les futures dépenses attendues, ainsi qu'un relèvement des primes.

Utilisée principalement pour la gestion des dispositifs privés de mutualisation, la fixation des prix en fonction du risque peut atténuer certains problèmes d'équité intergénérationnelle en matière de financement de la dépendance. En principe, dans le cadre de la tarification en fonction du risque, les cohortes âgées qui remplissent les conditions requises devraient, étant donné leur plus forte probabilité d'utiliser les prestations à court et moyen terme, alimenter davantage le pot commun. Cependant, les primes liées au risque ne prennent généralement pas en compte le revenu, de sorte que les individus à revenu faible et modeste doivent consacrer une part relativement plus importante de leur revenu disponible à l'assurance privée. Cela peut avoir une incidence disproportionnée sur les femmes qui, leur revenu moyen étant généralement inférieur, ont une plus forte probabilité de ne pas pouvoir accéder à des dispositifs privés de mutualisation pour une question de moyens.

On peut estimer qu'en augmentant la capacité contributive des affiliés, l'assurance dépendance privée peut aider certaines personnes à accéder à davantage de soins de qualité. De plus, les prestations dépendance privées, qui prennent principalement la forme de versements d'espèces, permettent à chacun d'avoir le choix en conférant à l'individu dépendant une plus grande liberté de décision en matière de soins de longue durée,

Encadré 8.2. **Évaluation des dispositifs privés de mutualisation de la prise en charge de la dépendance** *(suite)*

ce qui peut favoriser un surcroît de bien-être. Mais les prestations en espèces seules ne suffisent pas et les individus dépendants, en particulier ceux qui souffrent de maladies cognitives, gagneraient en règle générale à être conseillés de manière systématique pour choisir les services et naviguer au sein des dispositifs de prise en charge de la dépendance. De plus, le fait qu'un individu ait davantage de moyens financiers ne garantit en rien une offre adaptée de services de qualité.

D'un point de vue conceptuel, si les dispositifs privés de mutualisation peuvent présenter différents avantages, ils s'accompagnent aussi un certain nombre d'inconvénients en termes d'accessibilité et d'équité. Les interventions publiques peuvent chercher à atténuer ces inconvénients mais, dans la pratique, la création de larges marchés d'assurance dépendance privée reste un défi du fait de la combinaison des facteurs précités relatifs à l'offre et à la demande.

Premièrement, des défaillances bien connues du marché (telles que l'antisélection et l'aléa moral), dues à l'asymétrie d'information dans le domaine de l'assurance dépendance privée, conduisent les assureurs à se protéger en limitant l'accès à la couverture. L'antisélection se manifeste par le fait que seuls ceux qui présentent un risque élevé de dépendance auront tendance à s'assurer ou à conserver leur police d'assurance, tandis que l'aléa moral se traduit par la propension des assurés à utiliser plus de services de prise en charge de la dépendance que nécessaire au seul motif qu'ils sont couverts. Afin d'atténuer le phénomène de l'antisélection, les assureurs limitent généralement l'accès à une assurance dépendance privée à ceux qui ne présentent aucune pathologie préexistante associée à la dépendance. On qualifie souvent ce processus de sélection des risques[3].

Deuxièmement, les assureurs ne peuvent pas évaluer de façon certaine les coûts futurs, ni savoir comment évolueront l'offre et les modes d'organisation de l'aide et des soins de longue durée. Par exemple, rien ne permet de dire comment évoluera l'apparition de la dépendance, et des incertitudes subsistent quant aux coûts de la fourniture d'une unité de soins et au rendement attendu des réserves accumulées investies (Tumlinson *et al.*, 2009). Cela peut inciter les assureurs à fixer des primes relativement plus élevées ou à verser de faibles prestations. Des travaux de recherche menés aux États-Unis ont aussi révélé que la police d'assurance dépendance souscrite le plus souvent se caractérisait par des primes sensiblement supérieures aux prestations attendues (Brown et Finkelstein, 2007), d'où un mauvais rapport qualité-prix pour le souscripteur. La majoration des primes peut conduire à une demande plus faible d'assurance dépendance privée en raison de prix plus élevés. De plus, la complexité de certains contrats d'assurance dépendance fait qu'il est difficile pour les assurés potentiels d'évaluer leur rapport qualité-prix.

Troisièmement, les difficultés rencontrées par les assureurs pour maîtriser le risque de dépendance qu'ils couvrent pourraient également engendrer une instabilité des primes. Pour garantir la viabilité financière d'un régime d'assurance, les contrats comportent des clauses qui prévoient un relèvement des primes si le niveau global de risque mutualisé entre les assurés augmente. Par exemple, depuis la crise économique, plusieurs titulaires d'une police d'assurance dépendance aux États-Unis ont vu leur prime augmenter (Tergesen et Scism, 2010). Le caractère fluctuant des primes fait que le coût de l'assurance dépendance

privée est moins prévisible et peut émousser la confiance à l'égard de ce type de régimes d'assurance. La confiance limitée des consommateurs peut aussi être liée à la probabilité pour chacun de profiter d'un tel régime.

Quatrièmement, la mauvaise appréhension des risques financiers associés aux soins de longue durée peut également expliquer la faible demande d'assurance dépendance privée. Le risque lié à la dépendance est par exemple souvent jugé trop lointain pour justifier une couverture lorsque l'on est relativement jeune. L'idée que les individus se font du niveau de la couverture publique influe également sur la nécessité à leurs yeux d'une couverture privée. Il se peut ainsi que les individus repoussent à un âge plus avancé les décisions d'acquisition d'une couverture dépendance privée, prenant ainsi le risque de s'exposer à des primes élevées et de ne pas réussir les examens imposés à la souscription.

Cinquièmement, les obligations et priorités financières concurrentes des individus et des familles, comme le financement de la scolarité des enfants et l'achat d'un logement, peuvent également expliquer la faible demande. On peut soutenir que pour les ménages d'âge actif, l'achat d'une assurance dépendance devrait se faire après qu'un niveau suffisant d'épargne retraite a été constitué et que des contrats d'assurance vie ont été souscrits. Pour les ménages à faible revenu, la souscription d'une couverture dépendance privée peut représenter une part élevée du revenu disponible. Certaines études relèvent la proportion relativement faible (autour de 20 %) de la population des États-Unis qui a les moyens de souscrire une telle assurance (Melis, 2003).

Enfin, l'existence éventuelle d'autres solutions telles que les programmes de couverture publique peut contribuer à atténuer la demande d'assurance dépendance privée. Étant donné le revenu et le patrimoine sur lequel les individus peuvent tabler et l'exhaustivité de la couverture dépendance publique, la propension à souscrire une assurance dépendance privée peut être faible. On pourrait aussi estimer que l'existence et la disponibilité d'aidants familiaux peut dissuader les éventuels souscripteurs, même si, en France, les ménages avec enfants sont davantage susceptibles de franchir le pas (Courbage et Roudault, 2007).

8.3. Mesures prises par les pouvoirs publics et le secteur privé pour accroître le recours à l'assurance dépendance

Réglementation et politique budgétaire

L'intervention réglementaire et les incitations fiscales peuvent être mises au service d'un certain nombre d'objectifs publics : favoriser un accès plus large à l'assurance dépendance privée, promouvoir le développement de certains types de dispositifs d'assurance par le biais, par exemple, de la normalisation des contrats d'assurance ou de la définition d'obligations minimales, stimuler la concurrence entre les compagnies d'assurance, etc.

Les incitations fiscales visent concrètement à réduire le prix d'achat d'une assurance dépendance privée afin de stimuler la demande[4]. L'institution d'un régime fiscal préférentiel pour les dispositifs privés de prise en charge de la dépendance est souvent citée comme un moyen pour les gouvernements de mieux faire connaître les risques de la dépendance, mais aussi de souligner l'importance de la prévoyance. Un tel régime fiscal préférentiel existe aux États-Unis, en Espagne, au Mexique et en Autriche. Les avantages fiscaux généralement pratiqués sont notamment des déductions ou des crédits d'impôt calculés en fonction du niveau de la prime payée au titre de l'assurance dépendance privée. Au Mexique et en Australie, un individu peut dans certaines conditions prétendre à un abattement fiscal

équivalent au montant des primes payées. Aux États-Unis, les primes versées au titre de certaines polices d'assurance dépendance privée sont considérées comme des dépenses de santé qui remplissent les conditions de déduction requises dès qu'elles dépassent une fraction donnée du revenu. Aux États-Unis ainsi qu'en Espagne, un régime fiscal préférentiel permet également d'exclure du revenu imposable d'un salarié la valeur des primes payées par l'employeur dans le cadre d'un contrat d'assurance dépendance collectif.

En général, la réglementation vise à protéger les souscripteurs et à améliorer la qualité des produits d'assurance qui sont vendus, par exemple en limitant le pouvoir de résiliation ou de hausse des prix dont disposent les assureurs en cas de modification de l'état de santé de l'assuré. Afin de garantir la solvabilité des programmes d'assurance, la réglementation encadre aussi, généralement, la gestion des risques.

En ce qui concerne les personnes qui souscrivent pour la première fois, la possibilité pour un assureur de refuser de garantir les états pathologiques préexistants et de tenir compte de facteurs liés à la santé pour fixer les primes fait l'objet de faibles restrictions dans de nombreux pays de l'OCDE. S'agissant des États membres de l'Union européenne, le droit communautaire ne permet pas aux gouvernements de réglementer les contrats d'assurance privés et d'imposer des normes en matière d'accès, sauf dans les cas où la couverture privée joue un rôle principal ou remplace un régime de protection sociale obligatoire. À titre d'exemple, des réglementations spécifiques applicables à la prise en charge des soins de longue durée ont été mises en œuvre en Allemagne pour le marché de l'assurance dépendance privée obligatoire, dont les primes et prestations doivent s'aligner sur celles de l'assurance dépendance sociale obligatoire. Les primes de l'assurance dépendance obligatoire sont également limitées aux primes maximales payées au titre du système public d'assurance dépendance sociale, et les assureurs ne peuvent en général pas exclure les personnes présentant un état pathologique préexistant, ni leur appliquer des surprimes[5].

Aux États-Unis, en complément des réglementations des États, le *Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)* précise les obligations que les programmes privés d'assurance dépendance doivent respecter pour donner droit à un régime fiscal fédéral préférentiel. Ainsi, la prise en charge est due dès que l'individu est réputé avoir besoin d'une aide substantielle pour accomplir au moins deux des six AVQ en raison d'une perte de capacité fonctionnelle, ou requérir un encadrement important en raison d'une grave incapacité cognitive. Les handicaps fonctionnels doivent durer au moins 90 jours consécutifs. Les assureurs doivent proposer une indexation sur l'inflation et des clauses de non-déchéance. À l'heure actuelle, la plupart des polices vendues aux États-Unis respectent ces exigences et donnent donc droit à la réduction d'impôt.

Formation de partenariats public-privé

Dans certains pays de l'OCDE, l'interaction entre la couverture dépendance privée et les systèmes publics est réglementée, ou des programmes spécifiques s'emploient à encourager la complémentarité entre les mécanismes de couverture privés et publics.

En 1987, des projets spécifiques de partenariats public-privé ont été mis en place dans quatre États (Californie, Connecticut, Indiana et New York) des États-Unis. Ils ont pour objectif d'inciter les individus, en particulier les personnes à revenu modéré et moyen, à souscrire une assurance dépendance, mais aussi de promouvoir des produits d'assurance de meilleure qualité. Une meilleure coordination des conditions d'accès à Medicaid concernant le patrimoine et du niveau des prestations reçues au titre d'une assurance dépendance privée a permis d'y parvenir. Ainsi, si une personne reçoit 100 000 USD de

prestations au titre d'une police d'assurance dépendance approuvée par l'État, elle peut conserver un patrimoine de 100 000 USD en sus du seuil fixé pour l'accès à Medicaid. Depuis l'adoption du *Deficit Reduction Act* de 2005, qui a permis d'étendre le *LTC Partnership Program* à tous les États, la plupart d'entre eux sont maintenant dotés de programmes actifs de partenariat pour l'assurance dépendance. Jusqu'à présent, les résultats des partenariats ont été mitigés. Par exemple, s'ils ont effectivement favorisé l'émergence de produits d'assurance de meilleure qualité, ils ne représentent encore qu'une petite partie du marché global de l'assurance dépendance dans les quatre premiers États participants. De plus, les partenariats n'ont pas réellement réussi à inciter les individus à revenu modéré et moyen à souscrire une couverture dépendance privée (Alliance for Health Reform, 2007).

Singapour, qui n'est pas membre de l'OCDE, a lancé le programme *ElderShield* en 2002. *ElderShield* est un type différent de partenariat public-privé : le programme est conçu par l'État, mais sa tarification, sa commercialisation et sa gestion sont assumées par des assureurs privés (Hoffman, 2009). En 2009, trois assureurs privés proposaient et géraient ce programme. L'une de ses caractéristiques est l'adhésion automatique avec une clause de retrait (comme dans le cas du *CLASS Act* proposé aux États-Unis). L'adhésion est automatique à 40 ans, sauf pour ceux qui sont déjà incapables d'accomplir trois des six AVQ définies. À l'inscription, les individus ont trois mois pour sortir du programme. S'ils font ce choix, ils peuvent y adhérer à nouveau, mais au prix de primes plus élevées et d'examens de sélection. Fin 2006, quelque 750 000 personnes, soit environ 50 % de la population de plus de 40 ans, étaient couvertes par le programme *ElderShield*. De plus, le taux de sortie a baissé depuis la création : en 2006, parmi les personnes remplissant les conditions requises et automatiquement inscrites au programme, 14 % ont choisi d'en sortir, contre 38 % à son lancement (Wong, 2007) (voir aussi l'encadré 8.3).

Prise en compte de la population d'âge actif : le rôle de l'assurance dépendance collective

En général, la prise en charge par une assurance collective intervient dans le cadre de l'emploi et permet d'encourager une adhésion précoce à un programme d'assurance dépendance privée. La couverture collective peut apporter un certain nombre d'avantages à ses adhérents, notamment la possibilité éventuelle de négocier de meilleures solutions de couverture, ainsi que des primes plus faibles. Les contrats collectifs peuvent également donner lieu à moins d'exclusions, puisque les risques sont répartis dans un groupe de grande taille. Du point de vue de l'assureur, le contrat collectif réduit le risque d'antisélection et peut donc favoriser la diminution des frais généraux découlant des examens imposés à la souscription.

En France, le marché de l'assurance dépendance collective est important. En 2009, il représente environ 45 % du marché des contrats d'assurance dépendance (FFSA, 2009). Les salariés bénéficiant d'une assurance collective sont généralement tenus d'y adhérer et l'employeur peut prendre à sa charge une partie de leurs primes. Néanmoins, une partie des contrats de groupe assure une couverture annuelle temporaire du risque de dépendance et ne couvre pas les risques futurs de l'individu ayant cessé de travailler (Giserot, 2007).

Près de 30 % du marché de l'assurance dépendance des États-Unis est constitué de contrats de groupe (*America's Health Insurance Plans*, 2007). Certains employeurs privés proposent une couverture collective facultative des soins de longue durée. Contrairement à la couverture santé de groupe, il est rare que l'employeur participe au paiement des primes. En mars 2007, 12 % des ouvriers du privé pouvaient souscrire une assurance dépendance privée dans le cadre d'un programme de groupe (US Bureau of Labour Statistics, 2007).

Encadré 8.3. **Partenariats public-privé : l'expérience des États-Unis et de Singapour**

Dans le cadre du programme de partenariats en vigueur aux États-Unis, une police « approuvée » est une police agréée par l'État. Elle offre généralement des prestations complètes (à domicile et en établissement) et inclut des clauses spécifiques à l'État en matière d'indexation sur l'inflation. L'évaluation du programme de partenariats permet de penser qu'il comptait quelque 200 000 adhérents en 2006, et qu'environ 80 % des personnes ayant souscrit une police d'assurance approuvée auraient souscrit une police « traditionnelle » s'il n'avait pas existé. De plus, le niveau de revenu et de patrimoine du ménage titulaire d'une police d'assurance approuvée est comparable, en moyenne, à celui du titulaire d'une assurance dépendance « traditionnelle » (Government Accountability Office, 2007).

À Singapour, les primes payées au titre du programme *ElderShield* dépendent généralement de l'âge et du sexe, et ne sont pas liées au revenu. Elles sont fixées en fonction de l'âge à l'adhésion et doivent être payées tous les ans à partir de 40 ans (pour ceux qui choisissent de ne pas sortir du régime) et jusqu'à 65 ans, à moins que l'assuré puisse prétendre avant cet âge au versement de prestations. Après la période de paiement des primes (généralement jusqu'à l'âge de 65 ans), l'individu est couvert à vie. De plus, *ElderShield* inclut une clause de non-déchéance qui permet au souscripteur d'une police n'ayant pas acquitté une échéance de prime de continuer de bénéficier de certaines prestations tant qu'une portion minimale de la prime est payée.

ElderShield réserve les prestations aux personnes gravement handicapées (incapables d'accomplir trois des six AVQ définies) et a été conçu sur le modèle forfaitaire. À la création du programme, les individus remplissant les conditions requises recevaient une prestation de 300 SGD par mois pendant une période pouvant aller jusqu'à 5 ans. En 2007, le montant de la prestation a été revu à la hausse, passant à 400 SGD par mois pendant une période pouvant durer 6 ans. À titre de comparaison, en fonction de l'état fonctionnel d'une personne ainsi que de la qualité de l'hébergement (nombre de lits dans la chambre par exemple), les frais moyens d'un centre médicalisé de long séjour peuvent osciller entre environ 1 000 SGD et 3 500 SGD par mois (Tan Ling, 2007).

De plus, aux États-Unis, l'administration fédérale et nombre croissant d'administrations des États proposent à leurs fonctionnaires, à titre facultatif, des programmes collectifs de prise en charge de la dépendance. En 2002 par exemple, l'administration fédérale a commencé à proposer des prestations d'assurance dépendance collective aux fonctionnaires fédéraux, aux retraités et à certains de leurs proches. Dans le cadre du plan fédéral, les individus remplissant les conditions requises peuvent facultativement souscrire au plan durant une période d'adhésion. Les souscripteurs paient l'intégralité de la prime associée au programme. En 2005, l'âge moyen des adhérents fédéraux était de 56 ans à l'inscription, contre 60 ans pour les souscripteurs de produits individuels. Une première évaluation du programme a permis de constater que pour un niveau comparable de prestations, les primes payées par les personnes seules et les couples mariés dans le cadre du programme fédéral étaient généralement moins élevées que celles exigées pour des produits similaires proposés sur le marché des contrats individuels (Government Accountability Office des États-Unis, 2006). L'évaluation a également révélé que les produits d'assurance collective, dont le programme fédéral, tablaient sur le paiement d'un pourcentage plus élevé de prestations et d'un pourcentage plus faible de frais

administratifs que les contrats d'assurance individuels. Malgré ces avantages, les taux de participation aux produits d'assurance collective sont relativement faibles, puisque 5 à 8 % environ de la population pouvant y prétendre adhèrent à des programmes de ce type (Government Accountability Office des États-Unis, 2006).

Innovations du secteur privé et produits d'assurance mixtes

Un certain nombre de mesures émanant principalement du secteur privé peuvent contribuer à canaliser des ressources privées supplémentaires vers les soins de longue durée. Dans la plupart des cas, elles visent à combiner des produits d'assurance dépendance et d'autres types de produits financiers (Mayhew *et al.*, 2010). Ces innovations ont généralement pour but d'élargir la gamme de produits disponibles et peuvent ainsi aider à répondre aux différents besoins de la population, mais leur utilisation reste généralement limitée dans l'ensemble des pays.

Certains assureurs proposent des polices d'assurance dépendance dans le cadre de contrats d'assurance vie, qui sont beaucoup plus répandus. Le plus souvent, ils versent des avances en espèces à l'assuré qui a besoin d'aide et de soins pendant une longue période, en les prélevant sur la garantie décès ou sur l'épargne constituée dans le cadre du contrat. En ce qui concerne les personnes âgées, on peut considérer que les contrats d'assurance vie et les contrats dépendance ont la même finalité, dans le sens où ils font en sorte qu'il reste un patrimoine à transmettre aux survivants. Ce type de contrat d'assurance vie existe dans un certain nombre de pays de l'OCDE, comme aux États-Unis, en France, au Canada et en Australie. En 2008, près de 150 000 individus (environ 5 % du marché de l'assurance dépendance) bénéficiaient en France d'une couverture des soins de longue durée au titre d'un contrat d'assurance de ce type (FFSA, 2009).

D'autres produits financiers offrent la possibilité de convertir en liquidités des avoirs immobiliers, lesquels peuvent représenter une part significative de la richesse nette des personnes âgées. Le prêt viager hypothécaire peut permettre de continuer à vivre dans sa propre maison tout en assumant le coût des services de prise en charge des soins de longue durée nécessaires, ou de libérer des liquidités pour souscrire une assurance dépendance. Ces produits financiers sont disponibles depuis un certain temps aux États-Unis et au Royaume-Uni, et d'une manière plus récente en Australie, au Danemark, en Espagne, en Irlande et en Suède. Aux États-Unis, deux des trois principaux produits d'hypothèque viagère sont garantis par l'État. En Irlande, une sorte de programme public de prêts viagers hypothécaires, le *Nursing Home Loan*, a été récemment lancé pour les personnes nécessitant des soins de longue durée en centre médicalisé de long séjour. Il leur évite de devoir vendre de leur vivant des biens tels que leur maison pour assumer le coût des soins. Le prêt peut être remboursé à tout moment, mais il est exigible au plus tard au décès de l'emprunteur, et est récupéré sur sa succession. Le prêt dépend de la contribution personnelle au coût des soins reçus en centre médicalisé de long séjour. Il se caractérise également par des frais initiaux relativement faibles et par un taux d'intérêt préférentiel, appliqué sur toute sa durée, égal à l'indice des prix à la consommation.

Sur le principe des produits financiers tels que le prêt viager hypothécaire, des liens plus étroits pourraient être établis entre les comptes d'épargne-santé ou retraite privés et la souscription d'une assurance dépendance privée. Cette solution n'existe que dans quelques pays (États-Unis, Singapour). À Singapour, l'épargne accumulée sur un compte *Medisave*[6] peut être utilisée pour payer les primes du programme *ElderShield*. Aux États-Unis, une part limitée, subordonnée à l'âge de souscription, de l'épargne constituée

Encadré 8.4. **Informations supplémentaires sur les prêts viagers hypothécaires et les rentes viagères dépendance**

Le *prêt viager hypothécaire* (*reverse mortgage,* ou *home equity conversion mortgage*) n'est pas assorti de conditions particulières de revenu, ce qui permet aux propriétaires à revenu faible ou modéré d'emprunter. De plus, le remboursement du prêt n'est exigible qu'en cas de vente ou de déménagement ; il peut par exemple être réclamé aux personnes qui quittent leur domicile pour intégrer pendant un certain laps de temps (12 mois) un centre pour personnes dépendantes ou un centre médicalisé de long séjour. L'emprunteur est libre d'utiliser à sa convenance les liquidités obtenues. Le prêt est de toute façon remboursable sur la succession de l'emprunteur à son décès. Enfin, le prêt viager hypothécaire n'est pas la seule solution qui s'offre aux propriétaires âgés pour convertir leurs avoirs mobiliers en liquidités. Ils peuvent aussi vendre leur logement, déménager dans un logement plus petit ou souscrire un prêt immobilier. En fonction de la situation et des souhaits de chacun, ces autres possibilités peuvent être préférables à la souscription d'un emprunt viager hypothécaire, qui peut s'avérer compliquée et coûteuse.

Il existe deux types principaux de *produits de rente viagère* ayant une composante dépendance, les « rentes dépendance immédiates » et les « rentes dépendance différées ». Dans ce dernier type, une partie de la prime unique qui est acquittée alimente une caisse d'assurance dépendance à laquelle il est possible de faire appel dans le cas où des dépenses sont engagées pour une prise en charge des soins de longue durée. Généralement, les règles du contrat de rente définissent le montant que la caisse peut octroyer chaque mois. Selon le montant de la rente, l'examen de sélection peut être moins rigoureux que ceux pratiqués sur le marché de l'assurance dépendance privée. Les programmes de rente dépendance immédiate sont généralement conçus pour couvrir les dépenses effectives associées à ce type de soins. Dans le cadre d'un tel dispositif, un individu qui a déjà besoin de soins peut payer une prime unique pour acquérir une police qui commencera à financer tout ou partie des dépenses de soins encourues, et le couvrira à vie. La caisse commune est donc partagée entre des individus qui sont déjà dépendants, de sorte que la mutualisation des risques intervient pendant la période au cours de laquelle un individu a besoin de soins de longue durée.

au sein d'un compte d'épargne-santé peut être utilisée pour payer une assurance dépendance fiscalement agréée. Cela étant, comme pour l'assurance dépendance privée, les données disponibles montrent que les individus au revenu relativement élevé ont généralement plus de chances d'être titulaires d'un compte d'épargne-santé ou retraite. On peut par ailleurs estimer qu'accroître l'épargne privée pour faire face aux coûts privés de la dépendance n'est pas la manière la plus efficace de les assumer, car elle ne permet pas la mutualisation des risques associés aux restrictions d'activités au sein de la population (Productivity Commission, 2011).

L'assurance dépendance a également été combinée avec des rentes viagères (encadré 8.4). Une rente viagère assure une série de versements réguliers pendant un laps de temps déterminé, moyennant le paiement initial d'une prime unique. Ce qui différencie la rente viagère dépendance de la rente viagère traditionnelle, c'est qu'elle servira en règle générale une somme d'abord réduite, puis augmentée lorsque le besoin de soins de longue durée surviendra. Le marché des rentes de ce type est assez réduit car l'acquisition d'une rente exige le versement d'une prime initiale unique d'un montant

conséquent. On rencontre ce genre de rentes viagères dépendance, par exemple, aux États-Unis et au Royaume-Uni.

Jusqu'à présent, ces innovations n'ont pas véritablement contribué à améliorer l'accès à la couverture de la dépendance. Certaines sont néanmoins plus prometteuses que d'autres. Par exemple, la combinaison de polices d'assurance vie et d'assurance dépendance, et le prêt viager hypothécaire, offrent aux personnes âgées différentes possibilités de convertir le patrimoine qu'elles ont constitué en liquidités supplémentaires destinées à payer des dépenses de prise en charge (voir le chapitre 9 pour un examen plus détaillé de cette question). Toutefois, si ces produits élargissent l'éventail des possibilités de canalisation de ressources vers la prise en charge de la dépendance, la souscription par un individu d'une assurance dépendance privée a des chances de financer une part plus importante des dépenses de soins de longue durée.

8.4. Conclusion : l'assurance dépendance privée offre des perspectives intéressantes, mais restera probablement un créneau de marché étroit

En tant que mécanisme de mutualisation, l'assurance dépendance privée est à même d'aider les individus et les familles à gérer plus efficacement le risque de devoir un jour assumer d'importantes dépenses personnelles liées aux soins de longue durée. En effet, comme nous l'avons vu au chapitre 7, les systèmes publics de prise en charge de la dépendance qui existent dans les pays de l'OCDE exigent une participation – certes variable – des utilisateurs au coût de leurs soins. Pourtant, même dans les pays où cette prise en charge publique est moins complète, les individus continuent de débourser une grande partie des dépenses (et donc d'utiliser leurs économies), ou de recourir à des arrangements familiaux. Ce résultat démontre entre autres que les populations sont peu sensibilisées au risque financier associé aux soins de longue durée, et peu conscientes du rôle que l'assurance dépendance privée peut jouer pour atténuer ce risque. Puisque l'efficacité des mécanismes de mutualisation de la prise en charge de la dépendance a généralement tendance à s'améliorer lorsque la souscription est large et précoce, certains pays de l'OCDE sont intervenus à l'aide de réglementations ou de politiques budgétaires pour inciter à une plus large adhésion.

Le but des mesures prises par les pouvoirs publics était d'améliorer la qualité des produits d'assurance dépendance, d'abaisser le prix d'achat de l'assurance dépendance privée, mais aussi d'améliorer la complémentarité entre couverture dépendance publique et couverture dépendance privée, ou d'instaurer l'adhésion automatique d'une assurance dépendance privée, avec droit de retait du programme. Jusqu'à présent, dans le contexte de dispositifs de mutualisation volontaires, les mesures publiques n'ont en règle générale pas véritablement contribué à élargir l'accès à l'assurance dépendance privée. Quelques mesures publiques semblent néanmoins être d'un moins bon rapport coût-efficacité que d'autres. Il convient par exemple de s'interroger sur la réalité de l'impact d'un régime fiscal préférentiel sur la demande. Plus précisément, le coût budgétaire d'une mesure fiscale peut se traduire pour l'essentiel par un effet d'aubaine pour les personnes plus à l'aise financièrement, qui auraient souscrit l'assurance même en l'absence de réduction d'impôt. Pour compenser la dégressivité des primes liées au risque, une autre solution pourrait consister à inciter les personnes à faible revenu à souscrire une assurance dépendance privée.

L'assurance dépendance collective peut aussi contribuer à inciter les personnes d'âge actif à souscrire sans tarder à titre privé. Si les employeurs peuvent ne pas trouver

grand intérêt à cotiser à une assurance couvrant le risque associé à la dépendance au-delà de la vie active d'un salarié, l'assurance collective peut tout de même profiter aux salariés grâce à des primes plus basses et à des offres globales de prestations de qualité supérieure. Mais il est vrai que les travailleurs n'occupent pas tous un emploi rémunéré ; et l'assurance dépendance collective peut aussi, compte tenu de la mobilité croissante de la main-d'œuvre et d'une manifestation de la dépendance bien après, en général, l'âge de la retraite, poser des problèmes de portabilité des droits et de continuité de l'accès à la couverture. Les clauses de portabilité des droits, que ce soit d'un programme collectif à un autre ou d'un programme collectif à un programme individuel, peuvent contribuer à garantir la continuité de l'accès à la couverture de la dépendance, tout comme les clauses de non-déchéance qui permettent au souscripteur de la police d'assurance de continuer à bénéficier d'une certaine prise en charge de sa dépendance même s'il cesse de participer financièrement au programme après son départ en retraite.

À ce jour, les données disponibles laissent à penser que si l'on ne s'en préoccupe pas, les mécanismes volontaires privés de mutualisation de la prise en charge de la dépendance resteront commercialement marginaux, utilisés principalement par le segment de la population qui dispose d'un revenu et d'un patrimoine comparativement élevés (Ergas et Paolucci, 2010). Le marché pourrait se développer à mesure que les jeunes générations prendront davantage conscience du risque financier associé à la dépendance grâce à l'expérience de leurs aînés, et se familiariseront avec les produits d'assurance dépendance et leurs caractéristiques de base (Zhou-Richter *et al.*, 2010). Néanmoins, sauf nouvelle obligation, toute expansion du marché volontaire sera tributaire des problèmes récurrents d'offre et de demande inhérents à la couverture privée.

Notes

1. En 2009, environ 1 million de personnes ont souscrit une assurance dépendance individuelle. De plus, presque 850 000 personnes se sont inscrites à un groupe de couverture assurance dépendance et environ 150 000 personnes possédaient une assurance complémentaire par leur police d'assurance vie. De plus, presque 3 millions de personnes détenaient une forme ou une autre de couverture contre les risques de dépendance par le biais de contrats d'assurance mutuels (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 2010).
2. Les conditions d'accès à l'assurance dépendance privée peuvent différer de celles du système public.
3. La sélection des risques permet à l'assureur de déterminer le risque associé à un assuré potentiel, ce qui peut déboucher sur un refus d'assurance.
4. Les données disponibles sur l'élasticité de la demande d'assurance dépendance privée sont limitées et tendent à la situer aux alentours de 1.25 (Gopi Shah, 2010 ; Cohen et Weinrobe, 2000). Si l'on part du principe que toutes les polices vendues ouvrent droit à l'incitation fiscale, plus de 75 % de l'incitation ciblerait les individus qui auraient souscrit une police en l'absence d'un allègement fiscal.
5. Les assureurs doivent également participer à un système de péréquation des risques pour les primes.
6. Medisave est un programme d'épargne obligatoire destiné à aider les particuliers à régler leurs dépenses médicales une fois à la retraite.

Bibliographie

AARP Public Policy Institute (2010), « Federal and State Income Tax Incentives for Private Long-term Care Insurance », *In Brief,* Washington.

Alliance for Health Reform (2007), « Long-term Care Partnership - An Update »,Washington.

America's Health Insurance Plans (2007), « Who Buys Long-term Care Insurance, A 15-Year Study of Buyers and non-Buyers, 1990-2005 », rédigé par LifePlans, avril 2007.

Arnts, M. *et al.* (2007), « The German Social Long-term Care Insurance: Structure and Reform Options », IZA Discussion Paper, n° 2625, Bonn.

Assous L. et R. Maheu (2001), « L'assurabilité de la dépendance et sa prise en charge par le secteur privé : une mise en perspective internationale », *Health and Ageing*, n° 5, Geneva Association Information Newsletter, octobre.

Brown, J.R. et A. Finkelstein (2007), « Why Is the Market for Long-term Care Insurance So Small? », NBER, Cambridge, février.

Brown, J.R. et A. Finkelstein (2009), « The Private Market for Long-term Care Insurance in the United States: A Review of the Evidence », *Journal of Risk and Insurance*, vol.76, n° 1, pp. 5-29.

Bureau of Labor Statistics des États-Unis (2007), « National Compensation Survey: Employee Benefits in Private Industry in the United States, March 2007 », Ministère du Travail des États-Unis, Washington.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (2010), « Evaluation des situations de perte d'autonomie des personnes âgées – Des possibilités d'un partenariat public-privé pour l'évaluation des situations de perte d'autonomie des personnes âgées », Rapport du groupe de travail animé par la CNSA, octobre.

Cohen, A.M. et M. Weinrobe (2000), « Tax Deductibility of Long-term Care Insurance Premiums: Implications for Market Growth and Public LTC Expenditures », Health Insurance Association of America, Washington, D.C.

Courbage, C. (2010), « Insuring Long-term Care Risk », *Insurance Economics*, n° 61, décembre.

Courbage, C. et N. Roudault (2007), « La demande d'assurance dépendance, une analyse empirique pour la France », Collège des Économistes de la Santé, 24 octobre 2007.

Cremer, H. et P. Pestieau (2009), « Securing Long-term Care in the EU: Some Key Issues », Document de travail du CREPP n° 2009-05.

Doty, P. *et al.* (2010), « Private Long-term Care Insurance: Value to Claimants and Implications for Long-term Care Financing », *The Gerontologist*, vol. 50, n° 5, Oxford University Press pour le compte de la Gerontological Society of America.

Dufour-Kippelen, S. (2008), « Les contrats d'assurance dépendance sur le marché français en 2006 », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Document de travail n°84, décembre.

Ergas, H. et F. Paolucci (2010), « Providing and Financing Age Care in Australia », *Health and Ageing,* n° 23, Geneva Association Information Newsletter, octobre.

European Observatory on Health Care Systems (2000), « Health Care Systems in Transition, Belgium », Copenhague.

Evans Cuellar, A. et J.M. Wiener (2000), « Can Social Insurance for Long-term Care Work? The Experience of Germany », *Health Affairs*, vol. 19, n° 3, mai/juin.

Feder, J. *et al.* (2007), « Long-term Care Financing: Policy Options for the Future », Georgetown University, Washington, juin.

FFSA (2009), « Les principales caractéristiques des contrats dépendance en 2008 – Contrats individuels », Étude de décembre 2009, Paris.

FFSA (2010), « Les contrats d'assurance dépendance en 2009 (aspect quantitatif) », Enquête d'avril 2010, Paris.

Gisserot, H. (2007), « Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marge de choix », Rapport à Monsieur Philippe Bas, Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, 20 mars.

Gopi Shah, G. (2010), « The Impact of State Tax Subsidies for Private Long-term Care Insurance on Coverage and Medicaid Expenditure », Série de documents de travail du NBER n° W16406, Cambridge, septembre.

Government Accountability Office des États-Unis (2006), « Long-term Care Insurance, Federal Program Compared Favorably with Other Products and Analysis of Claims Trend Could Inform Future Decisions », Rapport au Congressional Committee, mars.

Government Accountability Office des États-Unis (2007), « Long-term Care Insurance, Partnership Programs Include Benefits that Protect Policy Holders and Are Unlikely to Result in Medicaid Savings », Rapport au Congressional Committee, mai 2007.

Hoffman, J. (2009), « Singapore Long-term Care Plan-ElderShield Government Sponsored, Privately Sold », *International News*, n° 49, Society of Actuaries, décembre.

Lewis, S. *et al.* (2003), « Regulation of Private Long-term Care Insurance: Implementation Experience and Key Issues », Rédigé pour la Kaiser Family Foundation, mars.

Mayhew, L. *et al.* (2010), « The Rôle of Private Finance in Paying for Long Term Care », *Economic Journal*, vol. 120, novembre.

Melis, M. (2003), « Private Long-term Care Insurance: Who Should Buy It and What Should They Buy? », Rédigé pour la Kaiser Family Foundation, mars.

Melis, M. (2004), « Long-term Care Financing: Models and Issues », Préparé pour la National Academy of Social Insurance Study Panel on Long-term Care, 30 avril.

National Clearinghouse for Long-term Care Information, « Own Your Future », Ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, *www.longtermcare.gov/LTC/Main_Site/index.aspx*.

OCDE (2003), *Examens de l'OCDE des systèmes de santé – La Corée*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2004), *L'assurance-maladie privée dans les pays de l'OCDE*, Éditions de l'OCDE, Paris.

Productivity Commission (2011), « Caring for Older Australians », Draft Inquiry Report, chapitre 7, Canberra.

Riedel, H. (2003), « Private Compulsary Long-term Care Insurance in Germany », The International Association for the Study of Insurance Economics, Cologne.

Tachibanaki, T. *et al.* (2006), « Koukyou shishutsu no jueki to kokumin futan ni kansuru ishikichousa to keiryou bunseki » (Enquête d'opinion et analyse quantitative sur les avantages et les inconvénients de la dépense publique), série de documents de travail n° 06-J-058 du RIETI (Research Institute of Economy, Trade and Industry), Japon.

Taleyson, L. (2003), « Private Long-term Care Insurance – International Comparisons », *Health and Ageing*, n° 8, Geneva Association Information Newsletter, mars.

Tan Ling, L. (2007), « Nursing Home Charges », Ministère de la Santé de Singapour, décembre.

Tergesen, A. et L. Scism (2010), « Long-term Care Premiums Soar », *Wall Street Journal*, Weekend Investor, 16 octobre.

Thomson, S. et E. Mossialos (2009), « Private Health Insurance in the European Union », LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, Londres, 24 juin.

Tumlinson, A. *et al.* (2009), « Closing the Long-term Care Funding Gap: The Challenge of Private Long-term Care Insurance », Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, juin.

Wong, H. (2007), « ElderShield Experience 2002-2007 », Document d'information n° 2007/21, Ministère de la Santé de Singapour.

Yasukawa, F. et T. Inoue (2007), « A Primitive Study on the Relationship between Public Long-term Care Insurance Policy Reform and the Performance of Private Long-term Care Insurance: How to Relieve the Burden of Care? », série de documents de travail 07-32 de l'ITEC, Institute for Technology, Enterprise and Competitiveness, Université Doshisha, décembre.

Zhou-Richter, T. (2010), « Don't they Care? Or, Are they Just Unaware? Risk Perception and the Demand for Long-term Care Insurance », *Journal of Risk and Insurance*, vol. 77, n° 4, pp. 715-747.

Chapitre 9

Quelles orientations prendre ? Contenu et viabilité financière d'une protection équitable contre les coûts de la dépendance

La plupart des gens ont des difficultés à prévoir s'ils auront besoin ou non de soins de longue durée à l'avenir et, dans l'affirmative, quels seront le type, la durée et le coût de l'assistance nécessaire. Au cours des décennies à venir, les dépenses publiques devraient augmenter rapidement dans la plupart des pays de l'OCDE, notamment en raison de la hausse attendue des charges liées au vieillissement : pensions des régimes publics, soins de santé, soins de longue durée, etc. D'une manière générale, la composition actuelle et le niveau des impôts devraient se solder par une hausse des recettes plus lente que celle des dépenses, et entraînent donc un risque de report de leur coût sur les générations futures. Pour les pouvoirs publics, le défi consiste donc à fournir une protection équitable contre le risque financier associé à la prise en charge de la dépendance, tout en veillant à ce que l'équilibre des recettes et des dépenses afférentes soit viable à long terme. L'universalisme ciblé et un ensemble de mesures de financement collectif tournés vers l'avenir sont susceptibles d'aider à trouver le juste équilibre entre ces deux priorités rivales. C'est ce que le présent chapitre se propose d'étudier.

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

9.1. Pourquoi apporter une protection financière face au coût de la dépendance ?

La majorité des usagers est dans l'incapacité de mettre de côté suffisamment d'argent pour faire face à l'incertitude financière associée à la dépendance. Qu'ils soient publics ou privés, les mécanismes de mutualisation – c'est-à-dire les mécanismes financiers destinés à répartir la responsabilité du financement de la dépendance au sein d'un « regroupement » d'individus – permettent à chacun d'obtenir une couverture de ce risque à moindre coût. Même si la couverture du coût de la prise en charge de la dépendance s'est progressivement améliorée (voir le chapitre 7), le coût lié aux soins formels de longue durée peut, dans plusieurs pays de l'OCDE, être élevé et représenter une charge certaine pour l'usager. Le présent chapitre commence par démontrer qu'il faut assurer à chacun une protection de base contre le risque de dépendance. L'idée d'une protection équitable renvoie à la notion de capacité contributive par rapport au niveau de soins nécessaire.

Ce chapitre laisse ensuite entendre que l'universalisme d'un dispositif n'empêche pas de chercher à doter ceux qui en ont le plus besoin d'un niveau supérieur de prestations et de services. La principale difficulté en matière de services et de dispositifs de prise en charge de la dépendance consiste alors à faire en sorte que le financement du système soit viable à long terme. La viabilité budgétaire désigne le fait qu'un ensemble donné de politiques budgétaires de la dépendance ne reporte pas une trop grande charge financière sur les générations futures (on parle d'équité budgétaire intergénérationnelle) et permet au système de « joindre les deux bouts ». Les pays de l'OCDE utilisent plusieurs mécanismes pour harmoniser les recettes et les dépenses relatives à la dépendance. Néanmoins, à plus long terme, un ensemble de politiques budgétaires tourné vers l'avenir peut favoriser la répartition équitable du financement de la prise en charge des soins de longue durée au sein de chaque génération et entre les générations.

Certes, l'ampleur de ce défi varie pour les pouvoirs publics en fonction de l'exhaustivité des systèmes de prise en charge de la dépendance en place ; mais le juste équilibre entre protection équitable et viabilité financière dépendra en dernier ressort de la manière dont les pays envisagent une répartition efficiente et équitable des ressources au sein de la population et entre les générations.

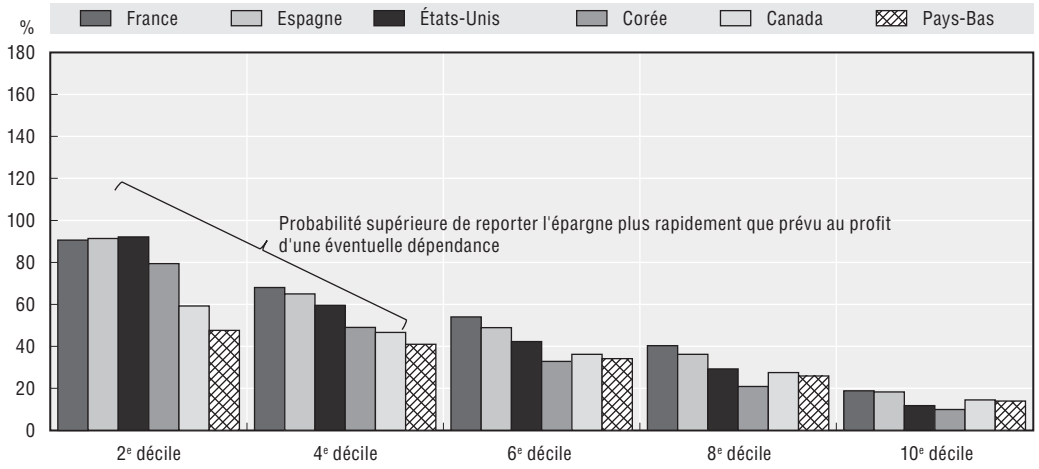
9.2. L'amélioration de la protection face aux coûts catastrophiques des soins suppose la mise en place d'un droit universel à des prestations dépendance

Par souci à la fois *d'équité et d'efficience*, la fourniture d'une couverture universelle de base pour les services de soins à la personne qui soit indépendante des moyens de chacun se justifie. C'est la raison pour laquelle de nombreux pays ont opté pour ou s'orientent vers la couverture universelle. Mais comme nous l'avons vu au chapitre 7, dans le cadre de l'universalisme, il y a de nombreuses manières de cibler l'aide vers les besoins les plus pressants, et de veiller par là simultanément à l'équité et à une bonne utilisation des ressources. Nous parlerons ainsi, dans les pages qui suivent, d'*universalisme ciblé*.

Si l'on s'intéresse d'abord à l'*équité* et à l'*accès*, les dépenses associées à des besoins d'assistance même relativement faibles (10 heures par semaine) peuvent représenter plus de 60 % du revenu disponible d'une personne âgée dans le cas des individus à revenu faible et modéré, jusqu'au quatrième décile (graphique 9.1)[1]. De plus, ces ménages n'ont généralement pas d'économies, ou très peu, à consacrer à la dépendance. Pour ceux qui ont besoin d'une plus grande quantité de services de ce type (25 heures par semaine), les dépenses associées peuvent représenter plus de 60 % du revenu disponible jusqu'au huitième décile de revenu (graphique 9.2). Même dans le cas des personnes âgées disposant d'un revenu plus conséquent, le coût d'une prise en charge intensive des soins de longue durée représente une charge significative entraînant une diminution rapide de l'épargne. Pour la plupart des individus souffrant de handicaps fonctionnels graves, le coût des soins de longue durée peut entraîner un appauvrissement significatif ou un recours excessif aux aidants familiaux ou aux amis.

Graphique 9.1. **Le coût associé à un faible besoin de soins est significatif pour les personnes âgées à faible revenu**

Part du revenu disponible corrigé des individus de 65 ans et plus dans différents déciles de revenu, milieu des années 2000



Note : Le besoin de soins est défini comme faible s'il est de 43.33 heures de soins par mois au tarif horaire en vigueur, hors aides publiques dans chacun des pays.

Source : Calculs effectués à partir de la *Base de données de l'OCDE sur la distribution des revenus et la pauvreté* (*www.oecd.org/els/social/inequality*).

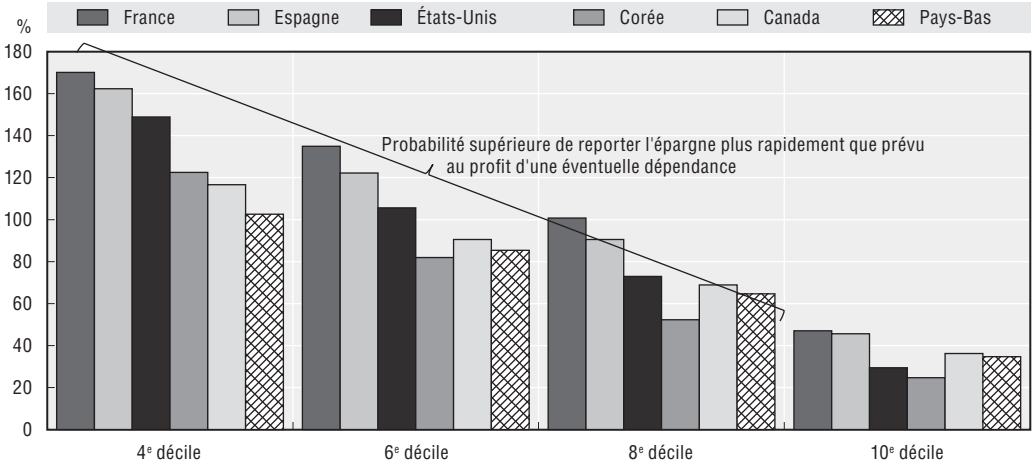
StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501517

Une couverture universelle de base du coût de la dépendance se justifie aussi par *souci d'efficience*. La fourniture de soins de longue durée dans le cadre de programmes sociaux ou « de dernier recours » soumis à conditions de ressources peut avoir des effets indésirables tels qu'un transfert des prestations vers les services de prise en charge de la dépendance et les services de santé bénéficiant déjà d'une couverture publique (centres médicalisés de long séjour et hôpitaux, par exemple), et d'éventuels abus (comme une organisation du patrimoine visant à pouvoir prétendre aux soins dans les systèmes d'accès appliquant des critères de ressources) générateurs de frais administratifs supplémentaires.

Ainsi s'explique pour l'essentiel le mouvement observé dans l'ensemble de la zone OCDE en faveur d'une couverture universelle ou plus complète. Comme nous l'avons vu au chapitre 7, la plupart des pays abandonnent progressivement la fourniture de servicesde soins à la personne par le seul biais d'un programme sous conditions de ressources.

Graphique 9.2. **Le coût associé à un besoin élevé de soins est significatif pour la plupart des personnes âgées**

Part du revenu disponible corrigé des individus de 65 ans et plus dans différents déciles de revenu, milieu des années 2000



Note : Le besoin de soins est défini comme élevé s'il est de 108.33 heures de soins par mois au tarif horaire en vigueur, hors aides publiques dans chacun des pays.

Source : Calculs effectués à partir de la *Base de données de l'OCDE sur la distribution des revenus et la pauvreté* (*www.oecd.org/els/social/inequality*).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501536

Aux États-Unis par exemple, la proposition de mise en œuvre de la Loi CLASS (*Community Living Assistance Services and Supports Act*, examiné plus en détail dans le présent chapitre) témoigne des efforts qui sont faits pour assurer une couverture plus grande du risque financier associé à la dépendance en dehors du système de protection sociale Medicaid.

9.3. La prise en charge universelle n'exclut pas le ciblage : quelles prestations pour quel public ?

Si un certain niveau de protection universelle vis-à-vis du *coût des soins* se justifie, l'universalité ne signifie pas qu'il n'y a pas lieu de moduler les prestations en fonction du besoin de soins. En réalité, avec le vieillissement des pays de l'OCDE, il va probablement devenir plus difficile de conjuguer protection « équitable » et viabilité budgétaire. Bien que la conception de l'attribution des prestations dépendance (à quelles personnes handicapées, pour quels services ou dans quelle quantité) diffère d'un pays à l'autre, l'*universalisme ciblé* peut aider à instaurer un équilibre raisonnable entre ces deux priorités concurrentes. Si l'on reprend le cadre d'analyse du système de couverture de la dépendance du chapitre 7, le ciblage des prestations peut se faire sur trois fronts :

- Évaluation/conditions d'accès aux droits (droit à prestations) ;
- Éventail de services couverts (importance de la couverture) ;
- Ampleur de la participation aux coûts (étendue de la couverture).

Ciblage de l'accès

Orienter les prestations universelles vers ceux dont les besoins de soins sont relativement élevés se justifie par le coût financier significatif des soins de longue durée. Mais dans la pratique, ce ciblage n'est pas chose aisée. Le concept de « besoin » recouvre un certain nombre de facteurs, dont des handicaps fonctionnels physiques ou cognitifs, la

présence d'un aidant familial ou un contexte local particulier (rural ou urbain), et il est par nature sujet à interprétation. Par conséquent, l'une des principales difficultés du ciblage est la mise en place de procédures d'évaluation conduisant à une répartition équitable des prestations entre les individus dépendants.

Définir la cible

Dans la zone OCDE, les besoins élevés de soins se concentrent dans la cohorte la plus âgée, qui présente généralement la plus grande probabilité de souffrir de handicaps fonctionnels lourds ou très lourds (Lafortune *et al.*, 2007). Ainsi, dans de nombreux pays de l'OCDE, le risque financier associé à la dépendance est en général maximal à un moment de la vie où le revenu disponible est bien souvent le plus bas (graphique 9.3). En 2008, environ 50 % des bénéficiaires d'aide et de soins de longue durée étaient âgés de plus de 80 ans, dont plus de 75 % de femmes, lesquelles sont les plus exposées à la pauvreté.

La Corée a adopté en 2008 un système universel de prise en charge des dépendants de 65 ans et plus[2]. Dans un souci de maîtrise des coûts, les Coréens âgés dont les besoins de soins sont moindres ne peuvent prétendre aux prestations dépendance, contrairement aux personnes âgées qui vivent dans des pays dotés de systèmes plus exhaustifs. Des critères d'évaluation stricts sont également en vigueur en Allemagne, sans toutefois être aussi contraignants qu'en Corée (Campbell et Ikegami, 2010).

En ce qui concerne les pays qui pratiquent une universalité « plus large », *un meilleur ciblage au sein du système universel peut permettre de maîtriser les coûts prévus*. Par exemple, le système public japonais de prise en charge de la dépendance couvre tous les individus ayant au moins 40 ans. Dans le cadre de son cycle de planification 2009-12, et en partie pour atténuer les futures hausses de coût, les personnes âgées dont les besoins de soins ont été estimés les plus faibles ont été réorientées vers un programme de prévention dont l'objectif prioritaire est de favoriser le vieillissement en bonne santé (voir le chapitre 10). En 2010, l'Autriche a renforcé le ciblage de l'octroi des prestations au titre de l'allocation en espèces universelle (*Pflegegeld*) en relevant, pour ceux qui ont relativement moins besoin de soins (niveaux 1 et 2), le volume mensuel minimal d'heures d'assistance requis pour pouvoir prétendre à toucher l'allocation. Au milieu des années 90, la Suède a également cherché à cibler les services concernant la dépendance, et par conséquent les dépenses publiques correspondantes, vers les personnes les plus malades et les plus handicapées (OCDE, 2005)[3].

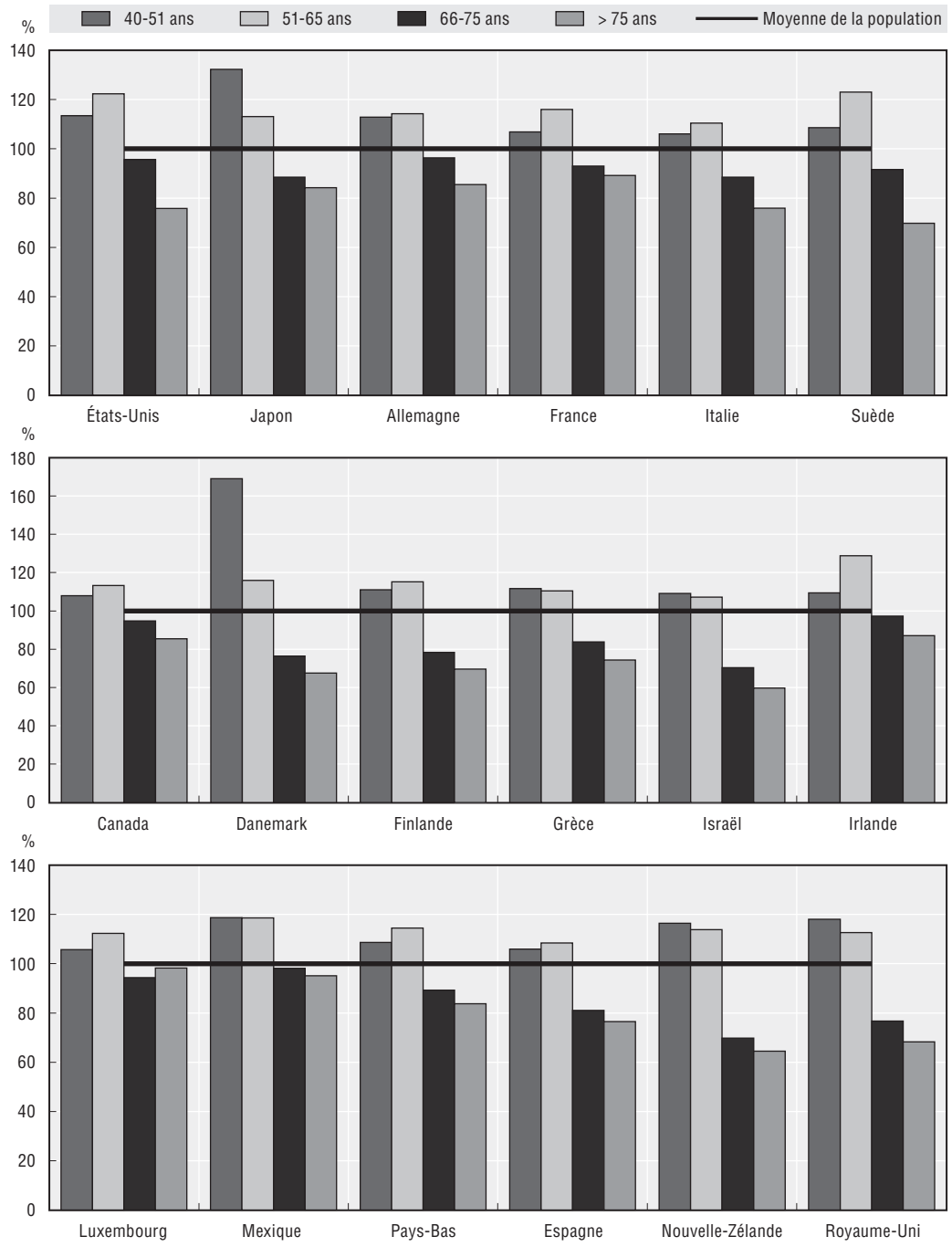
Évaluer les besoins de soins de la cible

L'évaluation réalisée à des fins de ciblage tient généralement compte des handicaps physiques et (à des degrés divers) cognitifs. Comme nous l'avons vu au chapitre 7, les instruments de mesure et en particulier les méthodes d'évaluation des besoins de soins de longue durée et des niveaux de soins requis sont variables d'un pays à l'autre même si le nombre de capacités fonctionnelles mesurées sont analogues. S'agissant du ciblage des critères d'accès, trois grandes questions liées aux procédures d'évaluation semblent primer.

La première a trait à l'accès, et à la manière de *concilier souplesse locale et cohérence nationale*. Premier point de contact en général, les municipalités locales sont souvent chargées de l'évaluation. Le besoin de souplesse locale se justifie par le fait que l'environnement dans lequel vit un individu (zone rurale ou urbaine, par exemple) influe sur ses besoins.

Graphique 9.3. **Le revenu disponible diminue avec l'âge**

Revenu disponible corrigé de différentes cohortes d'âge
par rapport à la moyenne de la population, milieu des années 2000



Source : Calculs effectués à partir de la *Base de données de l'OCDE sur la distribution des revenus et la pauvreté* (*www.oecd.org/els/social/inequality*).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501555

En revanche, une trop grande souplesse au niveau local peut engendrer des incohérences dans les critères d'accès et dans le contenu des services. Au Royaume-Uni, ce sont les autorités locales qui sont en définitive chargées de fixer les conditions d'admission. Malgré l'existence de normes nationales, il en a résulté un système que certains ont qualifié de

« loterie du code postal », puisque des personnes aux besoins évalués analogues ont droit à des niveaux de soins sensiblement différents.

Une deuxième question connexe consiste à savoir dans quelle mesure les évaluateurs ou les outils d'évaluation laissent une place à l'interprétation et à l'adaptation aux *situations individuelles*. La plupart des pays (mais pas la Suède) sont dotés d'au moins un outil national normalisé de détermination des besoins de soins de longue durée, ainsi que de lignes directrices complémentaires pour l'interprétation de la grille d'évaluation. En Allemagne, cette dernière est très détaillée, mais l'évaluateur peut s'en écarter si nécessaire. Le Japon, en revanche, n'autorise aucun écart par rapport aux lignes directrices relatives à la fourniture des soins[4] et, comme la France, utilise des programmes informatiques automatisés pour compiler les réponses à la grille d'évaluation et davantage normaliser l'évaluation. Si elle permet aux offres globales de soins de tenir compte de la situation spécifique à chaque utilisateur, l'adaptation peut aussi rendre la planification budgétaire moins prévisible et engendrer un manque de cohérence dans le niveau des prestations accordées à des individus aux besoins de soins comparables. Des problèmes analogues se posent lorsque les personnes sont classées dans des groupes homogènes du point de vue du niveau de soins dont ils ont besoin – une approche adoptée par de nombreux pays. Lorsqu'il existe des disparités significatives dans les besoins de soins au sein d'un groupe donné, le classement des bénéficiaires par catégories peut tout de même poser des problèmes d'équité.

Troisième question : qui faut-il cibler ? À l'exception de l'Allemagne, les procédures d'évaluation et les systèmes de prestations varient en fonction de l'âge du demandeur, le niveau de l'aide fournie ayant tendance à être plus important dans le cas des adultes dépendants plus jeunes que dans celui des adultes dépendants âgés. En général, cela s'explique par le fait que pour les demandeurs plus jeunes, les instruments d'évaluation tiennent compte de l'aptitude à travailler, de la capacité de formation, et ont pour objectif la réintégration dans la société. La plupart des pays – comme les États-Unis avec le programme Medicaid, ou les Pays-Bas – versent des aides supplémentaires aux citoyens handicapés d'âge actif. Il est cependant difficile de mettre au point une évaluation normalisée de ces besoins, et l'approche utilisée pour cette catégorie de patients est souvent personnalisée (Ros *et al.*, 2010). De plus, les critères d'âge peuvent être jugés injustes, en particulier par ceux qui se trouvent juste en dessous du seuil (65 ans par exemple).

La fiabilité et la précision des systèmes d'évaluation des soins de longue durée doit également évoluer au fil du temps pour tenir compte de la nature changeante de la dépendance et identifier le bon groupe cible. On demande de plus en plus aux évaluations des besoins de mieux prendre en compte les handicaps cognitifs, par exemple. S'ils tiennent compte de la perte de capacité à accomplir les AVQ, l'évaluation proprement dite et le financement connexe des services ne concernent peut-être pas suffisamment les besoins d'une population dans laquelle s'accroît l'incidence de la démence et de la maladie d'Alzheimer. En France, on réfléchit à l'heure actuelle à la mise au point de différentes échelles permettant de mieux rendre compte des performances cognitives et de traiter de manière plus satisfaisante la question des besoins des futurs bénéficiaires de prestations dépendance.

Ciblage de l'offre globale de prestations

La couverture universelle peut s'appliquer à un assortiment plus ou moins grand de services de prise en charge. Cependant, en ce qui concerne la couverture de l'aide à domicile et le mode de fourniture des prestations (en espèces ou en nature), la composition

de l'offre globale doit concilier la souplesse et la maîtrise dont les usagers ont besoin et les considérations de coût et d'efficacité des services proposés.

Le soutien apporté à l'aide à domicile ou pratique (AIVQ) montre combien il peut être difficile de déterminer la teneur de l'offre. Dans un certain nombre de pays de l'OCDE, ce soutien par l'État fait l'objet d'une prise en charge moins complète que les soins de santé et infirmiers et que les soins à la personne (AVQ). Par exemple, si en Suède, au Danemark et au Luxembourg, la prise en charge des services inclut l'aménagement du domicile, le matériel d'assistance et l'aide aux AIVQ, les prestations en nature versées en Belgique, en Corée et en Nouvelle-Zélande donnent la priorité à l'aide aux AVQ. Par ailleurs, les mécanismes d'évaluation de la prise en charge de la dépendance donnent relativement plus d'importance à l'incapacité à accomplir des AVQ (voir le chapitre 7).

Il est généralement plus facile de définir l'assortiment des services de base de soins à la personne (par type, durée et fréquence) dont a besoin une personne fragile ou dépendante que de déterminer quel serait le bon niveau de soutien à l'aide à domicile. La définition de l'assortiment des services d'aide ménagère comporte souvent une part de subjectivité plus importante (ayant trait par exemple à la fréquence, au lieu et à la durée des courses). L'aide aux AIVQ peut également être assurée plus facilement par la famille, les amis ou des ressources de proximité, qui peuvent généralement proposer leurs services avec davantage de souplesse. Il y a donc lieu de cibler l'aide sur les soins infirmiers et les soins de base à la personne, puisque leur évaluation est moins subjective et que des considérations de maîtrise des coûts entrent également en ligne de compte. Pour contenir la hausse des dépenses publiques liées à la dépendance, l'aide aux AIVQ, aux Pays-Bas, a par exemple été supprimée de la couverture dépendance de base et déléguée aux municipalités.

En pratique, cependant, la distinction entre les soins à la personne et l'aide à domicile n'est peut-être pas aussi évidente que ce que l'on aurait pu penser initialement, en particulier dans le cas des personnes dépendantes ayant des besoins de soins plus importants, présentant des handicaps cognitifs ou ne disposant pas ou presque de réseau familial ou communautaire. La distinction peut également se brouiller du fait de la possibilité que la même personne ou organisation assure l'intégralité des services (CIHI, 2007).

Le fait d'intégrer l'aide à l'accomplissement de certaines AIVQ dans l'assortiment de services peut aussi aider à retarder l'institutionnalisation en établissement ou empêcher un individu dépendant dont les besoins de soins sont relativement élevés de s'orienter vers des structures de soins plus onéreuses. Par exemple, l'un des principaux objectifs du système de prise en charge de la dépendance du Danemark est d'encourager les personnes âgées à se maintenir à domicile le plus longtemps possible, en les y aidant. Pour ce faire, l'aide aux AVQ et aux AIVQ est généralement accessible à tous les individus dépendants et ne fait pas l'objet d'une participation aux coûts.

Enfin, le fait de limiter l'assortiment de services au soutien des soins à la personne peut ne pas permettre aux individus dépendants souffrant de handicaps cognitifs, qui sont de plus en plus nombreux, de vivre de manière indépendante. Pourtant, il peut s'avérer très difficile de choisir la gamme exacte de services nécessaires et la manière dont elle peut évoluer dans le temps. Par exemple, si une personne âgée fragile qui se trouve aux premiers stades de la démence peut subvenir elle-même à ses besoins sur le plan des soins à la personne, sa capacité à accomplir des AIVQ associées à la mémoire et à des performances cognitives telles que l'utilisation des transports publics ou la gestion des finances personnelles peut être dégradée (Avlund et Fromholt, 1998). Tenant compte de la complexité de l'évaluation

des besoins de services de ces usagers, l'assortiment des services de prise en charge de la dépendance englobe en Allemagne le soutien à certaines AIVQ et, depuis juillet 2008, une prestation supplémentaire pour les personnes atteintes de maladies cognitives – par exemple de démence (Heinicke et Thomsen, 2010). Au Luxembourg, l'assortiment inclut une aide aux démarches administratives (Alzheimer-Europe, 2009).

Le mode de fourniture des prestations présente également un intérêt pour le débat sur le ciblage de l'offre globale. Comme les usagers présentant des niveaux de besoins de soins relativement élevés continuent de vivre chez eux, la définition d'un assortiment adapté de services tenant compte de la situation particulière de chaque individu – y compris la présence d'un conjoint ou la disponibilité d'enfants pour assurer les soins – peut s'avérer épineuse. Un nombre croissant de pays de l'OCDE – Pays-Bas, Autriche, Allemagne, France, Italie et Royaume-Uni – et les pays d'Europe de l'Est (voir le chapitre 1) proposent maintenant des *droits en espèces*, ce qui donne aux individus et aux familles plus de liberté pour déterminer les soins dont ils ont besoin, tout en stimulant la concurrence entre les différents prestataires de services de longue durée. Les prestations en espèces donnent aux usagers du choix et une certaine latitude, et peuvent aider les autorités à trancher les dilemmes relatifs à la composition d'un assortiment de services, par exemple entre les soins à la personne et l'aide à domicile. Selon l'autonomie et la situation spécifique du patient, ces droits en espèces peuvent généralement être utilisés pour d'autres types de services que les services de type AVQ, comme la préparation des repas et les tâches ménagères.

L'une des difficultés que pose la fourniture d'une prestation en espèces consiste à trouver le juste équilibre entre la garantie d'un usage adéquat et la latitude laissée à son bénéficiaire. Par exemple, en Angleterre, le taux d'utilisation du *Direct Payment*, un programme de prestations en espèces, a été relativement faible (seulement 0.2 % de la population âgée, contre 4.2 % de bénéficiaires en établissement en 2006/07). Les restrictions d'utilisation des espèces versées expliquent en partie cette situation (Comas-Herrera *et al.*, 2010). De plus, l'évolution des niveaux de dépenses dans le temps dépend en grande partie de la structuration des prestations proposées.

L'accès aux programmes de prestations en espèces peut être fonction de l'âge, du besoin et du revenu. Par exemple, le programme français de prestations en espèces (APA) cible les personnes de 60 ans et plus, et est subordonné au revenu. Si, aux Pays-Bas, les prestations en espèces s'appliquent à toutes les personnes dépendantes, elles sont également liées au revenu (Da Roit et Le Bihan, 2010). Généralement, les prestations augmentent avec le besoin de soins et leur montant peut être fixe (Autriche, Italie, Allemagne) ; soumis à un plafond national (France) ; ou fixé en fonction du nombre d'heures de soins nécessaires au tarif horaire en vigueur (Pays-Bas, Luxembourg). En Allemagne et aux Pays-Bas, le niveau des prestations en espèces qui est fixé est généralement plus bas que si elles étaient fournies en nature. S'il existe une grande marge de manœuvre pour déterminer les conditions d'accès aux droits et la structure des prestations, les prestations en espèces, une fois fixées, prennent la forme d'un droit à prestations et sont généralement gérées dans le cadre de budgets évolutifs. Quelles que soient les prestations, lors du lancement d'un « nouveau » programme en espèces, son taux d'utilisation est incertain, de sorte que le budget global peut s'avérer plus important que prévu. C'est ce qui s'est produit récemment aux Pays-Bas avec les budgets personnels destinés aux personnes dépendantes. L'admission au bénéfice de nouveaux budgets personnels a alors été interrompue (à quelques exceptions près) lorsque les dépenses ont atteint le budget global fixé pour 2010 – afin de ne pas le dépasser.

Cibler les contributions privées liées au coût des soins

Enfin, dans le cadre des systèmes universels, le ciblage peut se faire par rapport au niveau de la participation aux coûts. Comme nous l'avons vu au chapitre 7, tous les systèmes de couverture dépendance publique des pays de l'OCDE comportent une part de participation privée aux coûts, même si les niveaux pratiqués sont très différents. Le recours à des contributions individuelles s'explique par une volonté d'atténuation de l'aléa moral, un souhait de maîtrise des coûts ou encore la prise en compte des écarts de faculté contributive d'un usager à l'autre.

La participation privée aux coûts peut être forfaitaire (pourcentage forfaitaire du coût des services), comme c'est le cas dans le cadre de systèmes publics universels, en particulier au Japon, en Corée et en Belgique. L'un des principaux objectifs de cette formule est d'émettre au niveau des prix un signal susceptible d'optimiser la probabilité que la demande de services soit l'expression du besoin sous-jacent (Finansdepartmentet, 2009). Il s'agit également d'une solution simple du point de vue administratif. Néanmoins, la participation forfaitaire aux coûts soulève des questions de répartition puisque les individus dépendants à faible revenu, ainsi que ceux dont les besoins sont élevés, doivent consacrer une part plus importante de leur revenu à ces charges. Dans les pays où cela se pratique, une aide supplémentaire est disponible via l'aide sociale, afin de compenser l'impact négatif, en termes de répartition, d'un programme de participation forfaitaire aux coûts. Le coût des soins assumé par les utilisateurs est plafonné au Japon et en Belgique.

La participation privée aux coûts peut également correspondre à une part donnée (plafonnée dans certains pays) du revenu disponible ou du patrimoine. Tel est par exemple le cas en Finlande, en Irlande, aux Pays-Bas et en Suède (voir le chapitre 7). Cette approche présente l'avantage de permettre aux individus de prévoir avec certitude le montant maximum de ressources qu'ils sont supposés affecter à la prise en charge de leur dépendance dans le temps. Comparé aux programmes de participation forfaitaire aux coûts, ce système peut être moins régressif, en particulier pour ceux dont les besoins de prise en charge sont plus élevés, mais peut être plus complexe à gérer puisqu'il requiert la collecte d'informations sur le revenu ou le patrimoine, et sur leur évolution au fil des ans.

La participation privée aux coûts peut également correspondre au coût résiduel, le cas échéant, entre le coût de la prise en charge de la dépendance en vigueur et le montant de la couverture publique. En Allemagne et dans la prestation en espèces italienne finançant les soins aux personnes handicapées (*indennità di accompagnamento*), par exemple, la couverture publique est une aide fixe qui dépend du besoin de soins de l'usager, mais pas de son revenu ni de son patrimoine, et est ajustée progressivement pour tenir compte des évolutions récentes du coût des soins de longue durée (comme en Allemagne en 2008). En Autriche (combinaison de *Pflegegeld* et d'autres prestations dépendance en espèces) et en France (Allocation personnalisée d'autonomie), en revanche, le montant de l'aide est plafonné mais varie également selon le niveau de soins de l'usager, ainsi que son revenu ou son patrimoine. Même si elle peut s'avérer plus complexe à gérer, cette approche peut aider les pouvoirs publics à maîtriser les coûts du fait du plafonnement des prestations et de l'amélioration de la prévisibilité budgétaire. Elle tient également compte de la capacité contributive et elle est progressive. Elle peut en revanche constituer une source d'incertitude pour les usagers, en particulier ceux dont le revenu est plus bas et dont les besoins de soins sont plus élevés, notamment si le montant de l'aide publique ne suit pas la hausse dans le temps du coût des soins de longue durée.

Par souci d'équité et de maîtrise des coûts, il y a lieu d'exiger une participation aux coûts plus élevée de la part de ceux dont la capacité contributive est plus forte. Cela étant, la détermination de la part du revenu ou du patrimoine qui devrait être affectée à la dépendance peut dépendre de la manière dont un pays envisage l'importance relative de la prise en charge collective et individuelle du coût des soins et de ce qu'il considère comme des « dépenses catastrophiques de dépendance » – par exemple des dépenses dépassant un pourcentage donné du revenu ou du patrimoine de l'usager, ou un plafond donné, ou laissant à un individu moins que le plancher prévu de revenu de base ou de patrimoine.

Les interactions potentielles avec des mesures ciblées en matière d'impôt sur le revenu des particuliers et la structure des régimes de retraite entrent également en jeu. Par exemple, comme le montre le graphique 9.4, les transferts publics (comme par exemple les régimes de retraite complémentaire gérés par l'État, ainsi que les prestations de base et les prestations soumises à conditions de ressources) représentent généralement plus de 75 % du revenu de la moitié des personnes âgées au revenu le plus bas. En ce qui concerne les personnes âgées au revenu moyen (déciles 6 à 9), les transferts publics peuvent osciller entre 30 et 80 % du revenu. On peut donc penser qu'une proportion significative de la participation privée des personnes âgées aux coûts de la dépendance est financée par des transferts publics, de sorte que leur capacité contributive est en partie liée à l'exhaustivité du régime public de retraite.

9.4. Les frais de séjour en établissement représentent l'essentiel des coûts que doivent supporter les bénéficiaires de soins de longue durée

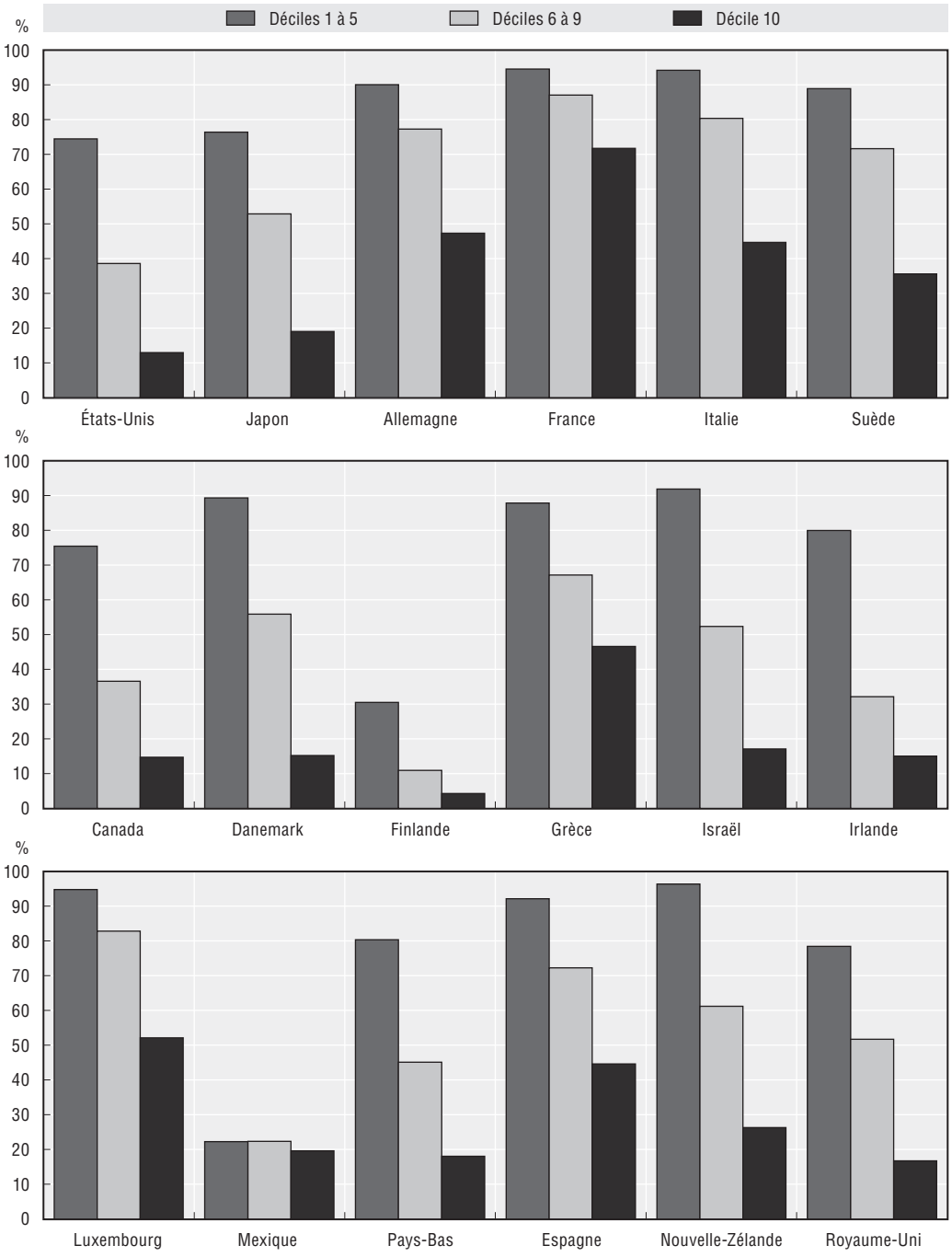
Une part significative des coûts associés aux soins reçus en centre médicalisé de long séjour est liée aux frais de séjour. En fonction du niveau et de la qualité de l'hébergement (nombre de lits dans une chambre par exemple), ces frais peuvent représenter plus de 50 % du coût total d'un séjour en centre médicalisé de long séjour (Fédération hospitalière de France, 2010)[5]. Ce coût peut se prolonger sur une longue période : en moyenne, les individus dépendants résident entre 2 et 3 ans en centre médicalisé de long séjour. Les frais de séjour peuvent être élevés par rapport à la capacité contributive des personnes âgées dépendantes. Dans la plupart des pays, l'essentiel du revenu disponible d'une personne dépendante peut être utilisé pour payer ces frais (80 à 85 % du revenu disponible en Australie, en Irlande, en Norvège et en Finlande) et le patient peut être contraint de puiser dans ses économies pour les payer.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, cette composante du coût de la dépendance est généralement considérée comme un risque social ou de logement exclus de la couverture dépendance publique. Normalement, l'aide cible les personnes à faible revenu dans le cadre des programmes d'aide sociale ou d'aide au logement existants, à l'exception de quelques pays dotés de systèmes de prise en charge de la dépendance très exhaustifs (Japon et certains pays nordiques par exemple), où la participation aux frais de séjour peut tout de même représenter une part élevée du revenu disponible des résidents[6]. Au Japon, le frais de séjour ont été exclus de la couverture d'assurance depuis 2005, afin d'assurer l'équité avec les personnes vivant à domicile.

Une participation financière supérieure des usagers ou l'absence de couverture des frais d'hébergement en centres médicalisés de long séjour contrastent avec les frais sensiblement nférieurs payés pour un hébergement en hôpital ou dans d'autres structures de soins aigus de court séjour. Cette différence de coût est liée à la notion de résidence principale.

Graphique 9.4. **Les transferts publics constituent la majeure partie du revenu des personnes âgées**

Transferts publics en proportion du revenu corrigé des individus de 65 ans et plus – milieu des années 2000



Note : Les transferts publics incluent les régimes complémentaires, les prestations de base et les prestations soumises à conditions de ressources, ainsi que les dispositifs de minima sociaux. En Finlande, les régimes de retraite complémentaire obligatoires sont assimilés à des revenus du capital et ne sont donc pas comptabilisés comme des transferts publics.

Source : Base de données de l'OCDE sur la distribution des revenus et la pauvreté (www.oecd.org/els/social/inequality).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501574

Généralement, ceux qui reçoivent temporairement des soins, que ce soit à l'hôpital ou en centre médicalisé de long séjour, conservent leur maison ou leur appartement comme résidence principale. Pour ceux qui reçoivent des soins de façon permanente en centre médicalisé de long séjour, en revanche, le logement occupé auparavant n'est en général plus considéré comme tel. Dans certains pays tels que la Norvège et les Pays-Bas, la durée du séjour est prise en compte pour déterminer le niveau de la contribution privée au coût de la résidence en centre médicalisé de long séjour.

Dans la pratique, l'emménagement en centre médicalisé de long séjour n'est pas le choix résidentiel habituel, puisqu'elle est généralement provoquée par l'invalidité. C'est une décision qui non seulement est difficile à prendre sur un plan personnel, mais qui a aussi en général des incidences financières significatives, à un moment de la vie où le revenu disponible est relativement plus faible, mais où le patrimoine accumulé peut être élevé. Deux grandes questions, examinées ci-après, en découlent : tout d'abord, comment peut-on calculer un niveau « équitable » de participation aux frais de séjour et, ensuite, de quelle manière les décideurs peuvent-ils favoriser la mobilisation des espèces disponibles (liquidités) pour aider les utilisateurs à assumer le coût élevé de la résidence en centre médicalisé de long séjour ?

Fixer la participation aux frais de séjour

D'aucuns peuvent estimer que chacun devrait, indépendamment du lieu d'habitation, acquitter au moins une part minimum de ses dépenses de repas et d'hébergement. On peut aussi raisonnablement vouloir que l'épargne accumulée finance certaines dépenses de repas et d'hébergement de base, notamment lorsqu'une personne s'installe en centre médicalisé de long séjour. Ainsi, la question que doivent résoudre les pouvoirs publics s'agissant des frais d'hébergement en centre médicalisé de long séjour n'est donc pas de savoir si les résidents doivent en payer, mais *quels montants* et *quels types* de dépenses ils doivent assumer.

Les frais de séjour pouvant être très variables suivant le niveau et la qualité du logement et des services, un principe directeur peut consister à faire correspondre ces frais et les prix de marché des services d'hébergement et de repas de même type (Association canadienne des soins de santé, 2004). La difficulté tient cependant au fait que les frais de séjour incluent souvent le coût d'autres services, comme les activités de loisirs proposées dans le centre, jusqu'à parfois l'imputation du coût en capital associé à sa construction ou rénovation. De ce fait, les frais de séjour peuvent s'apparenter davantage à une « redevance de résidence » (*residence fee*) correspondant à la somme de toutes les charges qui ne sont pas couvertes par l'État. Cette redevance peut représenter une charge élevée pour les usagers, et entraîner entre ces derniers et les pouvoirs publics des tensions liées à la capacité contributive. Néanmoins, si les contrôles exercés par les autorités sur les frais et redevances facturés par les établissements peuvent contribuer à les rendre abordables pour les résidents comme pour la puissance publique, ils peuvent également avoir des incidences non désirées sur les décisions globales d'investissement du secteur (National Seniors Australia, 2010).

La principale question est donc de savoir de quelle manière on peut cibler le financement public des frais de séjour. Un certain nombre de pays (voir le chapitre 7) s'appuient à la fois sur des critères de revenu et de patrimoine pour déterminer le niveau des aides publiques – et *a contrario* des contributions privées – pour cet élément de coût. Le patrimoine est ainsi pris en compte car il traduit mieux la répartition du

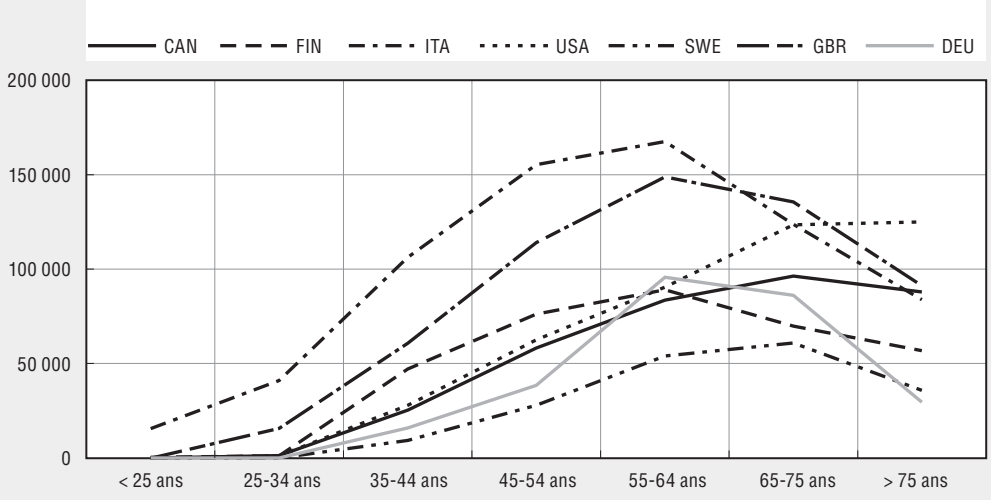
bien-être économique, ce qui favorise une affectation plus juste de l'aide de l'État. Cela vaut tout particulièrement pour les personnes âgées, qui ont une « situation nette » – différence entre l'ensemble des actifs possédés et des dettes encourues – supérieure à celle des citoyens plus jeunes (graphique 9.5 de l'encadré 9.1). En revanche, les critères de patrimoine peuvent être plus complexes à appliquer du point de vue administratif, et pénaliser plus que de raison ceux qui ont soigneusement géré leur budget durant toute leur vie. Étant donné l'attachement des usagers – et singulièrement des personnes âgées – à leur logement, la prise en compte de la valeur de la maison dans les critères de patrimoine rencontre une certaine résistance, alors même qu'elle est un élément central de la situation nette des personnes âgées (tableau 9.1 de l'encadré 9.1). Certains faits observés[7] donnent également à penser que la situation nette et le revenu disponible sont fortement corrélés – quoiqu'imparfaitement. La ventilation du revenu disponible peut alors être une indication raisonnable de la répartition du bien-être économique, ou la base permettant de définir l'aide publique à octroyer (Jantti *et al.*, 2008).

Encadré 9.1. **Évolution de la situation nette dans les classes d'âge**

S'agissant des pays de l'OCDE inclus dans la *Luxembourg Wealth Study*[1], la courbe des profils médians de situation nette forme le plus souvent une bosse, même si le niveau de la situation nette peut varier. En règle générale, la situation nette des jeunes est la plus basse, celle des personnes d'âge moyen est la plus élevée, et celle des personnes âgées se situe entre les deux (OCDE, 2008a). La situation nette est la différence entre l'ensemble des actifs possédés et l'endettement total.

Graphique 9.5. **Situation nette moyenne en fonction de l'âge du chef de famille**

Situation nette, valeurs en USD de 2002



Source : Base de données de la Luxembourg Wealth Study (LWS)

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932501593*

Encadré 9.1. **Évolution de la situation nette dans les classes d'âge** *(suite)*

Comme le montre le tableau 9.1, le patrimoine des ménages se compose majoritairement d'actifs non financiers qui prennent la forme de biens immobiliers résidentiels. En moyenne, la résidence principale représente de 45 à 70 % du patrimoine.

Tableau 9.1. **Composition de la situation nette des ménages**

Pourcentage du patrimoine total

Variable richesse	Allemagne[1]	Canada	États-Unis	États-Unis	Finlande	Italie	Royaume-Uni	Suède
	SOEP 2002	SFS 1999	PSID 2001	SCF 2001	HWS 1998	SHIW 2002	BHPS 2000	HINK 2002
Actifs non financiers	87	78	67	62	84	85	83	72
Résidence principale	64	64	52	45	64	68	74	61
Biens immobiliers	22	13	14	17	20	17	9	11
Actifs financiers	13	22	33	38	16	15	17	28
Comptes de dépôt	–	9	10	10	10	8	9	11
Obligations	–	1	–	4	0	3	–	2
Actions	–	7	23	15	6	1	–	6
Fonds communs de placement	–	5	–	9	1	3	–	9
Total des actifs	100	100	100	100	100	100	100	100
Passif	23	26	22	21	16	4	21	35
dont :								
Prêt hypothécaire	–	22	–	18	11	2	18	–
Situation nette	77	74	78	79	84	96	79	65

Note : BHPS = *British Household Panel Survey ;* HINK=enquête suédoise sur les finances des ménages ; HWS = *Household Wealth Survey ;* PSID = *Panel Study of Income Dynamics ;* SCF = *Survey of Consumer Finances ;* SFS = *Survey of Financial Security ;* SHIW = *Survey on Household, Income and Wealth ;* SOEP = étude socioéconomique allemande à base de panels.

Source : Base de données de la Luxembourg Wealth Study (LWS).

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932501783*

1. La LWS est un projet international destiné à rassembler les microdonnées existantes sur la richesse des ménages dans une base de données homogène.

En définitive, le recours à une définition large du revenu pour fixer le niveau de la participation des usagers aux frais de séjour a un sens. Mais des arguments militent également en faveur de l'utilisation des seuls critères de revenu. Les pays peuvent étayer leurs décisions par des considérations de simplicité administrative et sur la notion d'« équité » d'un point de vue sociétal, même si aucun système n'est totalement à l'abri des critiques. De plus, les aides publiques en faveur des frais de séjour peuvent dépendre en grande partie de la manière dont est assuré l'accès de la population dans son ensemble à des besoins fondamentaux tels que le logement. Il est important que la méthode de fixation des frais et les raisons expliquant la facturation soient transparentes, car les utilisateurs savent ainsi qu'ils peuvent avoir à payer des frais de séjour conséquents alors même qu'existe une prise en charge « universelle » des soins à la personne. Ces considérations tendent également à démontrer que l'État est capable de contribuer à mobiliser des ressources pour payer des frais qui peuvent rapidement exploser.

Assurer une protection financière contre les frais de séjour en établissement

Malgré l'aide sociale et d'autres aides de l'État, les personnes à revenu modéré qui résident en centre médicalisé de long séjour sont particulièrement exposées à l'appauvrissement en raison du coût élevé de ces établissements. De plus, les tarifs élevés pratiqués par de tels centres ou les obligations de participation aux frais peuvent contraindre les patients à vendre leur logement pour payer leurs soins. Le fait d'être propriétaire de son logement peut offrir différentes possibilités de mobilisation d'espèces supplémentaires pour payer, en totalité ou en partie, les dépenses associées aux soins de longue durée telles que les frais de séjour. On peut ainsi, pour assumer ce coût, obtenir un prêt, opter pour un logement plus petit, ou encore louer ou vendre son logement. Différentes initiatives intéressantes des secteurs public et privé se rencontrent dans la zone OCDE.

Certains centres médicalisés de long séjour ont recours à des programmes de *crédit viager hypothécaire*. Par exemple, en Australie, il peut être demandé à un individu dont le patrimoine dépasse un certain seuil d'acheter une « obligation-hébergement » (*accommodation bond*) lorsqu'il s'installe dans un centre de soins légers (*low care*), ou bien intègre une structure dont le logement et les services proposés sont de qualité supérieure (*extra service place*) et où le niveau de soins (qu'ils soient légers ou lourds) correspond à celui assuré en maison de retraite. Une obligation-hébergement s'apparente à un prêt à taux zéro à la maison de retraite, que celle-ci est légalement tenue d'utiliser pour améliorer le bâtiment ainsi que la qualité et la gamme des services de soins proposés aux personnes âgées. La maison de retraite est autorisée à retenir tous les mois une somme (*retention amount*), pendant une période maximum de cinq ans et dans les limites d'un certain plafond (Ministère australien de la Santé et du Vieillissement, 2010a). Des programmes analogues sont utilisés par certaines maisons de retraite au Royaume-Uni (Collins, 2009). Ces programmes présentent l'intérêt de donner potentiellement aux patients le sentiment d'être partie prenante dans la résidence, mais ciblent des individus au revenu et au patrimoine relativement élevés.

L'aptitude à conserver sa propre maison et à ne pas avoir à en céder la propriété pour s'acquitter de frais de soins de longue durée est un sujet sensible pour les personnes âgées fragiles. Les mesures destinées à faciliter la mobilisation d'actifs non financiers pour assumer certains des coûts associés aux soins de longue durée restant à la charge des particuliers, notamment les frais d'hébergement en centre médicalisé de long séjour, sont particulièrement utiles aux personnes qui se situent juste au-dessus du seuil donnant droit à une aide publique.

Comme il est très compliqué d'un point de vue administratif d'évaluer les rentrées régulières fournies par un bien détenu en propre, en particulier en ce qui concerne les actifs non financiers tels qu'une résidence principale ou secondaire, les critères de patrimoine prennent généralement la forme d'un seuil s'appliquant à la valeur totale des actifs possédés à un moment donné. En règle générale, si la valeur totale des actifs dépasse le seuil défini, l'individu concerné ne peut prétendre à une aide publique. Pour les personnes âgées contraintes d'intégrer un centre médicalisé de long séjour, l'allocation de l'aide publique en fonction d'un tel seuil peut avoir une incidence importante sur la capacité de conservation du logement. Par exemple, le fait que la résidence principale[8] soit incluse dans les critères de ressources peut pousser un résident de maison d'accueil à s'en défaire pour toucher le montant en capital de son bien immobilier et lui permettre de financer les frais encourus (Gheera, 2010).

Si les *programmes de prêts viagers hypothécaires du secteur privé* (voir le chapitre 8) sont un moyen de mobiliser des espèces pour payer des soins, ils peuvent s'avérer assez compliqués et onéreux et ne pas offrir la souplesse suffisante pour permettre de conserver son logement après le départ en centre médicalisé de long séjour. En effet, les prestataires privés exigent généralement le remboursement du prêt dès lors que les deux conjoints ont quitté leur logement depuis un certain temps. À ce jour, les programmes de ce type ont rencontré un succès limité.

Les gouvernements de quelques pays de l'OCDE ont plutôt mis en place des *mesures publiques destinées à reporter le paiement* des frais de centre médicalisé de long séjour. Ces mesures peuvent permettre aux personnes dépendantes et à ceux qui leur survivent de déterminer plus librement la composition des héritages, qui peuvent inclure le logement d'une personne dépendante, tout en donnant le moyen de subvenir aux besoins immédiats. Par exemple, au titre de l'*Irish Fair Deal Scheme* introduit en octobre 2009, les résidents qui reçoivent des soins en centre médicalisé de long séjour paient une redevance annuelle égale à 5 % de la valeur de leur patrimoine. La valeur de la résidence principale est incluse dans l'évaluation financière, mais seulement pendant 3 ans. En ce qui concerne les actifs non financiers tels que les terrains et bien immobiliers, la contribution de 5 % peut être reportée jusqu'au décès du résident. Les patients ne sont donc pas contraints de vendre de leur vivant des actifs tels que leur logement pour financer les soins qu'ils reçoivent. Pendant la durée du prêt, des intérêts préférentiels correspondant à l'indice des prix à la consommation s'appliquent. Depuis son introduction, environ 15 % des nouveaux résidents de centres médicalisés de long séjour ont profité de cette solution (O'Regan, 2010).

Au Royaume-Uni, la possibilité de bénéficier d'un financement public du coût de la résidence en centre médicalisé de long séjour est soumise à un critère de patrimoine, qui peut tenir compte de la valeur du lieu principal de résidence de l'utilisateur (à moins qu'un partenaire ou un enfant n'y vive encore). Pour les individus qui rempliraient les critères de patrimoine s'ils n'étaient pas propriétaires de leur logement, certaines administrations communales proposent un programme qui leur permet de ne pas vendre celui-ci immédiatement, et de reporter tout ou partie des frais de centre médicalisé de long séjour grâce à un accord de paiement différé. En général, aucun intérêt ne s'applique aux paiements différés pendant la durée de validité de l'accord et pendant un certain nombre de jours après le décès du résident, moment auquel la somme différée doit être remboursée ou la résidence vendue. Les autorités néo-zélandaises prévoient aussi des prêts sans intérêt pour les soins de longue durée en institution, afin d'aider à payer les soins de ceux qui, à cause de la valeur de leur logement, n'ont pas droit à une aide pour les soins en établissement, mais ne détiennent que peu de liquidités ou d'actifs autres que ce logement (Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande, 2009). De même, dans le système Medicaid des États-Unis, la valeur d'un lieu principal de résidence est généralement exclue des critères de patrimoine, mais peut faire l'objet d'un recouvrement sur la succession après le décès du résident, équivalent à la somme de l'aide octroyée par Medicaid[9]. Ce dispositif revient en substance à un programme de paiement différé.

Les programmes de report ont l'avantage de permettre aux usagers de soins de longue durée de conserver leur logement même s'ils doivent s'installer en centre médicalisé de long séjour ; on peut néanmoins s'interroger sur l'impact qu'ils ont sur l'héritage laissé par la personne dépendante. En fonction du montant de la somme reportée, le remboursement ou le recouvrement sur la succession d'un usager après son décès peut être perçu par les survivants comme une forme de droits de succession punitifs ciblant les quelques

malchanceux qui ont eu besoin d'une aide publique pour payer les dépenses de soins de longue durée. Cependant, on peut soutenir que lorsqu'une résidence principale n'est plus nécessaire au bénéficiaire, à son conjoint ou à un enfant, sa valeur devrait être utilisée pour couvrir tout ou partie de ces dépenses, comme par exemple les frais de séjour (Ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, 2005).

Les mesures prises par le secteur public telles que la combinaison de polices d'assurance vie et de polices d'assurance dépendance peuvent offrir aux individus la possibilité de reporter (parfois indéfiniment) la décision de vendre leur logement pour pouvoir recevoir les soins dont ils ont besoin. En règle générale, une police hybride de ce type permet d'obtenir des avances en espèces sur le capital décès lorsque le titulaire de la police a besoin de soins de longue durée. Ce dispositif permet aux personnes âgées dépendantes de mobiliser des liquidités supplémentaires et leur donne ainsi davantage de latitude pour déterminer le type de biens qu'elles comptent laisser à leurs héritiers. À ce jour, ces programmes sont encore peu répandus, même si l'assurance vie est dans la plupart des pays de l'OCDE un produit certainement plus courant que l'assurance dépendance.

Les frais de séjour sont élevés et il est très probable qu'ils le resteront à l'avenir. Ils peuvent représenter une part significative du revenu disponible relativement faible des personnes âgées. Néanmoins, ces dernières ont en règle générale un niveau de patrimoine comparativement élevé et une partie de ces actifs devrait être utilisée pour aider à financer les besoins de base tels que l'hébergement et les repas. Cependant, l'essentiel du patrimoine des personnes âgées prend la forme d'actifs non financiers (une maison par exemple), et la décision de le convertir en liquidités peut être plus difficile à prendre. Si certaines mesures du secteur privé, comme la combinaison d'une assurance vie et d'une assurance dépendance, peuvent aider à mobiliser des liquidités supplémentaires pour assumer le coût associé aux soins de longue durée, elles restent peu répandues à ce jour. Des politiques publiques récentes telles que celle mise en œuvre en Irlande tendent à démontrer que les gouvernements peuvent jouer un rôle plus important en facilitant la conversion d'actifs non financiers en liquidités pour les résidents qui reçoivent des soins en centre médicalisé de long séjour[10]. S'apparentant à des programmes de prêts étudiants, ces programmes publics peuvent viser à atténuer les coûts de conversion grâce à des taux de transaction et d'intérêt préférentiels. Ce type d'intervention publique pourrait également contribuer à donner aux personnes dépendantes davantage de latitude pour déterminer la composition du patrimoine qu'elles souhaiteraient laisser derrière elles, tout en leur donnant les moyens de subvenir à leurs besoins immédiats.

9.5. Politiques de demain pour ajuster les financements au besoin de soins

Les expériences des pays de l'OCDE en matière d'adéquation entre le coût et le financement des soins de longue durée montrent que les systèmes publics de prise en charge de la dépendance sont financés à l'heure actuelle selon le principe de la répartition. Cependant, avec le vieillissement de la population, les dépenses publiques devraient augmenter plus rapidement que les recettes au cours des prochaines décennies. S'agissant en particulier des dépenses liées à l'âge telles que celles concernant la dépendance, il est important de mettre au point un ensemble de politiques financières tournées davantage vers l'avenir grâce à la prise en compte de l'impact potentiel sur les générations futures.

Dans les pays de l'OCDE, les systèmes de financement public de la dépendance s'ajustent aux coûts à un rythme annuel

En dehors des pays dotés d'un dispositif d'assurance sociale dépendance (Japon, Corée, Allemagne, Pays-Bas), le financement de la prise en charge de la dépendance constitue en règle générale un sous-ensemble d'une catégorie de dépenses plus grande concernant par exemple les services de santé ou les services sociaux[11]. Dans certains cas, le financement de cette prise en charge est réparti entre différents paliers de gouvernement. Comparer les niveaux de recettes et de dépenses relatives à la dépendance est un exercice difficile dans les pays utilisant les recettes générales pour financer ces soins de longue durée, qui impose généralement une vision budgétaire plus large.

Les pays utilisent toutes sortes de mécanismes pour veiller à ce que les recettes absorbent le coût des systèmes de prise en charge de la dépendance. Au Japon et en Corée, mais aussi en Suisse et en Slovénie par exemple, *les cotisations sont généralement relevées pour s'aligner sur* les dépenses dépendance attendues[12]. Au Japon, le processus d'équilibrage entre les recettes et les dépenses se fait sur un cycle de trois ans, alors qu'il a lieu chaque année en Corée. Comme au Japon, une part des recettes collectées est allouée à un fonds de stabilité financière, qui peut être utilisé par les municipalités pour combler les déficits liés à l'impossibilité de collecter des primes ou à des hausses d'utilisation inattendues. En Allemagne, alors que le taux de contribution est resté constant pendant plusieurs années, il a été relevé en 2009 pour s'aligner sur la hausse du coût de la dépendance.

Dans un certain nombre de pays tels que la Belgique, la Norvège ou l'Irlande, les budgets affectés aux services de prise en charge de la dépendance sont définis dans le cadre d'*enveloppes budgétaires globales* plus larges fixées chaque année. Dans certains cas, des objectifs spécifiques de dépense peuvent s'appliquer, comme en France, en Nouvelle-Zélande et en Slovénie. En général, des mécanismes de maîtrise des budgets sont à l'œuvre dans la plupart des pays de l'OCDE, même si nombre d'entre eux autorisent des dépassements.

Un autre mécanisme mis à contribution a consisté à contenir les droits à prestations, en figeant soit la valeur des prestations dépendance dans le temps, soit les droits à de telles prestations (Autriche, République tchèque, Suisse, Nouvelle-Zélande, Pologne, Slovénie, Allemagne jusqu'en 2007/08). Tous les pays de l'OCDE ont également pour objectif de maîtriser la demande de services de soins de longue durée fournis à un groupe spécifique d'individus, et procèdent généralement pour ce faire à une évaluation des ressources des patients.

Enfin, un certain nombre de pays freinent le coût de la dépendance en exerçant un contrôle direct sur l'offre de services de soins, soit en négociant les salaires ou honoraires payés aux prestataires (centres médicalisés de long séjour, professionnels), soit en contrôlant le nombre de lits bénéficiant d'aides financières ou de salariés mis à disposition. À titre d'exemple, les autorités australiennes contrôlent l'offre de places subventionnées pour personnes âgées à l'aide d'un « coefficient de prestation », et s'appuient sur les besoins de soins qu'elles évaluent pour fixer le montant de l'aide aux soins en établissement versée aux prestataires agréés pour chaque personne dont ils ont la charge. La Belgique et d'autres pays limitent le nombre de lits dans les centres médicalisés de long séjour. Au Japon, l'obligation de passer des examens d'aptitude restreint indirectement les effectifs affectés aux soins de longue durée en établissement.

Chaque mécanisme peut avoir des incidences inattendues ; à titre d'exemple, au bout d'un moment, la plupart des pays se retrouvent dans l'incapacité de collecter davantage de

recettes. La fixation de la valeur des prestations dépendance peut accroître les difficultés économiques de certains usagers, tandis que la limitation du nombre de bénéficiaires ou de la quantité de services fournis peut se traduire par des délais d'attente. C'est pourquoi la plupart des pays utilisent à l'heure actuelle une combinaison de mécanismes pour veiller à aligner sur les dépenses les recettes concernant la dépendance.

Dans la logique des processus budgétaires des administrations, l'objectif prioritaire jusqu'à présent a été l'harmonisation annuelle des recettes et dépenses du secteur de la dépendance. Si une telle approche est souhaitable pour maintenir l'équilibre des comptes publics, on ne sait rien de son impact potentiel sur les générations futures. Si le coût de la dépendance continue de ne représenter qu'une part relativement faible du PIB, des éléments concrets observés dans certains pays laissent supposer qu'il pèse déjà sur les budgets publics. Au Japon, en Corée, en Allemagne, dans la communauté flamande de Belgique et au Luxembourg, les cotisations dépendance ont sensiblement augmenté depuis l'introduction des systèmes de prise en charge publique de la dépendance. Par exemple, les taux de cotisation ont quasiment doublé en Allemagne, passant de 1 % en 1995 à 1.95 % pour les personnes avec enfants et à 2.20 % pour les personnes sans enfants en 2009, tandis qu'en 2007 le Luxembourg a relevé son taux de cotisation de 1.0 à 1.4 %. En France, les administrations centrales ont réduit leur part dans le financement de la dépendance par rapport aux administrations locales, tandis qu'aux Pays-Bas la fourniture de services d'aide aux AIVQ a été retirée de l'assurance dépendance publique et déléguée aux municipalités. Certaines administrations tentent de réduire les dépenses de ce secteur dans le cadre de l'assainissement budgétaire réalisé en réponse à la crise économique récente. Par exemple, un certain nombre d'États des États-Unis réduisent les services notamment médicaux, de réadaptation et de soins à domicile dont les personnes à faible revenu âgées ou handicapées ont besoin, ou augmentent sensiblement leur coût (Johnson *et al.*, 2010). De même, en Nouvelle-Zélande, certains conseils de santé de district (*district health boards*) réduisent le volume d'heures d'aide à domicile.

Favoriser une meilleure répartition du financement entre les générations

Quoique concept d'abord éthique, la notion d'équité intergénérationnelle se trouve désormais au tout premier rang des débats d'orientation sur le financement de la dépendance, en raison de la diminution attendue de la taille de la population d'âge actif par rapport à la population âgée (voir le chapitre 2 sur les projections démographiques). Le fait de financer des dépenses liées à l'âge telles que celles liées à la dépendance, en demandant à une génération future relativement moins nombreuse de payer une partie des soins d'une génération précédente relativement plus nombreuse (c'est-à-dire selon le principe de la répartition) suscite bien des inquiétudes. Ce problème peut être étudié en partie à l'aide du concept de viabilité budgétaire.

La viabilité budgétaire est un concept à plusieurs dimensions qui englobe un bilan de solvabilité, une croissance économique et une fiscalité stables, et l'équité intergénérationnelle (OCDE, 2009). Si cette viabilité ne constitue pas un objectif en soi, elle peut aider à définir les futures modifications à apporter à un ensemble donné de politiques budgétaires (ayant donc trait aux dépenses et aux recettes), en indiquant quel est l'ampleur du risque de transfert de dettes aux générations futures sur le long terme. À titre d'illustration, si aucun changement n'est apporté à l'arsenal de politiques budgétaires en vigueur, le ratio dette brute/PIB des États membres de l'UE-27 augmentera d'environ 80 points de pourcentage et atteindra environ 140 % en 2030 (Commission européenne

et Comité de politique économique, 2009). De même, en ce qui concerne les États-Unis, faute de modifier les orientations, le ratio dette/PIB augmentera d'environ 50 points de pourcentage et dépassera 110 % du PIB sur la période 2025-40 (Government Accountability Office des États-Unis, 2009). Ces résultats permettent de penser que l'arsenal actuel de politiques budgétaires générales est en train de transférer une quantité considérable de dettes aux générations futures.

Si l'ampleur des écarts de viabilité budgétaire estimés[13] varie considérablement d'un pays à l'autre, la majorité de la zone OCDE affiche un écart dû, en règle générale, à la combinaison d'une situation budgétaire de départ défavorable et de la hausse prévue du coût du vieillissement (Commission européenne et Comité de politique économique, 2009). La crise financière et économique récente a détérioré les écarts budgétaires estimés de la plupart des pays de l'OCDE. Dans ceux qui sont membres de l'Union européenne, le vieillissement démographique représente à lui seul environ la moitié de l'écart budgétaire estimé[14] (Commission européenne et Comité de politique économique, 2009). L'essentiel de la hausse prévue du coût du vieillissement a pour origine le régime public de retraite et les dépenses de santé. Néanmoins, en moyenne, la hausse des dépenses liées à la dépendance devrait contribuer pour près de 25 % à la hausse globale prévue, et même plus de 40 % en Suède, au Danemark, en Italie, aux Pays-Bas et en Pologne[15].

L'importante contribution des dépenses liées à l'âge – dépendance comprise – aux écarts de viabilité budgétaire laisse supposer que dans un certain nombre de pays, il sera très utile d'étudier de plus près la structuration des dépenses et recettes prévues à l'avenir. La section suivante étudie les ajustements qui pourraient permettre de favoriser une répartition plus équitable du financement de la dépendance au sein des générations et entre elles. Même si tous les pays ne sont pas nécessairement concernés ni intéressés par tous les ajustements, différentes solutions possibles sont présentées ci-après.

Favoriser l'équité intergénérationnelle par le biais du préfinancement

L'une des stratégies susceptibles de traiter la question de l'écart de viabilité consiste à instaurer le préfinancement, c'est-à-dire pour l'essentiel à accumuler des actifs pour financer les futures pressions sur les coûts liés à l'âge tels que ceux de la dépendance (OCDE, 2008a). Le préfinancement présente un certain nombre d'avantages : il permet notamment d'atténuer à la fois les hausses soudaines des taux de cotisation ou d'imposition (c'est le « *tax smoothing* ») afin de financer une panoplie de prestations et de services stable dans le temps, et le risque de transfert d'obligations aux générations futures sous la forme d'un surcroît d'impôts ou de dettes. L'introduction d'un outil de préfinancement aurait ainsi pour but d'étendre l'horizon budgétaire afin de mieux tenir compte des pressions prévisibles sur les dépenses liées à la dépendance.

En pratique, le préfinancement exige des excédents budgétaires prolongés, ce qui peut poser de gros problèmes d'économie politique, tout excédent faisant généralement l'objet de demandes concurrentes de financement d'autres priorités d'action, dont des réductions d'impôts. Il est possible de surmonter les problèmes d'économie politique de ce type en rattachant le préfinancement à certains coûts liés à l'âge bien précis (OCDE, 2008a). Par exemple, certains pays de l'OCDE (Japon, Suisse, Suède, Canada, France, Irlande, Nouvelle-Zélande et Norvège) ont mis en place pour le régime public de retraite des réserves destinées à préfinancer les futures obligations en matière de retraite publique (Yermo, 2008). Même si les conditions varient selon le système national de financement de la dépendance, on doit envisager de pouvoir mettre en place des réserves publiques

de ce type pour financer les dépenses de ce secteur et étudier la pertinence du passage à un préfinancement partiel ou intégral[16].

La notion de préfinancement s'applique mieux aux pays qui financent leurs dépenses de dépendance à partir de sources de revenu spécifiques, ou dans le cadre des systèmes de prise en charge des soins de longue durée – comme en Allemagne, au Japon, en Corée, aux Pays-Bas, au Luxembourg, en France et en Belgique pour l'assurance dépendance flamande (chapitre 7). À l'heure actuelle, la plupart de ces régimes sont financés par répartition, les cotisations ou prestations étant en règle générale ajustées pour s'aligner sur les recettes pendant des cycles courts prédéterminés, d'une année en général (trois années au Japon). En Allemagne et au Luxembourg, le programme d'assurance dépendance publique doit constituer une petite réserve. En Allemagne, une réserve d'épargne minimum représentant au moins 50 % des dépenses mensuelles de prestations indiquées au budget doit ainsi être conservée (Heinicke et Thomsen, 2010). Au Luxembourg, la réserve doit représenter au moins 10 % des dépenses annuelles d'assurance dépendance ; elle s'établissait en 2008 à 50 % environ de ces dépenses annuelles (Ministère de la Sécurité sociale, 2009). Une part de préfinancement pourrait également être introduite dans les pays qui financent la dépendance dans le cadre de systèmes globaux de sécurité sociale, comme la Belgique. En Allemagne par exemple, on étudie la possibilité de financer des réformes qui comporteraient un élément de préfinancement passant par la création, au sein du régime d'assurance sociale, d'une branche qui fonctionnerait par capitalisation. L'objectif serait de mieux garantir la viabilité du financement de la dépendance et de prendre en compte l'équité intergénérationnelle. À moins que les fonds constitués ne soient affectés spécifiquement à la dépendance, cette approche comporte toutefois un inconvénient : elle ne permet pas de garantir que certains des actifs accumulés, destinés à l'origine à la prise en charge des soins de longue durée, ne seront pas détournés vers d'autres postes de dépense plus grands tels que la santé ou la retraite (Yermo, 2008).

Pour les pays qui financent la dépendance sur les recettes générales, comme les pays nordiques, le Canada ou l'Australie, la notion de préfinancement est un concept plus large qui s'apparente davantage à la consolidation d'une position budgétaire favorable, en général à travers un ratio dette/PIB inférieur. Si les économies réalisées sous la forme de réductions de la dette publique favorisent la souplesse budgétaire future, elles peuvent être utilisées en fin de compte pour des dépenses futures autres que celles liées au vieillissement. Le fait de mieux tenir compte des positions budgétaires prévues à l'avenir présente tout de même des avantages pour ces pays.

Reste à trancher la question du degré souhaitable de préfinancement de la dépendance – c'est-à-dire de savoir si un préfinancement intégral de l'assurance dépendance est envisageable ou non. L'expérience en matière de fixation des primes dans le cadre de l'assurance dépendance privée peut être intéressante à cet égard. Comme indiqué au chapitre 8, en principe, la couverture dépendance privée est financée intégralement, le montant des primes incluant la constitution de réserves. L'assurance dépendance privée est un contrat à vie pour lequel l'assureur garantit le barème des taux de cotisation. En règle générale, la prime est fixée selon l'âge, le sexe ou l'état de santé préexistant du souscripteur, de façon à couvrir les versements de prestations dépendance attendus à l'avenir, en tenant compte du revenu généré par les primes accumulées (Riedel, 2003). En Allemagne, les assureurs privés proposant une prise en charge de la dépendance ont mis en place une provision pour vieillissement (*Alterungsrückstellung*), afin que les assurés financent la hausse attendue des prestations dépendance due au vieillissement. Des réserves analogues, ou « provisions

constituées », sont accumulées par les assureurs français. En 2009, une réserve d'un montant total de 2.6 milliards EUR (soit moins de 10 % des dépenses publiques de dépendance de la France) a été constituée par les assureurs dépendance français (FFSA, 2010). Ce qu'enseigne néanmoins le secteur de l'assurance dépendance américain, c'est qu'une grande incertitude pèse sur l'évolution de l'apparition de la dépendance, sur le coût de fourniture d'une unité de soins ou sur le rendement attendu des réserves accumulées investies. Il peut en résulter d'importantes disparités de prime d'une année à l'autre, ce qui a des incidences sur l'aptitude à financer intégralement un programme d'assurance dépendance privée.

Dans le cadre d'un système public, l'adoption d'une démarche de financement intégral serait non seulement inadaptée en raison de l'incertitude qui entoure le besoin futur de soins de longue durée, mais également difficile à mettre en œuvre et source de problèmes d'équité liés à la manière dont seraient payées les prestations dépendance du segment de la population maintenant âgé qui n'ont pas été jadis financées. Les solutions possibles pour financer ces dernières peuvent être une hausse radicale du niveau des cotisations du segment âgé de la population, à laquelle la majorité des individus ne pourrait faire face, une réduction significative du niveau des prestations dépendance fournies au segment âgé de la population au prorata du niveau des cotisations payées leur vie durant, ou une augmentation des cotisations payées par les jeunes pour couvrir à la fois leurs propres prestations dépendance et celles des personnes âgées. Il serait préférable que la mise en place du préfinancement vise avant tout à stabiliser ou minimiser dans le temps les cotisations dues au titre de la dépendance, au lieu d'assurer le financement intégral du programme (Office of the Chief Actuary, 2007). La solution pourrait être un préfinancement partiel.

Dans le cadre d'un programme de prise en charge de la dépendance financé en partie, les cotisations dépendance des individus couvriraient une partie des prestations qu'ils attendent à l'avenir. Les cotisations et les revenus des placements financeraient partiellement le programme (Office of the Chief Actuary, 2007). L'un des principaux avantages du financement intégral est sa moindre sensibilité à l'évolution du taux de dépendance prévu, des coûts de la dépendance ou des revenus des placements de réserves, et donc son action plus efficace en faveur de la stabilisation des taux de cotisation à long terme (Plamondon et Latulippe, 2008). Le niveau du financement partiel dépend d'un certain nombre de variables, dont notamment les objectifs recherchés par le pays en fixant le niveau auquel les taux de cotisation et d'imposition devraient se stabiliser, ainsi que sa pyramide des âges.

Si cette mise en place reste souhaitable pour favoriser l'équité entre les générations et stabiliser les taux de cotisation et d'imposition dans le cadre d'un système public de prise en charge de la dépendance, elle peut cependant s'avérer délicate sur le plan politique, car il faudrait que les individus paient une cotisation ou un impôt supplémentaire les premières années du programme de financement (par exemple de 15 à 25 ans)[17]. Pour atténuer ce problème, la hausse requise de l'effort de cotisation ou d'imposition pourrait se faire progressivement sur une période donnée. D'autres ajustements du modèle de financement de la dépendance pourraient également être envisagés.

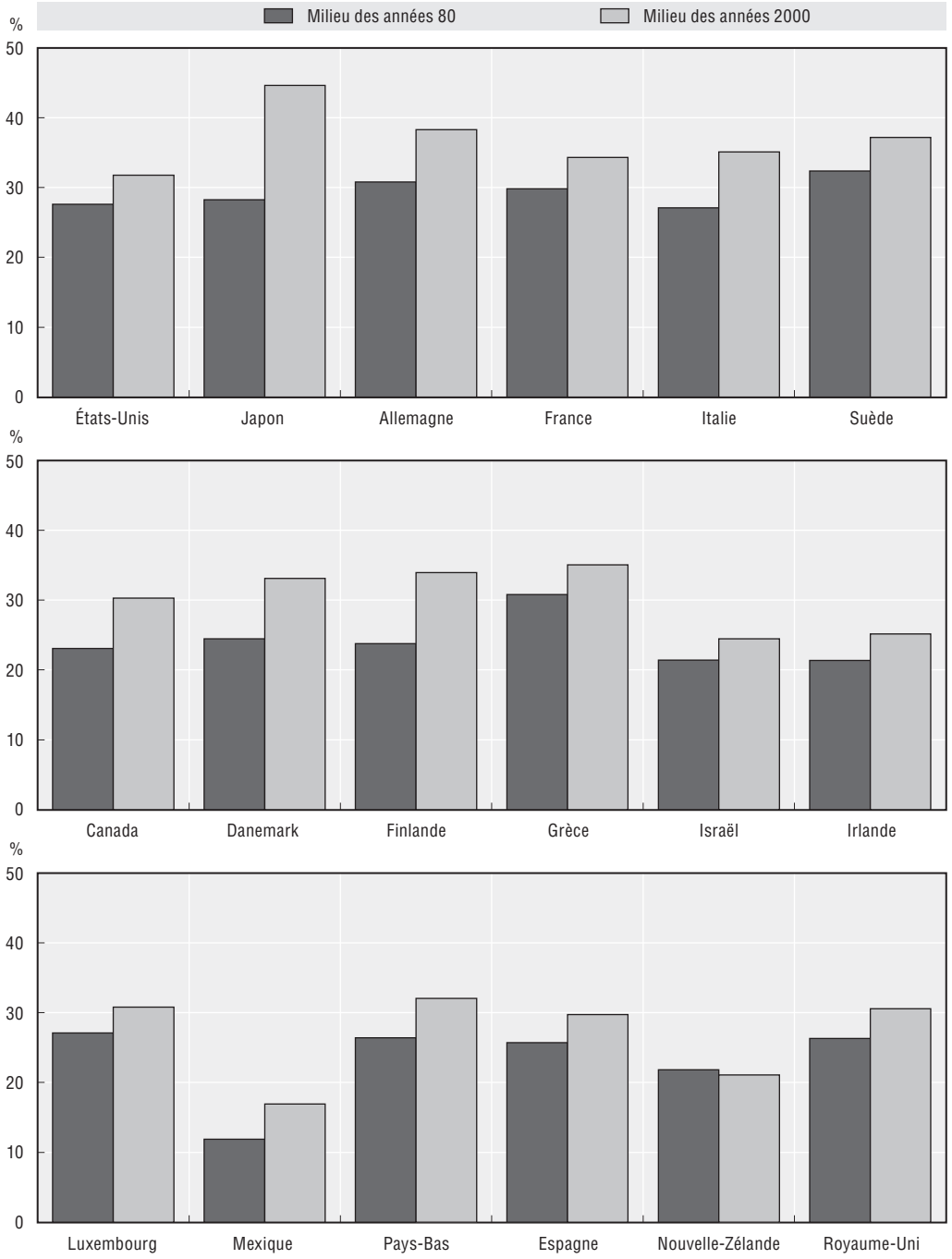
Qui doit payer ?

Dans les pays de l'OCDE, les cohortes de personnes âgées sont en général plus nombreuses que celles des jeunes. Cette structure de pyramide des âges inversée remet en question les modèles de financement s'appuyant au premier chef sur la population d'âge actif pour subvenir aux besoins tant des jeunes que des personnes âgées. Avec le vieillissement des sociétés, une part croissante du revenu disponible total sera entre les mains d'un segment plus âgé de

la population (graphique 9.6)[18], principalement sous la forme de retraites et de revenus du capital (graphique 9.7)[19]. Ces tendances démographiques et économiques laissent supposer que la viabilité des modèles de financement de la dépendance pourrait être améliorée soit en étalant celui-ci sur davantage de générations, soit en élargissant les bases d'imposition.

Graphique 9.6. **Le segment âgé de la population détient une part croissante du revenu**

Personnes âgées de 51 ans et plus

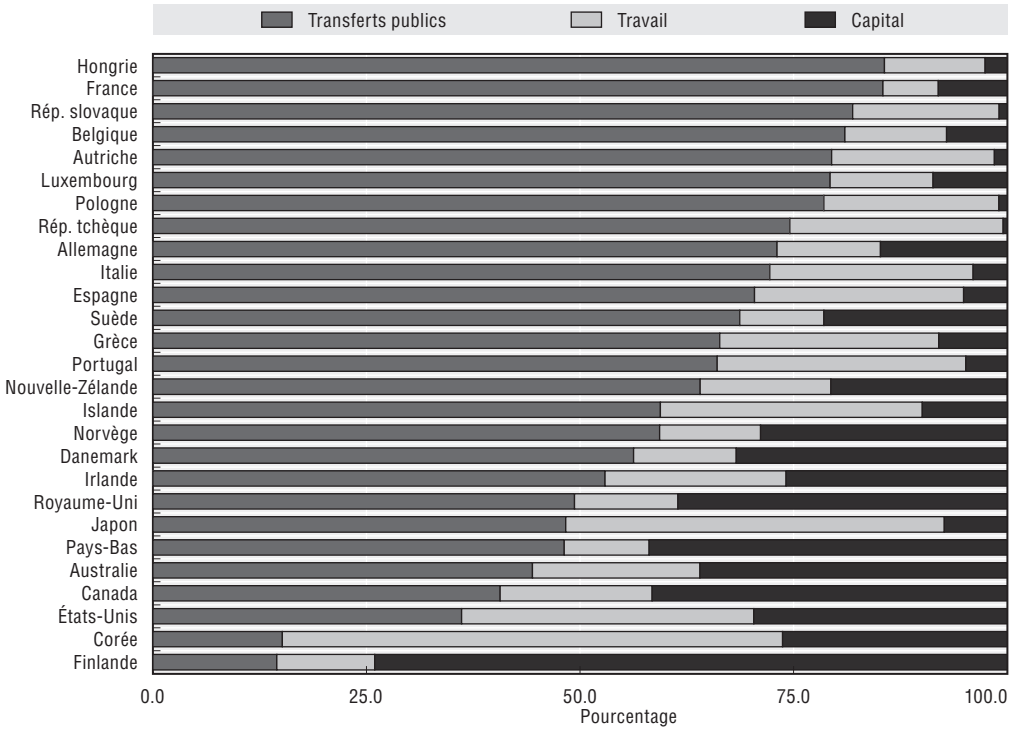


Source : Calculs du Secrétariat de l'OCDE effectués à partir de la base de données de l'OCDE sur la distribution des revenus et la pauvreté (*www.oecd.org/els/social/inequality*).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501612

Graphique 9.7. **Le revenu disponible des personnes âgées se compose principalement de la pension et de revenus du capital**

Part en pourcentage du revenu disponible corrigé – individus de 65 ans et plus – milieu des années 2000



Source : Calculs du Secrétariat de l'OCDE effectués à partir de la *Base de données de l'OCDE sur la distribution des revenus et la pauvreté* (*www.oecd.org/els/social/inequality*).

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501631

Les avantages que présente la mutualisation du risque associé à la dépendance dans une population la plus large possible sont solidement établis. Mais la pyramide des âges inversée peut se traduire par un important financement croisé de ce risque par une relativement petite cohorte de jeunes au profit d'une cohorte de personnes âgées plus importante. Ainsi, par souci d'équité entre les générations, une façon d'atténuer ce financement croisé consiste à instaurer une mutualisation intergénérationnelle (St John et Chen, 2010) en créant une cotisation payable à partir d'un certain âge ou en demandant à tous de cotiser tout au long de la vie pour la prise en charge de la dépendance (le financement de celle-ci étant ainsi réparti sur un plus grand nombre de générations).

En complément à cette mutualisation intergénérationnelle, on peut élargir les sources de recettes au-delà des seuls revenus de la population active, et inclure les retraités (élargissement de l'assiette fiscale). Le fait de recourir aux seules cotisations sociales pour financer la dépendance risque d'accroître démesurément le futur coin fiscal sur les salariés. Un coin fiscal important non seulement se traduirait par un transfert des coûts sur les générations futures, mais également pourrait avoir des incidences négatives sur l'emploi – une vive préoccupation pour, notamment, les systèmes qui s'appuient sur l'assurance sociale pour couvrir les coûts de la dépendance.

Le système japonais de financement de la dépendance comprend une part de mutualisation entre les générations et élargit les sources de recettes. Au Japon, les sources de financement du système d'assurance dépendance sont mixtes. Sur le budget global,

10 % sont financés par la participation des usagers aux frais. Les 90 % restants sont répartis à égalité entre les impôts (dont 25 % proviennent de l'administration centrale et 12.5 % des préfectures et des municipalités) et les cotisations de la population de plus de 40 ans. Hormis la participation aux coûts, 20 % du coût total de la dépendance sont couverts par les primes payées par les personnes âgées, et 30 % par celles des 40-65 ans[20]. Les primes collectées auprès des personnes retraitées sont soumises à des critères de revenu et celles payées par les 40-65 ans sont fonction des salaires. L'Allemagne est également un exemple de pays où le financement de la dépendance a été étendu à davantage de générations. Depuis 2004-05, les pensionnés doivent payer la cotisation intégralement sur leur revenu disponible, et ne sont plus aidés pour cela par les caisses de retraite (Arntz *et al.*, 2007).

D'autres pays de l'OCDE complètent les cotisations sociales à l'aide d'autres sources de recettes, soit pour financer spécifiquement les dépenses de l'assurance dépendance, soit plus généralement pour financer les systèmes de sécurité sociale dans leur ensemble. Aux Pays-Bas, si les primes sont imputées uniquement à la population d'âge actif, l'assurance dépendance est financée en partie par le biais de la fiscalité générale. Cette part représentait un quart du budget total de l'assurance AWBZ néerlandaise en 2008 (Schut et van de Berg, 2010). De même, en Belgique, le régime de sécurité sociale n'est plus uniquement financé par le biais des cotisations sociales, mais aussi, partiellement, par le budget général[21]. Le financement de l'assurance dépendance flamande en Belgique prévoit un autre modèle général. Sur le budget global, la moitié est financée par une cotisation spécifique payée par chaque résident adulte[22], et le reste est financé par la fiscalité générale. En France, le financement de la dépendance est également assuré par une combinaison de différentes sources de recettes ; notamment, environ deux tiers de l'allocation en espèces destinée à financer les soins (Allocation personnalisée d'autonomie) sont généralement financés par les impôts locaux fonciers.

Lorsque les systèmes de prise en charge de la dépendance sont financés sur les recettes générales, les mêmes considérations s'appliquent, mais plus largement. L'élargissement de l'assiette fiscale ou la modification de la composition des impôts peut être un moyen d'étendre le financement de la dépendance à davantage de générations, tout en maintenant les prestations associées à la mutualisation des risques. Par exemple, on peut y parvenir en modifiant la composition des recettes fiscales, l'imposition des salaires et de l'emploi laissant la place à une taxation de la consommation générale (taxes sur la valeur ajoutée par exemple) – démarche aux effets redistributifs intrinsèques.

Enfin, on peut estimer que la famille a pour fonction sociale centrale un transfert de temps et de ressources entre les générations (Osberg, 1997). Par exemple, comme l'indique le chapitre 3, les enfants représentent une importante source de soins familiaux aux personnes âgées fragiles. Pour les parents, les enfants constituent ainsi un vaste réseau de soutien, allant du soutien moral à l'aide financière, qui permet parfois de retarder le recours à une structure de soins plus onéreuse (centre médicalisé de long séjour, etc.).

En Allemagne, le fait d'avoir des enfants a un effet sur le niveau de cotisation au système public de prise en charge de la dépendance. À la suite d'une décision de la Cour constitutionnelle fédérale, une surprime de 0.25 point de pourcentage est demandée aux personnes sans enfants depuis 2005. En 2009, le niveau des cotisations payées par ces personnes représentait ainsi 2.20 points de pourcentage, contre 1.95 pour les personnes avec enfants. Cette surprime se justifie par le fait que les personnes sans enfants recevront probablement des prestations au titre de l'assurance dépendance sociale plus élevées que les personnes avec enfants (Heinicke et Thomsen, 2010). En effet, les personnes dépendantes avec enfants ont plus de probabilités d'opter pour une prestation en espèces

que pour une prestation en nature. En Allemagne, le niveau des prestations dépendance en espèces est inférieur à celui des prestations dépendance en nature.

De même, différentes générations peuvent également mettre les revenus en commun au sein de la famille. Dans certains pays de l'OCDE, les systèmes d'assurance sociale prévoient l'obligation pour les enfants de contribuer aux dépenses engagées par leurs parents au titre des soins de longue durée, comme par exemple les frais de séjour. Cette prescription est souvent dite « obligation filiale ». Elle existe par exemple en Allemagne, au Portugal et en France[23] (Casey, 2010). Dans les systèmes de ce type, le revenu et le patrimoine des enfants d'une personne dépendante sont pris en compte pour déterminer le niveau de l'aide publique.

Ces dispositions tiennent compte du rôle et des obligations des aidants familiaux. Cependant, la notion de responsabilité familiale varie fortement d'un pays à l'autre, les ménages sans enfants peuvent considérer les obligations comme injustes, et ces mêmes obligations peuvent grever les legs des enfants adultes. Une manière simple et efficace de reconnaître le soutien apporté par les aidants familiaux que sont par exemple les enfants consiste donc à leur apporter un soutien direct (voir le chapitre 4).

Envisager des partenariats et des approches novatrices

Certaines mesures ou grandes orientations récentes se sont intéressées à de nouvelles méthodes de financement de la dépendance par l'intermédiaire, par exemple, de formules de partenariats public-privé et de programmes d'adhésion automatique.

Des projets de partenariats entre le secteur public et le secteur privé ont suscité de l'intérêt dans quelques pays de l'OCDE. Ces partenariats peuvent recouvrir des réalités différentes selon l'identité des « partenaires » du secteur public. Par exemple, les solutions examinées à l'heure actuelle en France vont de la promotion de la souscription d'une assurance dépendance privée volontaire ayant vocation à compléter la couverture dépendance publique existante à l'avènement d'une assurance dépendance privée obligatoire qui finirait par s'y substituer. Au moment où nous écrivons ces lignes, nous ne savons pas encore précisément de quelle manière des partenariats de ce type pourraient être mis au point dans la pratique. Parmi les idées proposées figurent l'instauration d'incitations fiscales susceptibles d'encourager l'adhésion à une assurance dépendance privée volontaire, l'octroi d'une aide financière ciblée pour compenser le coût de cette adhésion ou encourager une combinaison d'assurances privées et de prêts viagers hypothécaires (Le Bihan et Martin, 2010 ; Commission des affaires sociales, 2010).

Aux États-Unis, les partenariats public-privé ont rencontré un succès limité, alors même qu'ils consistent à coordonner la couverture dépendance privée volontaire et la prise en charge publique soumise à conditions de ressources (chapitre 8). D'autres idées lancées par exemple au Royaume-Uni concernent des partenariats entre le système public et chaque usager, dans lesquels l'administration publique abonderait à parité avec l'individu (Wanless, 2007), ou la mise en place d'un système d'assurance sociale obligatoire dans lequel les individus paieraient une prime unique à un âge donné, par exemple 65 ans (Barr, 2010). Si l'idée d'un partenariat est intéressante, sa mise en pratique peut s'avérer difficile, et la meilleure manière de structurer ces partenariats reste incertaine.

Un exemple intéressant d'innovation récente en matière de financement qui nous vient des États-Unis est le CLASS Act. Cette législation sur la réforme fédérale des soins de santé récemment promulguée aux États-Unis (la Loi *Affordable Health Care Act*) crée un programme d'assurance volontaire d'État financé sur fonds privés (il ne bénéficie d'aucune

aide publique) dont la fonction est de verser une prestation en espèces aux personnes dépendantes remplissant les conditions requises pour financer les services et l'aide de longue durée dont elles ont besoin. Une grande partie des éléments spécifiques du CLASS Act n'a pas encore été finalisée et sera définie d'ici au 1er octobre 2012 (voir l'encadré 9.2).

Encadré 9.2. **États-Unis : le *Community Living Assistance Services and Supports (CLASS) Act***

La Loi *Affordable Health Care for America Act* qui a été ratifiée par le Président Obama en mars 2010 inclut le *Community Living Assistance Services and Supports (CLASS) Act*. Ce dernier est un régime national d'assurance volontaire qui sera géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux, et financé uniquement par les primes mensuelles collectées sous forme de retenues volontaires sur les salaires ou de paiements effectués directement par les individus. Les principaux objectifs de la loi sont les suivants : i) aider les individus dépendants à conserver leur indépendance personnelle et financière pour continuer de vivre en société ; ii) mettre en place une infrastructure qui aidera à répondre aux besoins de services sociaux de proximité ; iii) alléger le fardeau des aidants familiaux ; et iv) remédier au problème de la concentration des soins dans les établissements en proposant des prestations en espèces plutôt qu'en nature.

Participants remplissant les conditions requises

Pour remplir les conditions requises, les participants doivent être âgés d'au moins 18 ans et gagner au moins un certain revenu. En ce qui concerne les travailleurs dont les employeurs choisissent de participer au programme, l'adhésion se fera automatiquement *via* une retenue sur le salaire. Dans le cas des travailleurs indépendants, des salariés qui ont plus d'un employeur et des salariés dont l'employeur choisit de ne pas participer au dispositif, une autre procédure d'adhésion sera mise en place. Quant à la possibilité de sortir du régime, une période annuelle d'adhésion et de résiliation sera fixée. Aucun examen sélectif ne s'appliquera à ceux qui remplissent les conditions d'admission.

Primes

Les primes varieront en fonction de l'âge, les adhérents plus jeunes payant ainsi des primes inférieures à celles de ceux qui choisissent d'adhérer sur le tard, mais ne seront pas fonction des états pathologiques, du revenu et d'autres facteurs. Cependant, les personnes dont le revenu ne dépasse pas le seuil de pauvreté et les étudiants de moins de 22 ans qui travaillent paieront au maximum 5 USD par mois (montant indexé dans le temps).

Il est prévu que les primes restent au même niveau qu'au moment de la souscription, à moins qu'une hausse ne soit nécessaire pour assurer la solvabilité du régime (calculée sur 75 ans). Dans cette éventualité, seules les primes de ceux qui ont atteint 65 ans et cotisé pendant au moins 20 ans et qui ne sont pas salariés de manière active ne seront pas concernées par la hausse. Les primes augmenteront également en cas de défaut de paiement d'une durée de plus de trois mois si la personne souhaite adhérer à nouveau. Le montant des primes sera placé dans un « *Life Independence Account* » (compte-indépendance à vie) au nom de chaque bénéficiaire.

Bénéficiaires remplissant les conditions requises

Pour toucher des prestations, les adhérents devront maintenir leur adhésion au programme en payant leurs primes mensuelles. De plus, avant de pouvoir prétendre aux prestations, les primes doivent être payées pendant au moins cinq ans. Les assurés devront également avoir travaillé pendant au moins trois ans au cours des 5 premières années d'adhésion au régime. Une personne qui cesserait de travailler après avoir rempli l'obligation de trois années de travail bénéficierait tout de même du régime, tant qu'elle continuerait de payer les primes.

Encadré 9.2. **États-Unis : le *Community Living Assistance Services and Supports (CLASS) Act*** *(suite)*

Ces derniers critères excluent implicitement la population retraitée. Ceux qui n'ont pas payé leurs primes pendant plus de 3 mois devront verser des primes pendant au moins 24 mois consécutifs pour pouvoir prétendre à nouveau aux prestations.

L'accès au régime se fera en fonction du besoin de soins. Les bénéficiaires remplissant les conditions requises sont ceux qui souffrent d'un handicap fonctionnel confirmé par un médecin agréé et d'une durée estimée à au moins 90 jours. Le handicap pourrait être l'incapacité à accomplir au moins deux (ou trois) activités de la vie quotidienne (AVQ) sans une aide conséquente, ou une incapacité cognitive substantielle exigeant une sérieuse surveillance destinée à protéger l'individu concerné de menaces pesant sur sa santé et sa sécurité. Les participants doivent continuer de payer les primes pour continuer de recevoir les prestations.

Prestations

Les individus remplissant les conditions requises toucheront une prestation en espèces correspondant à leur niveau de handicap ou d'incapacité. Le niveau moyen des prestations sera d'au moins 50 USD par jour. Deux à six montants de prestations pourraient être définis. Le montant des prestations sera indexé sur les hausses générales des prix. Le versement des prestations n'est pas limité dans le temps.

La prestation sera placée sur un compte spécial permettant les retraits. L'utilisation de la prestation sera relativement souple ; elle pourra par exemple servir à acheter des services non médicaux, ainsi que les moyens nécessaires au bénéficiaire pour rester indépendant à domicile ou dans une autre structure résidentielle de son choix (comme un centre médicalisé de long séjour ou un centre pour personnes dépendantes). Les services et moyens incluent l'aménagement du domicile, les technologies d'assistance, des moyens de transport accessibles, l'aide à domicile, les services d'aide à la famille, les soins reçus en établissement d'accueil temporaire ou les services de soins à la personne. Tout solde excédentaire de fin de mois peut être reporté sur le mois suivant, mais pas d'une année sur l'autre.

Régime fiscal du programme

Les primes et les prestations du programme bénéficieront du même traitement que l'assurance dépendance fiscalement agréée, ce qui rendra les primes déductibles, et les prestations – comme en matière médicale – en général non imposables.

Combinaison avec d'autres programmes de prise en charge de la dépendance

Le CLASS Act viendrait compléter Medicaid et Medicare, sans modifier les conditions d'accès à ces programmes. Lorsqu'un individu dépendant remplira les conditions requises pour toucher des prestations au titre du CLASS Act et de Medicaid, les prestations CLASS pourront être utilisées pour réduire les coûts de Medicaid. Plus précisément, 95 % de la prestation du CLASS Act pourraient servir à couvrir le coût d'un bénéficiaire de Medicaid admis dans un établissement de soins de longue durée, ce bénéficiaire conservant 5 % de la prestation. Ceux qui bénéficient de services à domicile et de proximité peuvent conserver 50 % des prestations touchées au titre du CLASS Act, ce qui pourrait financer des services et aides supplémentaires.

Le CLASS Act contribuera à réduire le risque que des paiements (élevés) restent à la charge des usagers et pourrait diminuer les prestations versées au titre de Medicaid, tout en offrant aux bénéficiaires un nouveau moyen de financer leurs dépenses non médicales et de se maintenir à domicile.

Source : Patient Protection and Affordable Care Act (Enrolled as Agreed to or Passed by Both House and Senate), Section 3201 à Section 3210. Richards et Walker (2010) ; O'Malley Watts (2009) ; Wiener *et al.* (2010).

Le CLASS Act emprunte certaines caractéristiques à l'assurance dépendance privée sur le plan du financement, mais l'assureur est l'État et l'adhésion est ouverte aux individus remplissant les conditions requises, sans faire l'objet d'une sélection des risques en fonction d'états pathologiques préexistants. La couverture – qui vise les individus d'âge actif – est automatique pour les salariés dont les employeurs choisissent d'adhérer à ce programme, mais chacun a la possibilité d'en sortir. Les primes sont généralement fixées en fonction de l'âge des souscripteurs, indépendamment du revenu et de l'état de santé, et il inclut une part de préfinancement *via* la constitution de réserves.

L'adhésion automatique assortie de la possibilité de sortir du programme – caractéristique qui rappelle le programme *Eldershield* de Singapour (voir le chapitre 8, encadré 8.4) – permet à l'État de rappeler l'importance de la planification individuelle du risque financier associé à la prise en charge de la dépendance, tout en maintenant une part de responsabilité individuelle. Comparé à des dispositifs de mutualisation des risques purement volontaires, l'adhésion automatique peut donner un accès plus large et moins onéreux à une couverture dépendance privée en mutualisant les risques au sein d'un large regroupement d'individus du fait de l'inertie de ces derniers. Ce mode d'adhésion reste cependant ouvert à l'antisélection (les assurés qui présentent de faibles risques choisissant de quitter le programme), ce qui pourrait inciter à relever les primes (ou à baisser les prestations) pour préserver sa viabilité.

Un système fondé sur l'âge dans lequel les adhérents tardifs acquittent une prime plus élevée peut encourager l'adhésion précoce à un programme. Il dissuade également les participants de détourner le système à leur avantage par un jeu d'adhésion et de résiliation, car les individus qui souhaitent ensuite réintégrer le programme devront, compte tenu de leur âge à ce moment-là, acquitter des primes plus élevées. Mais il oblige en général les individus à revenu faible ou modéré, pour conserver la couverture, à consacrer aux primes une part relativement plus importante de leur revenu disponible.

L'observation du programme *Eldershield*, auquel l'adhésion est automatique (chapitre 8), est prometteuse, mais la nature optionnelle du programme CLASS fait que le taux d'adhésion et la composition des adhérents, en particulier au cours des premières années, sont très mal connus. Comme dans le cas de l'assurance dépendance privée, le risque est que certaines hypothèses sur les taux d'adhésion ne se matérialisent pas, et se traduisent par d'importantes modifications des niveaux des primes.

Malgré ses limites, le CLASS Act offre des perspectives intéressantes quant à l'élargissement de l'accès à une certaine protection de base contre la dépendance, et ce d'une manière viable sur le plan budgétaire (le CLASS Act requiert un équilibre technique pendant au moins 75 ans), tout en encourageant l'équité entre les générations. Si les prestations offertes peuvent ne pas suffire à couvrir tous les coûts associés à la dépendance tels que les frais de séjour, elles assureront une protection de base à tous les participants remplissant les conditions requises. En excluant implicitement la cohorte des retraités du moment, le programme CLASS est aussi en mesure d'éviter le versement de prestations significatives dès le début de son existence, ce qui lui laissera le temps d'acquérir de l'expérience sur la gestion du programme.

9.6. Conclusion

Nous avons examiné dans le présent chapitre les politiques visant à assurer une protection équitable contre le risque financier associé à la dépendance d'une manière viable sur le plan budgétaire. Puisque la plupart des personnes âgées dépendantes dont les

besoins de soins sont relativement élevés seront probablement confrontées à des dépenses catastrophiques, une protection équitable implique que l'accès aux soins comporte une part d'universalité, laquelle peut être considérée comme un socle de protection de base contre le risque de dépendance auquel virtuellement tous les citoyens pourraient avoir à faire face. Cependant, dans le cadre d'une protection universelle, certaines questions importantes n'ont pas encore été tranchées, comme le ciblage de l'accès, le choix du panier de services ou la portée de la participation aux coûts.

On peut aisément justifier d'octroyer cette protection plutôt au segment âgé de la population, dont la capacité contributive est moindre et la dépendance parfois lourde. Il est difficile de définir précisément l'éventail de services car celui-ci doit satisfaire, avec une pertinence et une souplesse qui ne se démentent pas au fil du temps, les demandes légitimes des usagers. Le nombre croissant de patients présentant des dépendances cognitives constituera une difficulté particulière, car l'offre de services nécessaire pour pouvoir vivre en toute indépendance peut différer de celle utile aux bénéficiaires souffrant de handicaps physiques. Les systèmes d'évaluation fondés ordinairement sur l'incapacité à accomplir les activités de la vie quotidienne peuvent ne pas permettre d'identifier correctement les personnes atteintes de handicaps cognitifs. Pour trancher ces épineuses questions relatives à la détermination de l'assortiment de services et à l'amélioration du choix offert aux utilisateurs, notamment entre un aidant formel et un aidant familial, un certain nombre de pays ont opté pour des prestations en espèces.

Les frais de séjour, élément de coût significatif qui n'est pas une dépense de soins à proprement parler, suscitent différentes réflexions. Pour les personnes fragiles et handicapées vivant en centre médicalisé de long séjour, ces frais peuvent être très élevés et rapidement contraindre l'usager à épuiser tous ses revenus et le patrimoine qu'il a constitué. Souvent, ces coûts ne sont pas couverts par une assurance dépendance publique ou, lorsqu'ils le sont, font l'objet d'une importante participation aux frais. S'il semble logique que les personnes âgées dépendantes paient une part de ces dépenses, les usagers au revenu faible ou modéré mais ayant constitué un patrimoine peuvent tout de même éprouver des difficultés à convertir certains de ces biens (une maison par exemple) en liquidités pour payer de telles dépenses. Les gouvernements pourraient donc jouer un rôle pour faciliter la mobilisation d'espèces et aider les utilisateurs à assumer ces coûts. Bien qu'il n'entre pas dans le propos du présent chapitre, le logement est un sujet capital pour les personnes âgées, en particulier lorsqu'elles préfèrent vivre chez elles plutôt que d'emménager dans un centre médicalisé de long séjour (Haberkern, 2010). À vrai dire, l'offre de logements adaptés aux personnes âgées sera au cœur de l'élaboration des futures politiques du logement. C'est un domaine qu'il faudra étudier de plus près au cours des prochaines années.

Comme nous l'avons vu au chapitre 7, le mode de financement d'un système public de prise en charge de la dépendance – *via* des cotisations sociales spécifiques ou la fiscalité générale – a peu d'incidences sur la structuration finale des prestations dépendance. En effet, les mécanismes de financement s'appuient généralement sur les dispositions institutionnelles existantes, ou reflètent les considérations politiques applicables à la collecte de recettes publiques additionnelles. Les dispositions institutionnelles existantes se manifestent également dans la répartition des responsabilités entre les autorités centrales et locales, et la manière dont ces dispositions sont définies peut avoir d'importantes répercussions sur l'offre de services publics des soins de longue durée dans un pays.

Une fois que l'on a défini une protection dépendance de base, la question est de savoir comment assurer la viabilité budgétaire de son financement sur le long terme. Tous les

pays de l'OCDE sont dotés de mécanismes budgétaires destinés à aligner les recettes et les dépenses liées à la dépendance, mais ils fonctionnent souvent à court terme, d'une année sur l'autre. Ces systèmes peuvent également avoir des conséquences imprévues tels que des délais d'attente, ou ne pas répondre à tous les besoins. Étant donné la hausse attendue des dépenses liées à l'âge, des politiques de financement tournées vers l'avenir pourraient comporter une part de préfinancement, étendre la ponction à davantage de générations et élargir les sources de revenus. Un certain nombre de pays ont progressé dans cette direction, et une démarche innovante récemment appliquée aux États-Unis comporte une part de préfinancement et la constitution de réserves.

Le vieillissement des pays de l'OCDE rend plus urgente la recherche d'un compromis entre assurer une couverture universelle de base « équitable » et la viabilité budgétaire. Si l'attribution de prestations dépendance et leur financement sont envisagés de manières différentes, la convergence vers un universalisme ciblé en matière de conditions d'accès aux prestations et vers un large financement collectif en ce qui concerne les recettes peut permettre de trouver un équilibre raisonnable entre ces deux priorités concurrentes.

Pour conclure, nous avons privilégié dans ce chapitre les aspects structurels de la conception d'un système de prise en charge de la dépendance du point de vue des prestations et du financement. Néanmoins, sans pour autant négliger l'importance des politiques visant à soutenir et encourager les aidants familiaux, la hausse attendue de la demande de soins à la fois plus nombreux et de meilleure qualité impose de s'intéresser de plus près aux politiques menées, afin d'optimiser l'utilisation des ressources des dispositifs de prise en charge formelle de la dépendance. Le chapitre 10 propose un tour d'horizon de différentes approches dans ce domaine.

Notes

1. Le graphique 9.1 montre la part du revenu disponible que représente un assortiment de services correspondant à un faible besoin (10 heures par semaine au tarif horaire en vigueur des services d'aide et de soins de longue durée), hors aides publiques.
2. Les personnes de moins de 65 ans touchées par une affection gériatrique sont aussi couvertes par le régime dépendance universel coréen.
3. Voir au chapitre 7 des informations détaillées sur les conditions d'accès aux droits.
4. L'évaluation comprend le rapport d'un médecin, qui fournit des informations personnalisées destinées à compléter l'évaluation informatisée.
5. Par exemple, en 2004-05, les frais de séjour annuels moyens étaient estimés à environ 10 600 EUR en Belgique, 13 700 EUR en France et 21 000 EUR au Luxembourg (Hartmannn-Hirsch, 2007). En Belgique, des données plus récentes concernant 2009 (deuxième trimestre) aboutissent à des frais de séjour d'environ 14 200 EUR par an (*http://economie.fgov.be*). En Australie, depuis juillet 2010, des forfaits journaliers de base pour les soins dispensés aux personnes âgées en établissement s'élevant à environ 14 100 AUD par an ont été mis en place (Ministère australien de la Santé et du Vieillissement, 2010b). Au Canada (Colombie britannique), le tarif de base par patient dépend du revenu et oscille entre 10 750 et 35 200 CAD environ par an (Ministère des Services de Santé de la Colombie britannique, 2009).
6. Voir le chapitre 7 pour plus de détails sur la répartition des coûts dans les pays de l'OCDE.
7. Tirés de l'étude du Luxembourg examinée à l'encadré 9.1.
8. En règle générale, la valeur du lieu de résidence principal n'est pas considérée comme un actif remplissant les conditions requises si la résidence continue d'être occupée par un conjoint/partenaire ou par un enfant de moins de 16 ans (comme au Royaume-Uni et dans certains États des États-Unis).
9. Les pratiques de recouvrement sur succession de Medicaid sont variables d'un État des États-Unis à l'autre.

10. Dans le cadre de son *Draft Inquiry Report*, l'*Australian Productivity Commission* a elle aussi récemment soutenu la mise en place d'un dispositif aidé par l'État de conversion des avoirs qui sera destiné à couvrir les coûts de la dépendance (Productivity Commission, 2011).
11. En Corée, où l'assurance sociale dépendance couvre séparément les services de soins, la couverture des services médicaux et de réadaptation demeure l'apanage du régime d'assurance maladie.
12. Les taux de cotisation de l'assurance dépendance ne subiront pas d'augmentation en 2011.
13. L'écart de viabilité budgétaire est une estimation de l'ajustement nécessaire de la position budgétaire de base d'un pays (c'est-à-dire les recettes moins les dépenses hors intérêts de la dette) pour assurer une évolution du niveau de la dette viable à un horizon déterminé.
14. L'analyse de l'écart de viabilité utilise l'évolution prévue des dépenses liées à l'âge du Rapport 2009 sur le vieillissement démographique de l'Union européenne. L'analyse inclut les catégories de dépenses suivantes : pensions, santé, soins de longue durée, éducation et indemnités de chômage.
15. Calculs de l'OCDE issus du rapport de 2009 de l'Union européenne sur la viabilité des finances publiques.
16. Contrairement au principe de la répartition en vertu duquel les jeunes générations paient généralement pour les prestations dépendance des générations âgées, un financement intégral signifierait que chaque génération paie pour ses propres prestations dépendance.
17. Au Luxembourg, la hausse du taux de cotisation de 2007, qui est passé de 1 % à 1.4 %, permet la constitution d'une réserve, les recettes collectées en 2007 et 2008 dépassant les dépenses engagées par le régime.
18. Comme le montre le graphique 9.6, au cours des 20 dernières années, la part du segment âgé de la population dans le revenu disponible total a augmenté dans tous les pays de l'OCDE. Cela témoigne tant de la taille relativement plus grande de ce groupe que des hausses relatives de son niveau de revenu par rapport au milieu des années 80, en particulier pour les 51-65 ans.
19. Comme le montre le graphique 9.7, les transferts publics et les revenus du capital, issus pour l'essentiel de régimes privés de retraite, représentaient la majeure partie du revenu disponible des personnes de 65 ans et plus au milieu des années 2000, à l'exception du Japon et de la Corée où le travail est une importante source de revenu pour les personnes âgées.
20. Cette répartition peut évoluer dans le temps, principalement du fait de l'évolution de la structure démographique.
21. En Belgique, l'autre forme de financement provient d'une part de la taxe sur la valeur ajoutée.
22. Le montant de la cotisation est inférieur pour les personnes qui ont droit à une participation financière moins importante au système d'assurance maladie obligatoire.
23. L'administration de l'assistance sociale y est sous la responsabilité des collectivités territoriales (les départements), qui applique l'obligation filiale (alimentaire) de manière variable.

Bibliographie

Alzheimer-Europe, (2009), « Example of Good Practice », *www.alzheimer-europe.org/Our-Research/European-Collaboration-on-Dementia/Social-Support-Systems/Examples-of-good-practice*, dernière mise à jour le 8 octobre 2009.

Arntz, M. *et al.* (2007), « The German Social Long-term Care Insurance: Structure and Reform Options », IZA Discussion Paper n° 2625, Bonn, février.

Association canadienne des soins de santé (2004), « Stitching the Patchwork Quilt Together: Facility-based Long-term Care within Continuing Care – Realities and Recommendations », Ottawa.

Avlund, K. et P. Fromholt (1998), « Instrumental Activities of Daily Living: the Relationships to Self-rated memory and Cognitive Performance among 75-year-old men and Women », *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, vol. 5, 2e édition, pp. 83-100.

Barr, N. (2010), « Long-term Care: A Suitable Case for Social Insurance », *Social Policy and Administration*, vol. 44, n° 2010, pp. 359-374.

Bureau de l'actuaire en chef (2007), « Capitalisation optimale du régime des pensions du Canada – Étude actuarielle n° 6 », Bureau du surintendant des institutions financières Canada, Ottawa, avril.

Campbell, J. et N. Ikegami (2000), « Long-term Care Insurance Comes to Japan » *Health Affairs*, vol. 19, n° 3.

Campbell, J., N. Ikegami et M. J. Gibson (2010), « Lessons from Public Long-term Care Insurance in Germany and Japan », *Health Affairs*, vol. 29, p. 1.

Casey, H.B. (2008), « Are We All Confucianists? Similarities and Differences between European, East-Asian and American Policies for Care of the Frail Older People », Présentation au European Centre for Social Welfare policy and Research, International Seminar Series, Vienne, 23 juillet.

CIZ Indicatiewijzer (2009), « CIZ Assessment Guide, Explanation of the Policy Rules for Needs Assessment under the Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) 2009 », défini par le ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports.

Collins, S. (2009), « Options for Care Funding: What Could Be Done Now? », Joseph Rowntree Foundation, York, mars.

Comas-Herrera, A. *et al*. (2010), « The Long Road to Universalism? Recent Developments in the Financing of Long-term Care in England », *Social Policy and Administration*, vol. 44, n° 4, août.

Commission des affaires sociales (2010), « La prise en charge des personnes âgées dépendantes », Rapport d'information présenté par Valérie Rosso-Debord, Députée, Assemblé Nationale, n° 2647, 23 juin.

Commission européenne et Comité de politique économique (2009), « Sustainability Report 2009 » *European Economy*, n° 9/2009.

Da Roit, B. et B. Le Bihan (2010), « Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-term Care Policies », *The Milbank Quarterly*, vol. 88, n° 3, pp. 286-309.

FFSA – Fédération française des Société d'assurance (2010), « Les contrats d'assurance dépendance en 2009 (aspect quantitatif) », Enquête, Paris, avril.

Fédération hospitalière de France (2010), « Hébergement et services à la personne : comment adapter l'offre aux besoins futurs », Présentation à la Conférence des Échos, Paris, 10 mars.

Finans Departmentet (2009), « Long-term Perspectives for the Norwegian Economy », Synthèse en anglais, Ministère des Finances, mars.

Gheera, M. (2010), « Financing Care Home Charges », Bibliothèque de la Chambre des Communes, Angleterre.

Government Accountability Office des États-Unis (2009), « The Nation's Long-term Fiscal Outlook march 2009 Update », Government Accountability Office.

Haberkern, K., T. Schmid, F. Neuberger et M. Grignon (2010), « The Role of the Elderly as Providers and Recipients of Care », Unité consultative sur les questions pluridisciplinaires, Programme de l'OCDE sur l'avenir, OCDE, Paris.

Hartmannn-Hirsch, C. (2007), « Une libre circulation restreinte pour les personnes âgées à pension modique », *Population et emploi*, n° 23, février.

Heinicke, K. et L.S. Thomsen (2010), « The Social Long-term Care Insurance in Germany: Origin, Situation, Threats and Perspective », Document de réflexion n° 10-012, Center of Economic Research, 22 février.

Institut canadien d'information sur la santé (2007), « Dépenses du secteur public et utilisation des services à domicile au Canada : Examen des données », ICIS, Ottawa.

Jantti, M. *et al.* (2008), « The Joint Distribution of household Income and Wealth: Evidence from the Luxembourg Wealth Study », Documents de travail de l'OCDE sur les affaires sociales, l'emploi et les migrations, Éditions de l'OCDE, Paris.

Johnson, N. *et al*. (2010), « An Update on State Budget Cuts. At Least 46 States Have Imposed Cuts that Hurt Vulnerable Residents and the Economy », Center on Budget and Policy Priorities, mis à jour le 4 août 2010.

Lafortune, G. *et al.* (2007), « Trends in Severe Disability among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 26, Éditions de l'OCDE, Paris.

Le Bihan, B. et C. Martin (2010), « Reforming Long-term Care Policy in France: Private-Public Complementaries », *Social Policy and Administration*, vol. 44, n° 4, pp. 392-410, août.

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande (2009), « Changes to the Residential Care Loan Policy and Eligibility Criteria », Fact Sheet, août.

Ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis (2005), « Medicaid Treatment of the Home: Determining Eligiblity and Repayment for Long-term Care », Medicaid Eligiblity for Long-term Care Benefits Policy Brief, n° 2, Office of Assistant Secretary for Policy & Evaluation, avril.

Ministère de la Santé et du Vieillissement de l'Australie (2010a), « Accommodation Bonds for Residential Aged Care », Fiche d'information n° 6, Gouvernement australien, septembre.

Ministère de la Santé et du Vieillissement de l'Australie (2010b), « Schedule of Residence Fees and Charges: From 1 July 2010 », Gouvernement australien, juillet.

Ministère de la Sécurité sociale (2009), « Rapport général sur la sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg », Ministère de la Sécurité sociale, Inspection générale de la sécurité sociale, Luxembourg, novembre.

Ministère des Services de Santé de la Colombie britannique (2009), « New Rate Structure to Enhance Patient Care », Backgrounder, Ministère des Services de santé, Victoria, 8 octobre.

Mot, E. (2010), « The Dutch System of Long-term Care », CPB Document, La Haye.

National Seniors Australia (2010), « The Future of Aged Care in Australia », Document de réflexion sur l'action publique établi par Access Economics, National Seniors Australia, septembre.

OCDE (2005), *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2008a), *Croissance et inégalités : distribution des revenus et pauvreté dans les pays de l'OCDE*, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2008b), *Études économiques de l'OCDE : Luxembourg*, vol. 2008/12, Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2009), « Les avantages des prévisions budgétaires à long terme », Synthèses, Éditions de l'OCDE, Paris, octobre.

O'Malley Watts, M. (2009), « The Community Living Assistance Services and Supports (CLASS) Act », Focus on Health Reform, The Henry J. Kaiser Family Foundation, *www.kff.org/healthreform/7996.cfm*.

O'Regan, E. (2010), « Most Patients Reject State's Nursing Home Care-cost Offer », *The Independent*, mardi 24 août 2010.

Osberg, L. (1997), « Meaning and Measurement in Intergenerational Equity », Département d'économie, Université de Dalhousie, 14 mai.

Plamondon, P. et D. Latulippe (2008), « Financement optimal d'un système de pensions », Rapport technique n° 16, Association internationale de la sécurité sociale.

Productivity Commission (2011), « Caring for Older Australians », Draft Inquiry Report, chapitre 7, Canberra.

Richards, R. et L. Walker (2010), « Understand the New Community Living Assistance Services and Supports (CLASS) Program », Fact Sheet n° 183, AARP Public Institute, Washington.

Riedel, H. (2003), « Private Compulsary Long-term Care Insurance in Germany », International Association for the Study of Insurance Economics, Cologne.

Ros, W., A. Van der Zalm, J. Eijlders et G. Schrijvers (2010), « How is the Need for Care and it's Allocation Determined in Europe? », UMC Utrecht (pour le compte du CIZ).

Schut, T.F. et B. van de Berg (2010), « Sustainability of Comprehensive Universal Long-term Care Insurance in the Netherlands », *Social Policy and Administration*, vol. 44, n° 4, pp. 411-435.

St John, S. et Y.-P. Chen (2010), « Aging of the Elderly: An Intragenerational Funding Approach to Long-term Care », *European Papers on the New Welfare*, n° 16, octobre.

Wanless, D. (2006), « Securing Good Care for Older People – Taking a Long-term View », The King's Fund, Londres.

Wiener, M.J. *et al*. (1990), « Measuring the Activities of Daily Living: Comparisons across National Surveys », Ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis.

Yermo, J. (2008), « Governance and Investment of Public Pension reserve Funds in Selected OECD Countries », Documents de travail de l'OCDE sur l'assurance et les pensions privées, n° 15, Éditions de l'OCDE, Paris.

Chapitre 10

Peut-on optimiser les dépenses de prise en charge de la dépendance ?

Il est généralement admis que le vieillissement des populations entraînera une augmentation de la demande de services dans les années à venir, exerçant ainsi une pression à la hausse sur l'ensemble des dépenses des dispositifs formels de prise en charge de la dépendance, dans un contexte où l'on prévoit également une augmentation de certains postes de dépenses importants tels que les retraites et la santé. Les gouvernements auront par conséquent de bonnes raisons, sans doute, de vouloir s'assurer que les dépenses consacrées à ce secteur se justifient ; autrement dit, que les dispositifs de prise en charge des soins de longue durée présentent un rapport coût-résultats intéressant. L'étude des pratiques des pays de l'OCDE fait apparaître diverses politiques visant à améliorer l'efficience de ces dispositifs et l'« interface » entre soins liés à la dépendance et soins de santé. Il est clair, cependant, que ce travail devra être poursuivi à l'avenir car, souvent, aucune conclusion définitive ne peut être tirée à ce stade.

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

10.1. Introduction

D'un point de vue théorique, deux visions différentes de l'optimisation des dépenses paraissent pouvoir s'appliquer aux services de prise en charge de la dépendance. L'une porte sur le rapport coût-efficience, qui implique de maximiser les extrants pour un volume donné de ressources ; l'autre concerne le rapport coût-efficacité de l'investissement, c'est-à-dire son optimisation, qui implique de maximiser les résultats pour un volume donné de ressources. Néanmoins, dans le secteur des services sociaux, l'application du concept d'optimisation ne va pas de soi. La complexité des services de prise en charge de la dépendance fait qu'il est difficile d'en évaluer l'efficience et, par exemple, de déterminer quelle vision de celle-ci utiliser, comment mesurer les résultats et quels aspects des coûts prendre en compte. Le fait est que nombre de pays de l'OCDE ne disposent pas actuellement de vision, de mesure ou d'indication opérationnelle de l'efficience des dispositifs de prise en charge des soins de longue durée. Le présent chapitre n'a donc pas pour but de fournir une évaluation quantitative de cette efficience, mais plutôt un aperçu général des initiatives adoptées par les pays de l'OCDE dans le cadre général de leurs politiques visant à améliorer l'efficience de l'aide et des soins de longue durée (tableau 10.1). L'impact de ces politiques ne faisant souvent l'objet d'aucune évaluation, il est difficile d'en tirer des conclusions définitives sur les moyens d'optimiser les dépenses consacrées à la dépendance.

La section 10.2 de ce chapitre porte sur les mesures adoptées pour les dispositifs de prise en charge de la dépendance : recherche d'un équilibre entre les soins en établissement et l'aide à domicile, mécanismes de paiement, impact de la concurrence entre les prestataires et gains de productivité résultant de l'utilisation des nouvelles technologies dans le secteur de la dépendance. La section 10.3 traite des mesures visant à améliorer l'efficience à la jonction entre soins liés à la dépendance et soins de santé ; dans cette section sont abordés des aspects tels que la promotion de la santé des personnes âgées, la coordination et l'intégration des deux types de soins, et les incitations mises en place pour éviter le détournement de services de soins intensifs au profit de besoins liés à la dépendance. La dernière section examine les enjeux relatifs à la gouvernance des dispositifs de prise en charge de la dépendance et les moyens d'améliorer l'efficience administrative. Le chapitre s'appuie, dans la mesure du possible, sur les données disponibles faisant ressortir les points forts et les points faibles des différentes mesures.

10.2. Vers des prestations plus efficientes ?

Les grandes mesures visant à améliorer l'efficience des services et dispositifs de prise en charge de la dépendance ont privilégié trois domaines principaux : i) le choix du cadre de soins ; ii) incitations mises en place à l'intention des prestataires (mécanismes de paiement et stimulation de la concurrence entre prestataires) ; iii) l'impact des technologies sur la productivité.

Tableau 10.1. **Vue d'ensemble des mesures visant à optimiser les dépenses de prise en charge de la dépendance dans les pays de l'OCDE**

	Promotion de l'assistance à domicile	Coordination et continuité des soins	Lutte contre le recours aux soins intensifs en matière de dépendance	Modification des incitations financières visant les prestataires	Promotion de l'autonomie et de la santé des personnes âgées	Amélioration de l'efficience administrative/ institutionnelle
Allemagne	x		x			
Australie	Non	x	x	non	non	non
Autriche	x	non	non	non	non	non
Belgique	x	X		non	non	non
Canada	sans objet	X	x	non	x	non
Corée	x	x	non	x	x	non
Danemark	sans objet				non	non
Espagne	x			non	non	non
Estonie	x				non	non
Finlande	x	x	non	non	x	non
France	x					
Hongrie	x	x	x	x	non	x
Irlande	x		x	x	non	non
Japon	x	x		x	x	x
Luxembourg	x	non	non	non	non	non
Mexique	x	non	non	non	x	non
Norvège			x	non	non	non
Nouvelle-Zélande	x		non	non	x	non
Pays-Bas	x		x	non	non	non
Pologne	x	x	x	non	x	non
Portugal				non	non	non
République Slovaque	x	x		non	non	non
République tchèque	x			non	non	non
Royaume-Uni	x	x	x	non	x	non
Slovénie	non	x	non	non	non	non
Suède	x	x	x	x	x	x
Suisse	x			non	non	non

Source : Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, 2009-10.

Promouvoir l'assistance à domicile

Ces deux dernières décennies, presque tous les pays de l'OCDE ont cherché à promouvoir des politiques préconisant le « vieillissement *in situ* ». Cette évolution est conforme aux souhaits d'assistance à domicile des personnes âgées. Les soins en établissement peuvent en effet avoir pour elles un coût psychologique et social, alors que la prise en charge à domicile, estime-t-on, améliore la satisfaction et la qualité de vie des patients. Le délai d'admission dans un centre médicalisé de long séjour peut par ailleurs être assez long : sept à huit semaines par exemple aux Pays-Bas, et jusqu'à deux ou trois ans au Japon (Caris-Verhallen et Kerkstra, 2000 ; Byrne *et al.*, 2008 ; OCDE, 2005). Cette évolution est aussi conforme à l'objectif qu'ont les pouvoirs publics de contenir le coût des soins de longue durée en établissement, qui grève lourdement le budget des familles et constitue une charge importante pour les caisses publiques. En 2008, les soins en établissement représentaient 60 % du coût total de la dépendance, alors qu'en moyenne moins de trois personnes dépendantes prises en charge sur dix recevaient des soins en établissement dans l'ensemble de la zone OCDE. Ce constat tient d'une part au

coût moins élevé de la main-d'œuvre et des investissements nécessaires à l'assistance à domicile, et d'autre part à l'état de santé plus dégradé des bénéficiaires placés en établissement.

Les mesures visant à promouvoir l'assistance à domicile stimulent à la fois la demande et l'offre (voir le tableau 10.2). Elles comprennent :

- L'expansion de l'offre de services d'assistance à domicile ;
- Des mesures réglementaires ;
- Des incitations financières.

Expansion de l'offre de services d'assistance à domicile

Plusieurs pays (dont le Canada, l'Irlande, la Nouvelle-Zélande, la Suède et la Pologne) ont développé leurs structures de services de proximité, ainsi que la couverture et l'assistance à domicile, afin de permettre aux patients de continuer à vivre chez eux. Le gouvernement japonais a introduit en 2006 une réforme privilégiant un soutien local complet qui fait appel à la fois à la collectivité, aux travailleurs du secteur de la dépendance et à des volontaires, de façon à permettre aux personnes âgées de continuer à vivre dans leur environnement familier. Cette réforme a encouragé le développement de nouvelles formes d'assistance à domicile, dont la visite à domicile des travailleurs des établissements de long séjour. Un programme similaire existe en Belgique. La formation et le soutien d'aidants informels font aussi partie des stratégies mises en œuvre par les pouvoirs publics (par exemple au Mexique, en Nouvelle-Zélande, en Finlande et en République slovaque) pour réduire la demande de placement en établissement.

Mesures réglementaires

Les incitations de type réglementaire ou s'appliquant aux structures institutionnelles prennent des formes différentes. La Finlande[1] et la République tchèque, par exemple, ont émis des recommandations visant à promouvoir l'assistance à domicile et à restreindre l'admission en établissement aux seules personnes qui présentent des besoins de soins importants. De la même façon, la Hongrie a imposé des restrictions budgétaires et l'application de critères plus stricts d'admission dans les centres médicalisés de long séjour. En Suède, la Loi de 1995 sur le soutien et les services à l'intention des personnes présentant divers types d'incapacité fonctionnelle a permis de faire sortir des hôpitaux un nombre important de patients concernés et de les reloger en appartement individuel dans les municipalités.

Au Royaume-Uni, le rapport de 2009 intitulé *Use of Resources in Adult Social Care* a fourni des exemples des économies qu'il est possible de réaliser en favorisant un meilleur équilibre entre soins en établissement et prise en charge à domicile ou locale. Parmi ces exemples figurait la mise au point de nouvelles solutions de logement aidé. Le projet 2010 de cadre de prise en charge sociale propose aux autorités locales une manière d'évaluer leurs progrès de manière comparative, y compris à l'aide d'indicateurs relatifs à la part des dépenses consacrées aux soins de longue durée en établissement et à la proportion de personnes âgées qui sont encore chez elles 91 jours après avoir quitté l'hôpital (Ministère de la Santé du Royaume-Uni, 2010).

La Loi sur l'assistance à domicile adoptée en 2007 en Autriche constitue un autre exemple. Pour éviter le développement incontrôlé du travail illégal ou non déclaré, le législateur a ainsi promulgué un cadre légal applicable à l'assistance à domicile fournie

Tableau 10.2. **Mesures adoptées pour promouvoir l'assistance à domicile dans les pays de l'OCDE**

	Mesures ou incitations visant à promouvoir l'assistance à domicile	Notes
Allemagne	Oui	La réforme des soins *(Elften Buches Sozialgesetzbuch)* adoptée en 2008 a établi plus solidement le principe consistant à privilégier l'assistance à domicile ou de proximité par rapport aux soins en établissement.
Australie	Non	
Autriche	Oui	L'allocation dépendance devrait renforcer la possibilité pour les patients concernés de rester dans leur environnement habituel.
Belgique	Oui	Diversification, spécification et innovation des services d'assistance à domicile, par exemple en étendant les critères d'admission en centre de soins de jour, en coordonnant et en personnalisant les soins, en soutenant les aidants informels et en mettant en place des incitations financières pour les soins palliatifs à domicile.
Canada	Oui	L'accord *Plan décennal canadien pour consolider les soins de santé* passé par les autorités fédérales et provinciales stipule que la puissance publique s'engage à couvrir différents services d'assistance à domicile, en fonction d'une évaluation des besoins, dès le premier dollar.
Corée	Non	La Loi sur l'assurance dépendance des personnes âgées encourage l'assistance à domicile. Les soins en établissement ne sont par ailleurs prodigués qu'aux bénéficiaires ayant les besoins d'assistance ou le niveau de handicap les plus élevés (1^{e} et 2^{e} classes).
Espagne	Oui	L'article 3 de la Loi sur la dépendance stipule expressément que les personnes âgées doivent continuer à vivre le plus longtemps possible chez elles. Aux termes de l'article 14, des prestations financières sont également prévues pour les aidants à domicile et les centres de soins de jour.
États-Unis	Oui	Les programmes HCBS *(Home and Community Based Services)*, CFC *(Community First Choice)*, *Money Follows the Person* et *State Balancing Incentive* privilégient l'assistance à domicile et de proximité grâce à des incitations pour l'essentiel financières visant les États.
Finlande	Oui	De nombreux documents d'orientation des politiques sociales et de santé contiennent des lignes directrices sur les services à l'intention des personnes âgées qui incluent toujours les objectifs essentiels suivants : maintenir les capacités fonctionnelles des personnes âgées, accompagner la vie à domicile et donner la priorité aux services hors établissement.
France	Oui	La promotion des services de soins à domicile se fait au moyen de déductions fiscales. Il existe aussi des prestations pour les parents qui cessent de travailler pour s'occuper d'un enfant handicapé.
Hongrie	Oui	Des mesures budgétaires et des critères d'admission plus stricts restreignent l'accès aux soins en établissement.
Irlande	Oui	La promotion du développement des services de proximité pour personnes âgées en 2006 et 2007 s'est effectuée à l'aide d'une augmentation des fonds alloués à l'assistance à domicile, aux soins de jour et aux soins-relais.
Japon	Oui	Les établissements qui réussissent, grâce à des mesures de soutien actif, à permettre à un certain pourcentage de patients en établissement de rentrer chez elles, peuvent bénéficier de versements supplémentaires de la part du système d'assurance dépendance.
Luxembourg	Oui	La promotion des soins à domicile est prévue par la réglementation et la législation.
Mexique	Oui	Des actions des pouvoirs publics visent à promouvoir une vieillesse en bonne santé et des soins préventifs, afin de réduire le plus possible l'hospitalisation des personnes âgées. De plus, la formation des aidants de personnes âgées cible spécifiquement les familles afin d'assurer que les personnes qui s'occupent à long terme d'un patient disposent des connaissances requises.
Norvège	Oui/Non	Les municipalités sont libres d'organiser à leur gré leurs services d'aide et de soins à domicile.
Nouvelle-Zélande	Oui	La politique gouvernementale cherche maintenant à promouvoir l'assistance à domicile à la place des soins en établissement, mais avec des mesures d'incitation limitées. Le but est de permettre aux individus de rester chez eux en leur fournissant une aide à domicile ou certains équipements, ou en les aidant à adapter leur logement. La désincitation repose sur le fait que la couverture des soins en établissement est soumise à des conditions de seuil de revenu et de patrimoine.
Pays-Bas	Oui	Les budgets personnels de soins favorisent le maintien à domicile. Le « coût de la vie » et le « coût des soins » seront comptabilisés séparément, de manière à ne rembourser aux individus que les soins, à charge pour eux d'assumer le coût de l'hébergement.
Pologne	Oui	Il existe dans le cadre du système d'aide sociale certains services à domicile pour les personnes ayant besoin de soins pour cause de maladie ou de vieillesse. Ces services peuvent inclure des soins et une aide pour les AVQ.
Rép. slovaque	Oui	La Loi sur les services sociaux et les priorités nationales encourage l'assistance à domicile et la Loi sur les prestations directes épaule les aidants informels pour permettre aux personnes âgées de rester chez elles.
Rép. tchèque	Oui	Les établissements sont incités à accueillir de préférence les personnes présentant des besoins d'aide et de soins plus forts et ayant donc droit à une allocation d'un niveau supérieur.
Royaume-Uni	Oui	Le projet de cadre de prise en charge sociale, qui propose aux autorités locales une manière d'évaluer leurs progrès de manière comparative, comprend des indicateurs relatifs à la part des dépenses consacrées aux soins de longue durée en établissement et à la proportion de personnes âgées qui sont encore chez elles 91 jours après avoir quitté l'hôpital.
Slovénie	Non	
Suède	Oui	Promouvoir l'assistance à domicile constitue l'orientation essentielle de l'action publique à tous les échelons administratifs de la Suède.
Suisse	Oui	L'échelon fédéral soutient l'autonomie des personnes âgées à l'aide de subventions versées aux établissements qui organisent des activités d'entretien physique et cognitif et de stimulation des personnes âgées. Le montant de l'allocation est par ailleurs plus élevé pour les individus maintenus à domicile. Au niveau régional, des aides financières visent les organismes prestataires de services d'assistance à domicile.

Source : Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, 2009-10.

24 heures sur 24 par des employés agréés. Les membres de la famille sont aussi autorisés à fournir une telle assistance dans le cadre d'un contrat en bonne et due forme.

Incitations financières

Les incitations financières visant soit les usagers, soit les prestataires sont de plus en plus utilisées dans les pays de l'OCDE afin d'étendre les possibilités de choix de l'usager et de favoriser un rééquilibrage vers les soins à domicile ou les soins fournis dans le cadre de services de proximité.

Aux États-Unis, où les prestations obligatoires de Medicaid favorisent les soins en établissement, la Loi de 2010 sur la prestation de soins à un coût abordable (ACA, *Affordable Care Act*) prévoit de nouvelles formes d'incitation afin de développer les services de prise en charge des soins de longue durée à domicile ou de proximité (Reinhard *et al.*, 2010). L'option HCBS (*Home and Community Based Services*) donne aux États la possibilité d'étendre ces services. Aux termes d'une option appelée « Priorité aux soins de proximité » (*Community First Choice*), les États qui fournissent un soutien et des services aux aidants à domicile peuvent bénéficier de fonds fédéraux plus importants. Les États reçoivent également un financement supplémentaire pour chaque bénéficiaire de Medicaid transféré d'un établissement de soins à une assistance locale dans le cadre d'une initiative intitulée « L'argent suit le patient » (*Money Follows the Person*). Enfin, le Programme d'incitation pour un rééquilibrage au sein des États (*State Balancing Incentive Program*) vise, par une augmentation de l'aide financière fédérale, à amener les États à accroître la proportion des dépenses Medicaid consacrées à l'assistance à domicile et de proximité (Silow-Carroll *et al.*, 2010).

Plusieurs pays de l'OCDE recourent de plus en plus fréquemment aux prestations en espèces afin de promouvoir le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Ce type de prestations, qui englobe les versements directs et les budgets personnels, aide l'usager à organiser l'assistance à domicile et élargit le choix disponible (Autriche, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède par exemple).

Jusqu'en 2006, le paiement des services de prise en charge de la dépendance au Japon variait selon le niveau de restriction des activités du patient, mais l'écart entre les cas les moins graves et les cas les plus graves était initialement inférieur à 20 %, ce qui incitait les prestataires à admettre des patients présentant un degré modéré d'invalidité (Ikegami *et al.*, 2003). Pour remédier à cela, depuis 2006, le paiement des soins du niveau le plus bas – que recevaient alors plus de la moitié des patients occupant un lit de soins de longue durée – a été fixé à un seuil inférieur au coût de production des soins. Les établissements qui réussissent à permettre à un certain pourcentage de patients de rentrer chez eux bénéficient en outre de primes supplémentaires.

Évaluation

La part des bénéficiaires de plus de 65 ans assistés à domicile a augmenté dans la plupart des pays, mais l'évolution du pourcentage de personnes âgées vivant dans un établissement médicalisé de long séjour varie selon les pays (encadré 10.1).

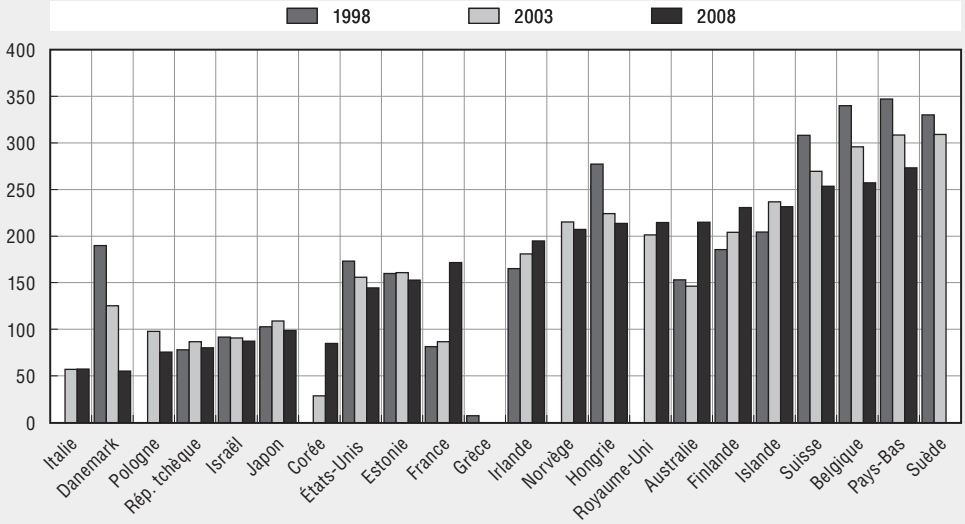
Bien que la transition vers l'assistance à domicile présente des aspects très prometteurs, ce rééquilibrage de la prise en charge de la dépendance au détriment des soins de longue durée en établissement soulève potentiellement plusieurs défis. En premier lieu, il exige l'existence d'un marché ou d'un nombre adéquat de prestataires à domicile. En Grèce, par exemple, l'accès aux services de soins en établissement est universel, alors que les prestataires de services à domicile sont encore peu nombreux. Le manque de prestataires à domicile a entraîné le développement d'un marché d'aidants immigrés en Italie (Lamura, 2010) et en Autriche, et donc le besoin de mieux réglementer le marché du travail dans le domaine des services à domicile. Deuxièmement, le fractionnement de l'organisation des

Encadré 10.1. **Évolution des soins en établissement et à domicile dans les pays de l'OCDE**

Pendant la dernière décennie, la densité de lits dans les centres médicalisés de long séjour a diminué dans presque tous les pays de l'OCDE (graphique 10.1) (Reinhard, 2010 ; Barton Smith et Feng, 2010), alors que la part des usagers d'aide et de soins à domicile dans l'ensemble des usagers pris en charge pour leur dépendance a augmenté (graphique 10.2). Cette évolution est le résultat aussi bien des politiques de promotion de l'assistance à domicile que des mesures de réduction des coûts. Cependant, elle ne s'est pas nécessairement accompagnée d'une baisse du nombre de personnes âgées qui reçoivent des soins en établissement, comme le montre le graphique 10.3. Ces résultats apparemment contradictoires s'expliquent par l'augmentation du taux d'occupation des lits en établissements dans maints pays.

Graphique 10.1. **Cette dernière décennie, la densité de lits de soins de longue durée dans les centres médicalisés de long séjour a reculé**

Nombre de lits de soins de longue durée en établissement médicalisé de long séjour par millier de personnes âgées de 80 ou plus, 1998-2008[1]



Note : Les données de 1998 se rapportent à 2000 pour la République tchèque et à 1999 pour l'Allemagne ; celles de 2003 se rapportent à 2004 pour la Norvège ; celles de 2008 à 2006 pour la Belgique et à 2007 pour le Luxembourg, l'Allemagne et l'Australie. Les moyennes OCDE sont issues des données de 14 pays pour 1998, 20 pays pour 2003 et 22 pays pour 2008.

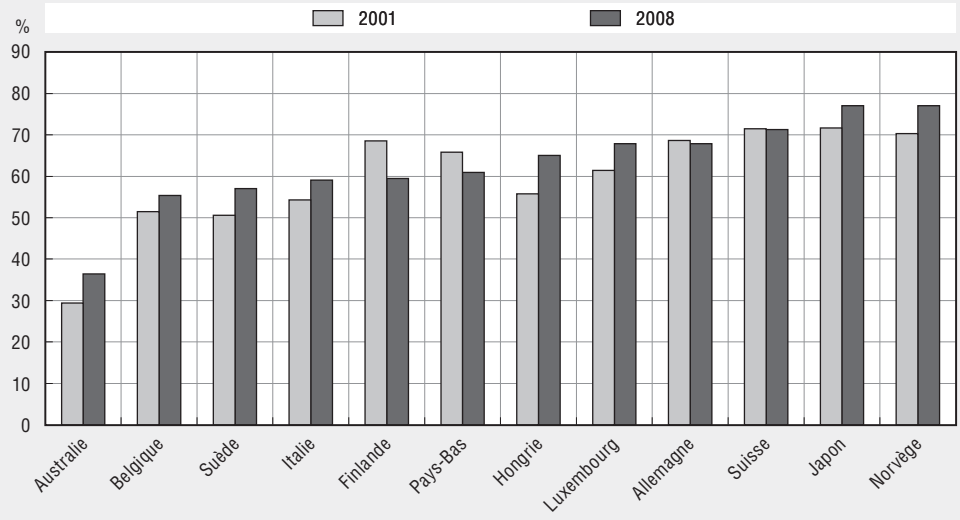
Source : Éco-Santé OCDE 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501650

Encadré 10.1. **Évolution chronologique des soins en établissement et à domicile dans les pays de l'OCDE** *(suite)*

Graphique 10.2. **La part des personnes dépendantes prises en charge à domicile a augmenté dans l'ensemble de la zone OCDE**

Personnes assistées à domicile en proportion de l'ensemble des personnes prises en charge, 2001 et 2008



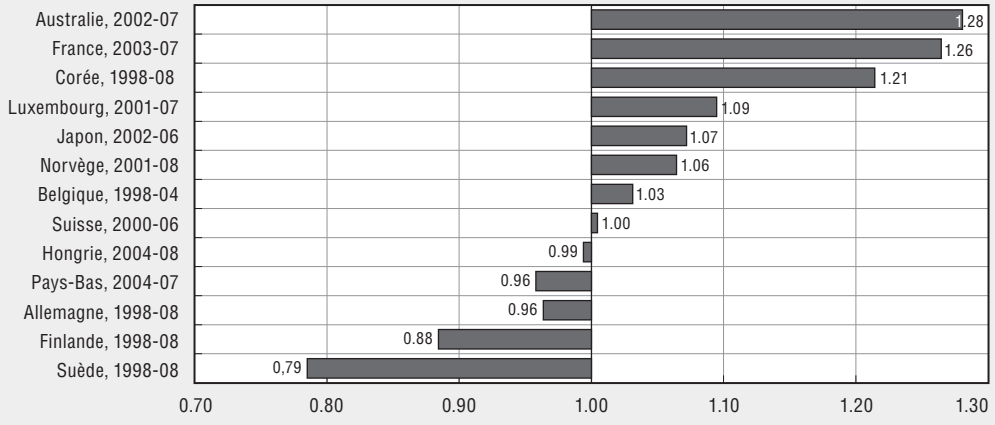
Note : Les données concernant l'Autriche se rapportent à 2007 au lieu de 2008 ; celles concernant la Belgique à 2007 et 2001 ; celles concernant la Suède à 2006 ; celles concernant les Pays-Bas à 2007 et 2004 ; celles concernant le Luxembourg à 2007 ; et celles concernant le Japon à 2006 et 2001.

Source : Éco-Santé OCDE 2010.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932501669*

Graphique 10.3. **Évolution du taux de placement en établissement dans la zone OCDE**

Évolution de la part des personnes de plus de 65 ans prises en charge en établissement
Indice de l'année disponible la plus proche=1



Source : Éco-Santé OCDE 2010.

StatLink *http://dx.doi.org/10.1787/888932501688*

soins et l'absence de coordination, en particulier lorsque différents prestataires à domicile traitent un même usager, peuvent présenter certains risques (OCDE, 2005). C'est pourquoi

mettre l'accent sur la coordination des soins et l'information, afin d'assurer au mieux la continuité des soins, est considéré comme impératif (Caris-Verhallen et Kerkstra, 2000 ; Grabowski *et al.*, 2010). Troisièmement, dans les cas où existent de multiples prestataires à domicile, le choix peut être difficile pour les usagers car ils ne disposent pas toujours d'une information suffisante pour prendre une décision, sauf si des systèmes d'aide et d'information sur l'assistance à domicile sont mis en place. Le recours à des incitations financières peut aussi avoir des conséquences inattendues : par exemple, les mesures d'incitation financière introduites au Japon ont eu pour effet d'abaisser le seuil d'admission des usagers présentant des besoins d'assistance peu élevés, mais ont aussi conduit des établissements à inscrire certains patients dans une catégorie d'invalidité supérieure afin de bénéficier d'un paiement plus élevé (OCDE, 2009).

On ignore dans quelle mesure et sous quelles conditions l'assistance à domicile est moins coûteuse que les soins en établissement. Le développement des services à domicile et de proximité se traduit à court terme par une augmentation des dépenses, suivie d'une baisse des dépenses en établissement, puis d'économies à long terme (Kaye *et al.*, 2009). Certains éléments, à l'instar de la *National Evaluation of the Cost-effectiveness of Home Care* canadienne, ont montré que l'assistance à domicile était moins coûteuse que les soins de longue durée en établissement (Hollander et Chappell, 2002). Cependant, l'assistance à domicile consomme une part croissante des dépenses de prise en charge de la dépendance (Byrne *et al.*, 2008). La moindre utilisation des centres médicalisés de long séjour est parfois plus que compensée par un recours plus important à la prise en charge à domicile, y compris par des personnes qui, auparavant, n'auraient pas été placées en établissement (Miller et Weissert, 2010). Des questions se posent également sur le caractère adéquat ou le rapport coût-efficacité de l'aide et des soins à domicile prodigués aux usagers dont les besoins sont importants et qui nécessitent un soutien et une surveillance 24 heures sur 24 (Wiener *et al.*, 2009), et aux usagers vivant dans une région reculée où les services d'assistance à domicile demeurent limités. Bien qu'ils préfèrent continuer à vivre de façon autonome chez eux et dans leur quartier, les patients présentant un taux d'invalidité élevé auront sans doute toujours besoin de soins permanents dans le cadre d'un centre médicalisé de long séjour (Miller et Weissert, 2010) ou dans des logements adaptés où les services sont dispensés 24 heures sur 24 comme en Finlande. Certains pays ont d'ailleurs établi un seuil de coût à partir duquel une personne assistée à domicile doit être transférée en établissement. Dans certains cas, une assistance à domicile inappropriée ou inadéquate peut entraîner ultérieurement un placement dans un établissement de soins de niveau plus élevé et plus coûteux (Long-Term Care Reform Leadership Project, 2009).

Renforcer les incitations visant les prestataires : paiement à la performance et mise en concurrence

Peut-on envisager le paiement à la performance des prestataires de services liés à la dépendance ?

La question du paiement des prestataires de services de prise en charge des soins de longue durée n'a guère jusqu'ici reçu l'attention qu'elle mérite. En établissement, le remboursement sur une base journalière et le versement de salaires aux soignants sont les modes de rémunération normaux, tandis que les prestataires à domicile se font aussi payer à l'acte. Ces différentes méthodes ne sont pas entièrement efficaces pour aligner les incitations financières sur l'objectif d'amélioration de l'efficience ou de la qualité des soins pour l'usager (Busse et Mays, 2008). Le fait d'adapter les modalités de rétribution afin

d'inciter les prestataires à se plier aux objectifs visés pour l'ensemble du système de prise en charge de la dépendance suscite donc un intérêt croissant.

Le recours au paiement à l'acte est encore peu fréquent dans le secteur de la dépendance, en particulier pour les soins de longue durée en établissement. Lorsqu'il a lieu, il peut en résulter une incitation à fournir le plus grand nombre possible de services remboursables. On peut utiliser pour réduire ce risque des procédures d'évaluation des besoins permettant de plafonner la quantité de soins prodigués à l'usager. Mais lorsque la rétribution demeure identique quel que soit le niveau de dépendance de l'usager ou son lieu de résidence, les prestataires peuvent être incités à donner la préférence aux usagers dont les besoins sont moins importants ou plus faciles à satisfaire. Les programmes de gestion des soins aux États-Unis appliquent la méthode de rémunération forfaitaire par patient[2] (Grabowski, 2007). Celle-ci peut certes conduire à sous-utiliser les services et à « écrémer » les individus à haut risque, mais la durée importante de la prise en charge de la dépendance incite aussi à offrir des services qui entretiennent ou améliorent la santé de la population (Busse et Mays, 2008 ; Christianson *et al.*, 2007). L'introduction aux États-Unis d'une méthode de rémunération forfaitaire par personne mieux ajustée au risque, dans laquelle les sommes versées aux prestataires n'augmentent pas lorsque le patient présente des besoins plus importants, pourrait atténuer l'incitation à sélectionner les patients sur la base du risque (Busse et Mays, 2008 ; Pope *et al.*, 2004). Le salariat est une pratique courante dans le secteur de la dépendance, et s'accompagne souvent de procédures et de normes de qualité (Christianson *et al.*, 2007 ; Busse et Mays, 2008 ; Gold et Felt-Lisk, 2008).

Les systèmes publics de prise en charge de la dépendance remboursent généralement les prestataires (centres médicalisés de long séjour, entités employant des travailleurs spécialisés dans cette prise en charge) sur une base journalière. En France, le remboursement repose sur un forfait journalier par patient et il a été suggéré qu'un système de paiement sur la base de groupes homogènes de patients serait plus efficace pour inciter les centres médicalisés de long séjour à traiter les patients présentant un taux d'invalidité plus élevé. En Belgique et au Canada, les paiements journaliers varient en fonction du risque correspondant à l'usager. Cependant, si la prise en compte du risque se fait sur la base d'un profil anticipé des besoins de l'usager, les prestataires peuvent être confrontés à un déficit dès lors qu'ils acceptent de traiter une cohorte plus importante d'usagers lourdement dépendants. Des centres médicalisés de long séjour en Belgique, par exemple, ont soulevé ce problème. Les dispositifs de prise en charge de la dépendance gérés par les pouvoirs publics ont aussi fréquemment recours à des procédures de négociation de budget, méthode de contrôle des coûts efficace qui peut toutefois aboutir à ce que certains besoins demeurent insatisfaits, et mettre en danger les prestataires en cas de dépassement budgétaire.

L'idée d'établir un lien entre la rétribution et la qualité et l'efficience des prestations dans ce qu'on appelle les systèmes de paiement à la performance (*pay-for-performance*, P4P) représente à cet égard une évolution intéressante. Alors qu'il existe de nombreux cas d'application expérimentale du paiement à la performance dans le secteur des soins de santé, on n'en connaît encore que quelques exemples dans les centres médicalisés de long séjour couverts par le programme Medicaid aux États-Unis (Arling *et al.*, 2009 ; Briesacher *et al.*, 2009). Il n'existe guère de données d'enquête montrant que les systèmes de paiement à la performance permettent d'améliorer la qualité, mais l'une des rares évaluations en ce domaine, réalisée dans l'Iowa, fait apparaître des progrès dans la satisfaction des patients

et le taux de fidélisation des employés, ainsi que du point de vue des horaires de soins. L'analyse du système de paiement à la performance introduit au Minnesota a donné des résultats semblables, mais son évaluation systématique n'est pas encore terminée (Arling *et al.*, 2009).

Des préoccupations, cependant, se sont fait jour à propos de l'introduction du paiement à la performance dans le secteur de la dépendance ; la question a été posée par exemple de savoir si elle risquait d'inciter à privilégier uniquement certains services, à déclarer des données de performance sujettes à caution ou douteuses, ou encore à admettre des usagers augmentant les chances d'obtenir un bon classement. Divers programmes introduits dans des centres médicalisés de long séjour ont été interrompus après plusieurs années de fonctionnement, ce qui montre que certains obstacles politiques ou pratiques s'opposent à la mise en œuvre du paiement à la performance dans ce contexte. L'élaboration de mesures de performance crédibles reposant sur une gamme étendue d'indicateurs de qualité des soins et de qualité de vie dans le secteur de la dépendance est en cours (Arling *et al.*, 2009 ; Briesacher *et al.*, 2009).

Rechercher des gains d'efficience en instituant entre les prestataires une concurrence basée sur le choix de l'usager

Offrir à l'usager la possibilité d'opter pour l'aidant de son choix peut stimuler la concurrence entre prestataires et les inciter à fournir une assistance de meilleure qualité ou moins coûteuse. Cependant, on ne dispose que de données limitées sur l'impact des modèles prévoyant ce choix sur l'efficience des prestataires. Dans le système japonais d'assurance dépendance, les usagers peuvent choisir librement entre les prestataires – y compris des entreprises à but lucratif – et la mise en concurrence est considérée comme l'un des points forts du système (Campbell et Ikegami, 2000 et 2003 ; Campbell *et al.*, 2009). Une situation similaire prévaut en Allemagne. Aux Pays-Bas, l'introduction en 1995 de budgets personnels pour le règlement des services ou l'emploi d'aidants à domicile a permis de renforcer le contrôle, le pouvoir, l'autonomie et la satisfaction des usagers à l'égard de l'assistance qu'ils reçoivent. Cependant, il n'a pas encore été possible d'observer des gains d'efficience et de concurrence, principalement à cause de pouvoirs monopolistiques et des lourdeurs administratives croissantes du système (Kremer, 2006).

L'introduction dans les pays nordiques de chèques-services dépendance est une expérience intéressante (voir l'encadré 10.2)[3]. Ce type de chèque ou bon d'achat peut être défini d'une manière générale comme une allocation à utiliser par le consommateur pour acheter des biens ou des services soumis à restrictions ou réglementation (Steuerle, 2000). Par conséquent, il peut prendre la forme d'un chèque imprimé, d'une carte électronique ou d'un engagement de paiement de la part de l'organisme concerné (Volk et Laukkanen, 2007). Les chèques-services permettent à l'usager de choisir le prestataire répondant au mieux à ses besoins et devraient donc aboutir à une plus grande satisfaction de l'usager, ainsi qu'à une amélioration de la qualité et du rapport coût-efficacité. Cependant, plusieurs questions ont été soulevées à ce propos, notamment celle du caractère asymétrique et imparfait de l'information mise à la disposition du consommateur pour lui permettre de choisir en connaissance de cause (Folland *et al.*, 2001). Le risque existe aussi que les prestataires pratiquent des prix différents selon que le client utilise ou non un chèque-service, ou établissent des distinctions entre différentes catégories d'usagers (Volk et Laukkanen, 2007).

Encadré 10.2. **Choix du prestataire et utilisation de chèques-services dépendance dans les pays nordiques**

Suède. La Suède s'efforce depuis le début des années 90 de promouvoir la liberté de choix des personnes dépendantes, mais cette orientation a été renforcée en 2009 avec l'adoption de la « Loi sur le système de choix dans le secteur public » qui a été mise en œuvre dans environ un quart des municipalités. Aux termes de cette loi, les clients ayant besoin de soins de longue durée ont la possibilité de choisir un prestataire de services parmi ceux avec lesquels la municipalité a établi des liens contractuels. Les municipalités remboursent ensuite les prestataires sur la base d'une feuille de présence signée par l'usager lors de la prestation des services. Un certain nombre de critères fondamentaux d'agrément des prestataires sont également définis dans la loi et tous les demandeurs satisfaisant à ces critères doivent être agréés. Lorsqu'une municipalité décide d'introduire un système de ce type, elle doit publier cette décision sur le site Internet national et donner des informations sur les prestataires, les critères d'agrément, la qualité et les contrats (Svensk författningssamling, 2008). Les municipalités sont tenues d'informer les clients de la liberté de choix dont ils disposent et de leur droit à changer de prestataire. Elles sont aussi chargées d'assurer le maintien d'une tarification identique entre tous les prestataires. Les personnes inscrites peuvent choisir de quitter le système de chèques-services tout en ayant une garantie d'accès à un autre service public.

Finlande. Un système optionnel de chèques-services a été introduit en Finlande en 2004 dans le cadre d'une réforme législative de grande ampleur du secteur de la santé et de l'aide sociale. Les changements ultérieurs instaurés en 2008 et en 2009 ont permis d'uniformiser le système et d'étendre la gamme de services existants (Paasivirta, 2009). En 2006, quelque 29 % des municipalités finlandaises utilisaient un système de chèques-services (Volk et Laukkanen, 2007), qui ne peuvent être utilisés que pour acheter les services de prestataires privés, les services fournis directement par la municipalité demeurant hors dispositif. La valeur du chèque utilisé pour acheter des services ordinaires d'aide et de soins à domicile est établie au moyen d'une formule prenant en compte la taille et le revenu du ménage, l'usager devant régler la différence entre la valeur du chèque et le prix total du service. La part versée par l'usager varie aussi selon le prestataire puisque les fournisseurs sont autorisés à pratiquer des tarifs concurrentiels pour leurs services (FINLEX). De même que pour d'autres services sociaux et de santé, la valeur du chèque-service n'est pas réglementée pour l'aide et les soins médicalisés temporaires à domicile. Les critères généraux d'agrément des prestataires sont définis par la législation. Les municipalités peuvent imposer des critères supplémentaires, mais toute discrimination à l'égard d'un prestataire leur est interdite. De même qu'en Suède, en l'absence de registre national, les municipalités sont chargées de fournir aux individus des informations sur les fournisseurs (Volk et Laukkanen, 2007).

Danemark. Le choix du consommateur et la prestation privée de services d'aide individuelle et à l'accomplissement des AVQ ont été introduits à l'échelon national en 2003. En 2009, des amendements de la Loi de codification des services sociaux ont fait du Danemark le seul pays nordique où les municipalités sont tenues d'assurer la liberté de choix des prestataires (Karlsson et Iversen, 2010). Dès 2005, 90 % des personnes âgées de 65 ans et plus avaient la possibilité de choisir entre deux ou plusieurs prestataires de services d'aide à domicile (Ankestryreseln, 2005). Trois méthodes s'offrent à chaque municipalité pour appliquer le principe du choix du consommateur. La première et la plus courante repose sur l'établissement de relations contractuelles avec tous les prestataires de

Encadré 10.2. **Choix du prestataire et utilisation de chèques-services dépendance dans les pays nordiques** *(suite)*

services satisfaisant aux normes définies à l'échelon local, sans possibilité de restreindre l'entrée de nouveaux prestataires sur le marché. Dans la seconde, la municipalité noue des liens contractuels avec au moins deux mais pas plus de cinq prestataires de services qualifiés sur la base d'un appel d'offres (Gouvernement de Finlande, 2009). La troisième méthode combine les deux précédentes : le premier prestataire est désigné au moyen d'un appel d'offres, d'autres prestataires étant ensuite autorisés à entrer sur le marché à condition de proposer des prix concurrentiels (Eriksen, communication personnelle). La municipalité est chargée de définir les normes de qualité locales (Ministère de l'Intérieur et de la Santé, Ministère des Affaires sociales, 2005). Ces normes doivent être publiées sur deux sites Internet nationaux, ainsi que d'autres informations sur les prestataires de services agréés et les prix. La Loi de codification donne en outre aux municipalités la possibilité d'étendre la liberté de choix en introduisant un *servicebevis* (bon de service) qui permet aux personnes qui y ont accès de recruter elles-mêmes un aidant, la municipalité rétribuant ensuite le prestataire de services. On ignore encore la taille du marché des bons de services. Certaines autorités locales ont aussi été autorisées en 2003 à lancer des systèmes expérimentaux à base de budgets personnels pour les soins et l'aide à l'accomplissement des AVQ (Karlsson et Iversen, 2010).

Source : Viita (2010).

Les enquêtes de clientèle réalisées au Danemark et en Finlande indiquent que les usagers sont généralement satisfaits des chèques-services, en particulier ceux qui ont choisi un prestataire privé, quoique cette satisfaction concerne la liberté de choix plutôt que le service lui-même (Kaskiharju et Seppänen, 2004 ; Ankestyrelsen, 2005 ; Volk et Laukkanen, 2007). Néanmoins, les personnes concernées n'ont pas toujours connaissance de l'information diffusée par la municipalité sur le système de chèques-services existant. Seize pour cent des usagers danois, par exemple, ignorent qu'ils ont la possibilité de choisir un prestataire (Ankestyrelsen, 2005) et optent en général pour un prestataire qui leur a été recommandé, au lieu de le choisir eux-mêmes en connaissance de cause (Kaskiharju et Seppänen, 2004). Les usagers se prévalent rarement de leur droit à changer de prestataire et préfèrent souvent cesser toute participation au système (Kastberg, 2001 ; Ankestyrelsen, 2005). Certaines données faisant état d'une sélection du risque de la part des prestataires ont aussi été recueillies en Finlande (Volk et Laukkanen, 2007). Dans certaines régions rurales des pays nordiques, l'introduction du système de chèques-services s'est révélée impossible par manque de prestataires privés (Volk et Laukkanen, 2007). Le marché de certaines municipalités urbaines suédoises est dominé par un oligopole de prestataires privés qui entrave le libre jeu de la concurrence (Sveriges Kommunen och Landsting, 2009b).

Les gains d'efficience attribués au système de chèques-services dans les trois pays ne sont pas entièrement convaincants. Grâce à l'introduction du principe du choix par le consommateur, de nombreuses municipalités ont amélioré la qualité des services et ont dû chercher à contenir les coûts de production de leurs services. Mais les modalités de prestation des services ayant évolué depuis la mise en place du système de chèques-services, il est difficile d'établir des comparaisons dans le temps, ainsi qu'entre municipalités (Ankestyrelsen, 2005 ; Sveriges Kommunen och Landsting, 2009b). Le surcroît de gestion

administrative imputable au système de chèques-services est aussi considéré comme un inconvénient (Kastberg, 2001 ; Ankestyrelsen, 2005 ; Volk et Laukkanen, 2007 ; Kaskiharju et Seppänen, 2004), qui pourrait toutefois être surmonté par des moyens techniques tels que les outils de gestion électroniques (Ankestyrelsen, 2005).

En conclusion, les enquêtes sur les systèmes de chèques-services existants font apparaître un taux de satisfaction plus élevé parmi les participants, mais fournissent uniquement des données parcellaires sur une amélioration de l'efficience. Dans la plupart des cas, le libre jeu de la concurrence est entravé par l'existence d'un monopole de fait ou par l'incapacité des individus à choisir en connaissance de cause entre des prestataires différents.

L'impact des technologies sur la productivité des soins de longue durée

S'occuper de personnes âgées dépendantes ou invalides est un travail enrichissant et source de satisfaction sur le plan affectif, mais qui peut rapidement devenir stressant et chronophage. Les outils technologiques peuvent contribuer à réduire la charge de travail et le stress des aidants et à améliorer la coordination de leurs tâches, en leur permettant d'utiliser leur précieux temps de travail de façon plus efficiente (Valkila et Saari, 2010). Les technologies font donc naître l'espoir d'une substitution possible de certaines tâches et d'une amélioration de la qualité de vie des personnes âgées et des aidants (Haberkern *et al*., 2010). Une question cependant demeure en suspens : dans quelle mesure l'introduction de technologies se traduira-t-elle par une amélioration de la productivité ? Les quelques données à ce sujet qui proviennent de divers pays de l'OCDE sont encore au mieux parcellaires.

De nombreuses applications des technologies peuvent être envisagées dans le secteur de la dépendance. Tout d'abord, elles peuvent servir à optimiser les traitements médicamenteux, c'est-à-dire gérer l'information sur les médicaments, les distribuer, en assurer le suivi et contrôler l'observance du traitement. Les appareils de surveillance comme les glucomètres et les tensiomètres peuvent aider à la gestion des soins même à grande distance. Les technologies d'assistance peuvent aussi favoriser l'autonomie et la sécurité des usagers. La productivité de la main-d'œuvre du secteur de la dépendance pourrait également être améliorée au moyen des technologies de formation et de surveillance à distance. Les technologies apparues récemment comprennent les tests d'évaluation et d'aptitude cognitive, ainsi que les programmes de réseaux sociaux qui facilitent la communication, l'organisation et les échanges entre les personnes âgées et leurs aidants (Centre for Technology and Aging, 2009). L'introduction et la diffusion des technologies de l'information et des communications (TIC) pourraient donc s'avérer particulièrement utiles dans les années à venir.

Bien que le déficit de données soit important, les résultats de certaines enquêtes révèlent une corrélation positive entre l'introduction des technologies, la satisfaction dans l'emploi et la productivité. Selon une étude réalisée en Australie, les effectifs du secteur de la dépendance considèrent que les tâches administratives sont chronophages et les empêchent de passer autant de temps qu'ils le voudraient avec les personnes dont ils ont la charge. Elles représentent par conséquent un facteur de diminution de la satisfaction au travail et de la productivité (Moyle *et al*., 2003). Un système vocal permettant aux personnes âgées dépendantes de rester en contact avec leurs aidants a été introduit à titre expérimental dans un centre médicalisé de long séjour finlandais. Cette technologie nouvelle permet aux aidants de remplir leurs tâches plus facilement et plus rapidement, sans avoir à interrompre leur travail, et d'établir des priorités car ils sont en contact vocal avec les personnes qui ont besoin d'aide. Elle a conduit à une meilleure organisation et à

une amélioration de la productivité au travail. Les résidents du centre ont aussi déclarés qu'ils se sentaient plus en sécurité, ce qui a réduit de 60 % le nombre des appels d'urgence. Les aidants peuvent ainsi consacrer plus de temps à s'occuper des résidents qui ont besoin d'une assistance supplémentaire (Valkila et Saari, 2010).

En Corée du Sud, l'apparition de matériel électronique de gestion de l'assistance à domicile s'est accompagnée d'une évaluation meilleure et plus précise des patients par le personnel infirmier (Lee *et al.*, 2009). Aux États-Unis, le *Green House Project* propose une solution venant se substituer aux centres médicalisés de long séjour : les *Green Houses* utilisent entre autres des technologies de pointe telles que des ordinateurs intelligents, des téléavertisseurs sans fil, des lève-personnes électroniques fixés au plafond et des équipements adaptés. Si les données prouvant leur efficacité restent provisoires, le personnel utilisateur se sent mieux outillé pour assister les résidents et se déclare plus satisfait dans son travail (Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, 2009-10 ; Kane *et al.*, 2005 ; Cutler et Kane, 2009). Des lève-personnes hydrauliques peuvent aussi réduire le temps et l'effort nécessaires pour déplacer une personne âgée dépendante de son lit à un fauteuil. Une étude menée aux États-Unis a montré que les personnes âgées non utilisatrices d'outils technologiques de ce type requéraient environ quatre heures supplémentaires de travail par semaine quels que soient le degré d'invalidité et les services de soins de longue durée dispensés.

L'utilisation des TIC pourrait permettre aux aidants de gérer leur temps de manière plus productive (Hoenig *et al.*, 2003). Une étude suédoise a montré que la mise en œuvre des TIC en établissement médicalisé de long séjour pour les cas de démence sénile suscitait des évolutions personnelles plus favorables, une diminution de la charge de travail et une plus grande motivation des travailleurs (Engström *et al.*, 2005). Cependant, après l'introduction des TIC dans les services de soins infirmiers de proximité en Slovénie, il est apparu que le personnel infirmier passait plus de temps devant un ordinateur qu'avec les patients (Bitenc *et al.*, 2000). Dans le même ordre d'idées, les infirmiers et infirmières assurant des soins à domicile ont décrit le travail administratif électronique, dans une étude sud-coréenne, comme une tâche lourde et déstabilisante (Lee *et al.*, 2009). Il se pourrait que les TIC soient mieux adaptées aux personnes présentant un degré d'invalidité assez faible. Les données recueillies en Finlande montrent que les messages de rappel de prise de médicaments peuvent s'avérer inutiles dans le cas des personnes mentalement handicapées, et que les télésoins seraient inefficaces pour les personnes âgées qui ont besoin d'une aide pour se laver et changer un pansement (Söderlund, 2004).

L'impact des TIC sur les aidants familiaux a également été étudié en Norvège. Les TIC facilitent les contacts avec les autres aidants dont ils reçoivent ainsi des informations, ainsi qu'un soutien psychologique. Les aidants peuvent aussi améliorer leurs connaissances de la maladie et des symptômes d'un patient, et être ainsi mieux préparés à l'évolution future des comportements et des besoins de soins. Les technologies de télésoins mises en œuvre dans des services écossais de prise en charge à domicile de la dépendance apportent notamment une diminution de la pression et du stress subis par les aidants informels (Beale *et al.*, 2009). Néanmoins, les effets des TIC sur le stress et le bien-être mental des aidants semblent quelque peu contradictoires (Torp *et al.*, 2008).

En conclusion, les données provenant des pays de l'OCDE mettent en évidence la possibilité d'une plus grande utilisation des technologies dans le secteur de la dépendance. La majorité des études menées dans ce domaine portent sur des programmes expérimentaux ; une évaluation systématique supplémentaire sera donc nécessaire pour en valider les

résultats. Le secteur de la dépendance reste un secteur à forte intensité de main-d'œuvre dans lequel les outils technologiques peuvent remplir une fonction d'aide ou de complément de la force de travail, sans pouvoir s'y substituer (Torp *et al.*, 2008). Pour faciliter l'introduction et la diffusion des technologies, plusieurs obstacles de taille doivent être surmontés, notamment l'adaptation des infrastructures et les coûts d'investissement (Heberkern *et al.*, 2010), ainsi que la résistance au changement des travailleurs (Virmalund et Olve, 2005).

10.3. Peut-on optimiser les soins de santé et la prise en charge de la dépendance ?

Les dispositifs de prise en charge de la dépendance opèrent en relation étroite avec les soins de santé. Néanmoins, le parcours de l'usager peut s'avérer difficile à la jonction entre soins de santé et soins liés à la dépendance, la continuité des soins être parfois aléatoire et les prestataires se trouver en butte à des inefficiences et incités à transférer les coûts. Trois domaines d'« interface » entre les deux catégories de soins peuvent être examinés : i) les incitations à recourir de façon appropriée à des soins de longue durée plutôt qu'à un cadre de soins intensifs ; ii) la coordination des soins de santé et des soins liés à la dépendance ; iii) la santé des personnes âgées et la prévention. Le tableau 10.3 ci-dessous résume certaines des mesures adoptées au niveau national.

Le recours approprié aux soins de longue durée plutôt qu'à un cadre de soins intensifs

Le bien-fondé du transfert de personnes âgées dans un service de soins intensifs fait largement débat depuis plus de 20 ans (Kurrle, 2006). Non seulement les personnes âgées dépendantes peuvent ainsi être exposées au risque d'une contamination nosocomiale ou subir un traitement médical inutile au cours de leur hospitalisation (Kurrle, 2006), mais un séjour prolongé en soins intensifs peut aussi constituer pour elles une expérience désagréable. Ce cadre est trop coûteux pour des soins liés à la dépendance. On estime que les transferts en milieu hospitalier sont « inappropriés » dans 48 % des cas aux États-Unis, 36 % au Royaume-Uni et 7 % au Canada (Jensen *et al.*, 2009).

Plusieurs pays de l'OCDE ont introduit des mesures visant explicitement à éviter l'utilisation inadéquate des services de soins intensifs :

- *Mesures de soutien du système de santé*. L'Australie, la Hongrie, Israël, le Royaume-Uni et la Suède, par exemple, ont mis en place un dispositif d'assistance sanitaire extrahospitalier. Ils s'efforcent aussi d'accélérer le rétablissement des patients dont les besoins de soins seraient mieux servis en dehors de l'hôpital. Les données tirées d'études publiées semblent indiquer qu'une implication accrue des prestataires de soins primaires et des médecins généralistes pourrait réduire le nombre d'hospitalisations de personnes âgées dépendantes.
- *Mesures financières destinées à limiter l'utilisation des services de soins intensifs pour répondre à des besoins de prise en charge de la dépendance*. L'Irlande impose des frais supplémentaires lorsqu'une personne dont la phase de soins intensifs est achevée reste hospitalisée. Le Japon a introduit un système de paiement sur la base de groupes homogènes de patients dans les hôpitaux afin de réduire les hospitalisations à caractère dit *social*. Cependant, les résultats ne sont pas à la hauteur des objectifs initiaux et certains éléments indiquent que les prestataires classent des patients dans une catégorie supérieure à celle que justifie leur état afin de bénéficier d'un taux de remboursement plus élevé (OCDE, 2009). Aux États-Unis, l'instauration d'un taux de remboursement journalier plus

Tableau 10.3. **Mesures adoptées pour éviter le recours inapproprié aux services de soins intensifs et coordonner les programmes de prise en charge de la dépendance dans les pays de l'OCDE**

		Mesures/incitations destinées à éviter l'utilisation inappropriée des services de soins intensifs pour répondre à des besoins de prise en charge de la dépendance	Coordination des services de prise en charge de la dépendance fournis par une multiplicité de prestataires ou de programmes
Allemagne	Oui	La Loi sur le développement de la concurrence cherche à promouvoir les services de réadaptation. Les autres mesures comprennent la fourniture en temps opportun de services de réadaptation, des incitations financières, l'amélioration de la gestion et le développement des services de conseil.	Depuis 2009, la loi reconnaît aux individus le droit de disposer d'un consultant de soins et de bénéficier de services de gestion des soins. Ces services peuvent être fournis dans des « centres de gestion des soins » qui reçoivent une aide et un financement du gouvernement. La formation des consultants est également prévue.
Australie	Oui	Le « Programme de soins transitionnels » vise à aider les personnes âgées à mener à bien leur processus de rétablissement. L'« Initiative sur le séjour prolongé des patients âgés » vise les personnes âgées dont les besoins pourraient être mieux satisfaits en dehors du système hospitalier.	Les gouvernements des États et Territoires sont responsables de la coordination et de la fourniture des programmes. Dans le domaine des soins à domicile et de proximité, la coordination des soins des clients est assurée par le prestataire.
Autriche	Non		
Belgique	Oui	L'utilisation inadéquate de services de soins intensifs pour une prise en charge de la dépendance est limitée par l'existence d'incitations financières reposant sur le dispositif AP-DRG.	La coordination des soins pour les services d'assistance à domicile est assurée par les Centres de coordination/SIT et les services intégrés de soins à domicile (SISD/GDT). Parmi les autres dispositifs pilotes de coordination de l'assistance à domicile figurent la gestion par cas et des services de crise.
Canada		Il n'existe pas de mesures ni d'incitations explicites à l'échelon national concernant l'utilisation de services de soins intensifs pour répondre à des besoins de prise en charge de la dépendance, car les soins de santé relèvent principalement des compétences des Provinces et Territoires.	La coordination de l'accès existe dans toutes les Provinces afin de fournir aux individus un point d'accès unique à l'information et aux services liés à la dépendance. Chaque Province définit les modalités de coordination de la prise en charge de la dépendance sur son territoire.
Corée	Oui	En fonction d'une évaluation des besoins.	
Finlande	Non		
France			La coordination des soins est assurée par l'individu lui-même, le prestataire de soins ou des services tels que le SAD (Service à domicile) et le SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile). Des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer ont été créées dans un but de coordination.
Hongrie	Oui	La réduction active des capacités fait partie des mesures adoptées à cet égard.	Des essais de coordination des soins ont eu lieu, mais cette coordination se heurte à certaines difficultés.
Irlande	Oui	Aux termes du « Programme de soutien aux centres médicalisés de long séjour », une personne qui continue à occuper un lit d'hôpital après la phase de soins intensifs peut être obligée de supporter certains frais.	

Tableau 10.3. **Mesures adoptées pour éviter le recours inapproprié aux services de soins intensifs et coordonner les programmes de prise en charge de la dépendance dans les pays de l'OCDE** *(suite)*

		Mesures/incitations destinées à éviter l'utilisation inappropriée des services de soins intensifs pour répondre à des besoins de prise en charge de la dépendance	Coordination des services de prise en charge de la dépendance fournis par une multiplicité de prestataires ou de programmes
Japon	Non		Les services de prise en charge de la dépendance sont fournis par des établissements désignés par les gouverneurs ou les maires. La coordination des services est assurée sur la base du programme de travail établi par la préfecture ou la municipalité.
Luxembourg	Non		
Mexique	Non		
Norvège	Oui	Le gouvernement norvégien a lancé récemment une stratégie pour combattre les pratiques inefficientes en matière de santé publique.	
Nouvelle- Zélande	Non	Il n'existe pas de politiques ou incitations explicites en la matière, mais des lacunes et certains problèmes ont été identifiés et feront l'objet d'un travail particulier.	
Pays-Bas	Oui	Les assureurs supportent implicitement le risque lié aux services de soins intensifs.	
Pologne	Oui		Le ministère du Travail et des Affaires sociales coordonne l'aide aux soins dans les centres d'aide sociale.
Royaume-Uni	Oui	Les deux principales mesures introduites au Royaume-Uni portent sur les « soins intermédiaires » et les « services de réadaptation ». Les « soins intermédiaires » peuvent favoriser un rétablissement plus rapide. Les « services de réadaptation » désignent les « services aux personnes en mauvaise santé visant à les aider à gérer leur maladie en acquérant ou en réapprenant les compétences nécessaires à la vie quotidienne ».	Les services sont coordonnés à l'échelon national, régional et local. À l'échelon national, des structures facilitant l'établissement de partenariats entre collectivités locales ont été mises en place. À l'échelon régional et local, les services varient en général, car ils sont plus fortement axés sur les besoins locaux.
Slovénie	Non		
Suède	Oui	Les municipalités sont légalement tenues de prendre en charge les « bloqueurs de lit » dans les hôpitaux qui dispensent des soins intensifs et des soins gériatriques. Lorsque le traitement médical à l'hôpital est terminé, la municipalité doit prendre des dispositions pour organiser les soins supplémentaires des personnes qui en ont besoin.	La coordination des services et des soins fournis par les médecins généralistes, infirmières, ergothérapeutes et kinésithérapeutes qui travaillent dans le secteur des soins primaires et des services d'assistance à domicile est reconnue comme un problème non résolu.
Suisse	Oui	La LAMal (loi fédérale sur l'assurance-maladie) a été modifiée pour accueillir une définition claire des soins intensifs et des besoins de transfert. À l'issue d'un traitement en soins intensifs, si le patient reste hospitalisé, l'assurance maladie obligatoire ne couvre que les soins de prise en charge de la dépendance.	

Source : Questionnaire de l'OCDE sur les travailleurs et le financement des soins de longue durée, 2009-10.

élevé dans certains centres médicalisés de long séjour semble avoir contribué à un recul des hospitalisations à partir des centres médicalisés de long séjour. Les systèmes de paiement à la performance semblent aussi donner des résultats prometteurs de ce point de vue (voir l'encadré 10.3) (Intrator et Mor, 2004). En Suède, aux termes de la Loi sur le soutien et les services à l'intention des personnes présentant divers types d'incapacité fonctionnelle, les municipalités sont fortement incitées, sur le plan financier, à assurer la prise en charge des personnes âgées en dehors de l'hôpital (Trydegård, 2003).

- *Transfert de la responsabilité administrative des soins*. En Suède encore, la Loi sur le soutien et les services à l'intention des personnes qui présentent certaines incapacités fonctionnelles confie la responsabilité de la prise en charge de la dépendance aux municipalités, qui assument désormais financièrement la charge du séjour des personnes âgées à l'hôpital (OCDE, 2005).
- *Utilisation des TIC*. L'utilisation de feuilles ou d'avis de transfert électroniques peut aider à surmonter les problèmes liés au transfert d'usagers dépendants dans un cadre de soins intensifs (Kurrle, 2006). Cependant, des préoccupations se font jour à propos de la sécurité et de la confidentialité de l'information, du temps de réponse des systèmes informatiques et des coûts d'exploitation (Soar *et al*., 2007).

Encadré 10.3. **Éviter de recourir inutilement à un cadre de soins intensifs pour répondre à des besoins de prise en charge de la dépendance : quelques exemples observés aux États-Unis**

En 2004, aux États-Unis, 19.6 % de l'ensemble des bénéficiaires de Medicare ont été réhospitalisés dans les 30 jours suivant leur transfert dans un cadre de soins de suite – services de réadaptation fournis par un centre de soins spécialisés, soins de santé à domicile ou séjour dans un établissement de réadaptation. À 90 %, ces réadmissions n'étaient pas programmées, leur coût pour le programme Medicare s'élevant à 17.4 milliards USD. De 2000 à 2006, la fréquence des réhospitalisations a augmenté de 29 % (Mor *et al*., 2010).

Une part importante de ces réadmissions pourrait être évitée. Les mesures de réforme des modalités de remboursement (comme le cumul des prestations) pourraient aider à réduire le nombre de réhospitalisations, mais aussi inciter les prestataires à « sur-codifier » la gravité de l'état de santé des patients (Mor *et al*., 2010). Le système de paiement à la performance présente un certain attrait, mais Medicaid, compte tenu des incitations fournies, supporterait entièrement le coût des primes versées aux centres médicalisés de long séjour, et ne bénéficierait guère en même temps des économies réalisées grâce à la baisse du nombre d'hospitalisations. L'absence d'échange de données entre Medicaid et Medicare entraverait aussi la réussite des systèmes de paiement à la performance (Grabowski, 2007).

Dans le Massachusetts, un programme pilote dénommé *Healthy Transitions* a été lancé en 2009 dans le cadre du *Fallon Community Health Plan*. Ce programme prévoit l'envoi au domicile du patient, dans les 72 heures qui suivent sa sortie de l'hôpital, d'un pharmacien qui passe en revue les médicaments prescrits et les explique à la fois au patient et à l'aidant. Le pharmacien, dont le rôle a été étendu, est chargé de coordonner les soins du patient pendant une période de transition de trente jours après la sortie de l'hôpital. Ensuite, le patient a la possibilité de participer à un programme de gestion des soins de longue durée. Le programme *Healthy Transitions* a été jusqu'ici bien accueilli et les résultats préliminaires révèlent un impact positif à la fois en termes de prévention des réhospitalisations et de satisfaction des patients (Bayer, 2010).

Le tableau 10.4 montre une baisse de la durée moyenne de séjour en hôpital pour soins intensifs des personnes atteintes de démence sénile et de la maladie d'Alzheimer dans la plupart des pays de l'OCDE. Compte tenu de l'information disponible, il n'est pas possible de formuler des conclusions sur l'efficacité des diverses interventions visant à réduire le recours aux soins intensifs pour répondre à des besoins de prise en charge de la dépendance. Ces données sont néanmoins encourageantes.

Tableau 10.4. **Durée moyenne de séjour des personnes atteintes de démence sénile ou de la maladie d'Alzheimer dans un cadre de soins intensifs**

	Démence sénile				Maladie d'Alzheimer			
	1994	1999	2004	2008	1994	1999	2004	2008
Australie[1]	44.8	42.3	27.8	24.4	51.4	48.2	30.5	27.4
Autriche	48.4	17.2	15.5	14.9	27.4	11.5	13.5	12.8
Belgique[1]			27.7	29.2			29.0	28.8
Canada[1]	48.6	33.2	36.5	41.2	47.8	33.5	34.6	42.3
Rép. tchèque				27.7				29.8
Danemark			14.2	10.3			11.3	8.8
Finlande		121.9	116.3	118.7		89.7	68.0	83.9
France		12.9	14.0	13.1		11.0	12.7	12.2
Allemagne			17.7	16.1			18.7	17.5
Grèce[2]		60.0	76.0	77.0				
Hongrie			13.0	11.6			9.1	10.0
Islande		17.1	26.2	28.6		16.0	24.4	22.1
Irlande		50.1	43.1	39.9		22.1	37.0	51.6
Italie[1]			11.2	10.7			8.6	8.7
Corée		58.1		128.0		55.8		101.3
Luxembourg[1]		20.5	17.4	21.2		19.7	15.7	19.0
Mexique		34.9	16.3	34.6		9.1	14.1	7.5
Pays-Bas	44.3	48.0	27.0	21.7	31.6	22.0	17.0	22.8
Nouvelle-Zélande			310.0				309.8	
Norvège			8.6	7.0			7.6	5.3
Pologne			19.6	17.9			17.0	10.4
Portugal			13.0	17.8			10.5	14.3
Rép. slovaque	27.7	33.8	28.4	28.0	14.0	12.4	31.3	15.9
Espagne	90.1	104.5	63.7	66.3			38.1	37.1
Suède[1]		19.8	16.4	14.6		27.7	23.7	21.8
Suisse			54.3	42.6			99.8	72.6
Turquie				8.5				7.9
Royaume-Uni			74.3	62.2			77.5	66.9
États-Unis[2]	13.4	11.3	10.5	9.0		8.2	8.4	8.0
Moyenne OCDE[3]	**29.1**	**26.8**	**19.2**	**16.7**	**51.4**	**28.2**	**19.5**	**17.7**
Moyenne OCDE[4]	*29.1*	*31.0*	*24.3*	*23.2*	*34.4*	*25.5*	*25.4*	*24.2*

1. Les données 2008 sont des données 2007. Données relatives au Canada : rupture chronologique en 2006 (qui génère une durée moyenne de séjour déclarée plus longue).
2. Les données 2008 sont des données 2006.
3. Moyenne non pondérée dans les pays déclarant les données pour l'année considérée.
4. Moyenne non pondérée pour les pays déclarant les données pour 1994 (six pour la démence, cinq pour la maladie d'Alzheimer).

Source : Éco-Santé OCDE 2010.

StatLink http://dx.doi.org/10.1787/888932501802

Coordonner ou intégrer soins de santé et prise en charge de la dépendance

La nécessité de coordonner soins de santé et prise en charge de la dépendance est évidente, mais les moyens d'y parvenir ne le sont pas. La question principale est de savoir si cette coordination serait mieux assurée en maintenant les soins de santé et l'assistance liée à la dépendance dans des systèmes séparés, ou en intégrant les deux types de prestations.

La prise en charge de la dépendance présente plusieurs défis de ***coordination***. Premièrement, il est parfois difficile de maintenir la continuité des soins à l'interface entre le système de santé et le système d'aide sociale. Deuxièmement, différents payeurs, modes de remboursement, prestataires et systèmes de gestion coexistent souvent au sein même des services concernant la dépendance et constituent des obstacles à la coordination des soins (Pratt, 2010). Par exemple, la prise en charge concrète de la dépendance étant fréquemment confiée à une autorité de niveau inférieur, il peut en résulter d'importantes différences d'une aire géographique à l'autre. Dans certains pays, les prestataires de soins sont rémunérés par des sources diverses ; ils sont par conséquent soumis à des exigences contradictoires en termes d'amélioration de la qualité et ne sont guère incités à maintenir un bon rapport coût-efficacité dans les prestations de soins (Konetzka et Werner, 2010). Si elles n'ont pas accès à des informations et à des conseils adéquats, les personnes ayant besoin de soins risquent de se trouver en contact au même moment avec des prestataires de soins de santé et de services liés à la dépendance différents, et de ne pas savoir comment organiser au mieux les services qui leur seraient utiles. En outre, si elles ne peuvent recevoir l'assistance dépendance nécessaire en temps voulu, ces personnes risquent d'être transférées dans un cadre de soins plus coûteux, comme le service des urgences d'un hôpital, ce qui entraîne des dépenses accrues à la fois pour le système et pour les patients (Long-term Care Reform Leadership Project, 2009). En effet, les hôpitaux sont souvent le premier point de contact des usagers dépendants, mais les transferts d'un cadre de soins à l'autre peuvent souffrir de retards ou ne pas être optimaux.

La majorité des pays de l'OCDE ont créé des fonctions de coordination ou assigné la responsabilité de guider les usagers tout au long du processus de prise en charge (voir le tableau 10.3). Les mesures adoptées à cette fin comprennent la mise en place d'un point d'accès unique pour les personnes qui veulent obtenir des informations sur la prise en charge de la dépendance (Canada), l'attribution de fonctions de coordination des soins aux prestataires (Australie, France, Suède) ou aux gestionnaires des soins[4] (Japon, Allemagne, Danemark, Royaume-Uni), ou l'utilisation de structures de gouvernance spécifiques pour la coordination des soins (Belgique, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en France, Japon).

Bien que la coordination des soins ait lieu en grande partie au niveau local, il n'est pas rare qu'un dispositif ait été mis en place à cette fin au niveau national, ou que la réglementation ou les lignes directrices en ce domaine soient définies à l'échelon central. Le gouvernement norvégien, par exemple, a formulé des suggestions d'action visant à renforcer la coordination de la prise en charge de la dépendance, consistant entre autres à mieux définir les priorités, privilégier les interventions précoces, faire évoluer le système de financement, développer les services de soins assurés par des spécialistes et proposer de nouvelles TIC et formations aux professionnels de la dépendance (Ministère des Soins et des Services de santé de la Norvège, 2008-09). Au Royaume-Uni,

la coordination des services de prise en charge des soins de longue durée est assurée principalement au niveau national, qui pilote la réglementation. Cependant, les autorités locales travaillent aussi en consultation avec ces services pour déterminer les besoins de chaque collectivité, introduire des améliorations et prévoir les évolutions. Aux États-Unis, la notion d'organisation de soins responsable (Accountable Care Organization, ACO) qui s'applique aux prestataires de soins de santé en général et aux prestataires de soins liés à la dépendance en particulier constitue un élément important de la Loi de réforme du système de santé adoptée en mars 2010. Ces entités auront pour but d'améliorer la coordination des soins dans l'intérêt des patients tout en réduisant le plus possible les inefficiences. Elles travailleront en collaboration avec les assureurs privés et s'occuperont spécifiquement de la prévention des maladies chroniques, de l'amélioration des transferts entre prestataires de soins et de la lutte contre les réhospitalisations évitables. Les prestataires pourront réaliser des économies grâce à l'élimination des dépenses inutiles et à l'amélioration de la qualité. Les ACO, cependant, représentent une initiative relativement nouvelle dont le coût et les objectifs de qualité n'ont pas encore été définis. Leur diffusion est pour le moment très limitée, bien qu'on en trouve un exemple dans l'État du Montana. On ignore quelles seront les répercussions de cette initiative sur l'action publique (Klein, 2010).

En dépit de ces dispositifs, la question des modalités d'organisation de la composition de soins de santé et de soins liés à la dépendance requis subsiste. Les patients pris en charge pour une dépendance ou une affection chronique font en général un usage important des services de santé car ils sont fréquemment en contact avec le système de soins de santé, et cela dans des conditions qui, le plus souvent, ne présentent pas le meilleur rapport coût-efficacité. Les modalités de coordination des soins changent lorsque les patients passent d'un cadre de soins intensifs à un cadre de prise en charge des soins de longue durée. En effet, parfois, celle-ci relève des compétences des collectivités locales, alors que la supervision des soins intensifs s'effectue à l'échelon régional ou national. Au moment du départ des patients, le personnel médical procède généralement à une évaluation de leurs besoins, et établit un plan de soins. En revanche, lors du passage d'un cadre de soins ambulatoires à un cadre de soins de longue durée, ni les spécialistes des soins ambulatoires ni les généralistes ne semblent jouer de rôle déterminant.

Les deux tiers environ des pays de l'OCDE déclarent en effet rencontrer des difficultés lors du passage des soins ambulatoires à la prise en charge des soins de longue durée, et les quatre cinquièmes d'entre eux se heurtent à des problèmes dans la transition entre soins intensifs et soins de longue durée (Hofmarcher *et al.*, 2007 ; Oxley, 2009b). Même si les gestionnaires de soins jouent un rôle important, il n'existe guère de données sur le rapport coût-efficacité de la gestion des soins ou du processus de coordination des soins (Hutt *et al.*, 2004). Cette coordination pourrait être améliorée par une meilleure négociation des obstacles notamment administratifs qui compliquent le passage des soins intensifs à la prise en charge des soins de longue durée (Oxley, 2009b). Les prestataires de soins de santé peuvent aussi jouer un rôle important au niveau de l'assistance apportée aux aidants familiaux, qui peut aller de la fourniture de conseils et d'un soutien psychologique à des interventions plus ciblées.

Les remarques ci-dessus montrent que si la séparation des soins de santé et de la prise en charge de la dépendance permet d'éviter que cette dernière ne s'effectue via le système de soins de santé, elle peut aussi être cause de difficultés pour organiser la continuité des services

de soins. Une autre méthode consisterait à réaliser un effort d'*intégration* – par exemple du financement et de la fourniture des soins de santé et des soins liés à la dépendance. L'objectif ici serait de combiner gestion des soins, systèmes d'information et incitations à minimiser les transferts de coûts entre soins de santé et autres catégories de soins (Stone, 2000).

Des exemples d'intégration de la prise en charge de la dépendance existent en Suède, aux États-Unis, au Canada et au Japon. Le gouvernement suédois a mis en place une continuité de soins sans risque visant tout particulièrement les personnes âgées qui connaissant des problèmes de santé complexes et ont des besoins lourds. Cette catégorie de personnes âgées fragilisées étant grosse utilisatrice de services et de soins liés à la dépendance, toute stratégie d'optimisation des ressources doit impérativement la viser. Aux États-Unis, l'intégration des différents types de soins de santé s'effectue pour les personnes couvertes par Medicare dans le cadre des programmes S/HMO, PACE et SNP. Ces derniers, cependant, ont donné des résultats mitigés du point de vue des économies réalisées par Medicare ou Medicaid, et cela malgré une satisfaction accrue des participants (encadré 10.4). Au Canada, le système de services intégrés pour personnes âgées fragiles (SIPA) prend en charge la prestation des soins médicaux primaires et secondaires et des services sociaux au niveau local. Ce système, dont la gestion publique est assurée par les provinces, est financé sur la base d'une rémunération forfaitaire par personne. Les évaluations du SIPA ont montré que bien qu'étant sans incidence sur les coûts, ce système permettait de réduire le recours aux soins intensifs et de développer les soins de proximité (Bergman *et al.*, 1997 ; Béland *et al.*, 2006). De son côté, le gouvernement japonais s'efforce d'intégrer les services de prise en charge de la dépendance et les soins de santé de plusieurs façons. L'accent est mis principalement sur les soins de proximité afin d'assurer la continuité des soins. L'avis d'un médecin généraliste est requis dans le cadre de l'évaluation des besoins des soins de longue durée. Les plafonds de la participation aux frais des patients sont différents pour les services de longue durée et pour les soins de santé, et un autre plafond s'applique aux personnes dont les deux types de dépenses atteignent un niveau cumulé élevé.

Il est difficile de tirer des conclusions définitives des différentes initiatives de coordination et d'intégration mises en œuvre dans ces pays. Aux États-Unis, le programme PACE est celui qui a donné les meilleurs résultats en termes de qualité des soins et d'accès aux services. Toutefois, des préoccupations se sont exprimées quant à sa capacité de maîtrise des coûts. Lancé au Canada, un programme similaire donne des résultats prometteurs, mais n'en est encore qu'au stade expérimental. Au Japon, le dispositif d'assurance dépendance inclut des mécanismes de coordination, mais leurs résultats tant pour les usagers qu'en termes de coûts ont encore assez peu été évalués. Étant donné l'augmentation du coût de la prise en charge de la dépendance et des soins de santé, en particulier pour les personnes atteintes de plusieurs problèmes de santé chroniques, il est probable que la question de la coordination des soins de santé et des soins de longue durée méritera à l'avenir une attention bien plus grande des pouvoirs publics.

Encadré 10.4. **Initiatives d'intégration des soins de santé et de longue durée aux États-Unis**

L'organisation séparée de Medicaid et Medicare crée des incitations contradictoires s'agissant des personnes qui sont couvertes simultanément par les deux régimes. Ces individus font partie des bénéficiaires les plus coûteux, qui souvent nécessitent à la fois des soins intensifs et de longue durée. On estime que plus d'une personne sur cinq de ce type vit dans un centre médicalisé de long séjour, contre 2 % pour les bénéficiaires de Medicare seulement. Medicare et Medicaid couvrent l'un et l'autre certains services à domicile et en établissement. Medicare couvre les soins intensifs fournis aux personnes qui sont bénéficiaires des deux régimes, tandis que Medicaid prend en charge les services des soins de longue durée. Certaines données font apparaître des transferts de coût dans le cadre des soins de santé à domicile et des centres médicalisés de long séjour, ainsi que dans les situations de soins chroniques et de soins intensifs (Grabowski, 2007).

Pour réduire les coûts et améliorer la coordination des soins de cette catégorie de la population, plusieurs formes d'« intégration » ont été proposées. Ces interventions comprennent des initiatives de gestion des soins émanant de l'échelon fédéral comme les S/HMO (*Social Health Maintenance Organizations*), le Programme de soins intégrés pour les personnes âgées (*Program of All-Inclusive Care for the Elderly*, PACE) introduit pendant les années 90 et les Plans pour besoins spéciaux (*Special Needs Plans*, SNP) de Medicare Advantage, à l'instar du programme EverCare. Il existe aussi à l'échelon des États des initiatives de gestion des soins s'appuyant à la fois sur un financement de Medicare et de Medicaid, comme les Options de santé pour les personnes âgées du Minnesota (*Minnesota Senior Health Options*, MSHO), et d'autres encore (Grabowski, 2007 ; Gross *et al.*, 2004).

En revanche, le programme PACE a donné de meilleurs résultats en termes d'intégration du financement des soins intensifs et de longue durée et de la prestation des soins, ainsi que de préservation de l'autonomie des participants. Ce programme, qui est financé sur la base d'une rémunération forfaitaire par personne à la fois par Medicare et Medicaid, assure aux participants la prestation de soins primaires et de longue durée. Le contact régulier des patients avec le personnel, combiné à l'intégration de la prestation et du financement des soins, permet au programme PACE de suivre les patients chroniques, d'éviter les réhospitalisations et de différer le placement dans un établissement (Gross *et al.*, 2004). Les participants au programme PACE se déclarent plus satisfaits des services de soins, présentent un meilleur état fonctionnel et sont moins souvent hospitalisés que leurs homologues recevant des services de soins habituels sur la base d'honoraires conventionnels (Mui, 2002 ; Grabowski, 2007). Grâce à ces résultats, le programme PACE s'est vu accorder en 1997 le statut de programme permanent de Medicare.

Néanmoins, le programme PACE a attiré un nombre disproportionné d'individus en bonne santé. Certaines données indiquent aussi que le total des remboursements forfaitaires par personne versés aux bénéficiaires du programme était, pendant la première année d'inscription, supérieur de 9.7 % au coût correspondant de Medicare et Medicaid si les personnes concernées avaient continué à recevoir des soins dans le cadre du système de paiement à l'acte. On estime que le programme PACE a permis de réduire de 42 % les dépenses de Medicare, mais en augmentant de 86 % celles de Medicaid. Ces résultats pourraient s'expliquer par l'incapacité à orienter les participants à ce programme vers des services appropriés au moyen d'un processus rigoureux de pré-admission, ou par l'inaptitude à contrôler les dépenses liées à certains services (Grabowski, 2007).

Encadré 10.4. **Initiatives d'intégration des soins de santé et de l'assistance de longue durée aux États-Unis** *(suite)*

Une autre initiative récente visant à coordonner Medicare et Medicaid est l'introduction en 2003 de Plans pour besoins spéciaux (*Special Needs Plans*, SNP) dans le cadre du programme Medicare Advantage. Les SNP sont établis dans le cadre de régimes d'assurance privés, qui sont le plus souvent des organisations de soins de santé intégrés. Ils donnent aux États la possibilité de combiner les soins planifiés de Medicaid et de Medicare en sous-traitant les soins des bénéficiaires des deux régimes (Grabowski, 2009). Malgré le potentiel qu'offrent les SNP d'accroissement de l'efficience du système et de pénétration du marché, le nombre de participants est resté assez modeste, en partie parce que la valeur ajoutée des SNP est, par rapport aux plans traditionnels offerts dans le cadre de Medicare Advantage, peu élevée pour les personnes qui peuvent bénéficier des deux régimes (Grabowski, 2009). En outre, bien que le programme fédéral Medicare mette l'accent sur le choix des consommateurs, les programmes Medicaid des États n'offrent généralement qu'un nombre limité de plans. La coordination des soins peut devenir difficile lorsque des personnes couvertes par les deux régimes choisissent des plans Medicare et Medicaid différents. Dans certains cas également, les incitations ne concordent pas puisque les SNP tirent avantage des coûts d'hospitalisation éventuellement moins élevés de Medicare, alors que les États n'en bénéficient pas directement (Grabowski, 2007).

Que peuvent faire les dispositifs de prise en charge de la dépendance pour promouvoir le vieillissement en bonne santé et la prévention ?

Le moyen le plus évident pour diminuer le coût des soins de longue durée serait de réduire la dépendance potentielle des dernières années de l'existence en promouvant une bonne santé tout au long de la vie. L'expression « vieillesse en bonne santé »[5] désigne l'idée de maintenir la population des personnes âgées en bonne santé physique, sociale et mentale, en leur permettant de jouir de l'autonomie et de l'indépendance le plus longtemps possible pendant toutes les années qui leur restent à vivre (Oxley, 2009). Cela est bien entendu plus facile à dire qu'à faire, le vieillissement démographique ne s'accompagnant pas toujours d'un maintien en bonne santé (Thorpe et Howard, 2006 ; Lafortune et Balestat, 2007). De récentes travaux d'enquête de l'OMS n'en indiquent pas moins de très fortes variations nationales du taux de dépendance (autodéclaré) lié à l'âge, ce qui laisse augurer de l'existence de marges de manœuvre plus grandes pour favoriser un vieillissement actif et en bonne santé. Sans aborder tout l'éventail des politiques actuelles qui visent à promouvoir la bonne santé chez les personnes âgées, quelques initiatives intéressantes lancées récemment par certains pays dans le domaine de la prise en charge de la dépendance valent d'être mentionnées ici.

En 2006, le gouvernement japonais a introduit dans son système d'assurance dépendance de nouvelles prestations délivrées au niveau local et axées sur la prévention. Le but est d'éviter que les personnes âgées ayant besoin de soins peu importants ne deviennent dépendantes, en leur fournissant des services qui visent à améliorer leur état physique, leur santé mentale, leurs fonctions orales et leur état nutritionnel (Tsutsui et Muramatsu, 2007). Toutes les personnes âgées qui requièrent des soins légers peuvent obtenir ces prestations à caractère préventif (désignées comme « niveau de soutien 1 et 2 » dans l'assurance dépendance). Environ 40 % des personnes âgées enregistrées comme requérant une assistance dépendance (1.7 million) appartiennent à ces deux catégories

(Tsutsui et Muramatsu, 2007). Le montant des prestations est inférieur à celui auquel avaient droit les mêmes personnes avant cette réforme de l'assurance dépendance de 2006 (Morikawa *et al.*, 2007). Des services axés sur la préservation de la force musculaire, la prise en charge nutritionnelle et les soins de santé mentale des personnes âgées sont offerts dans les centres de soins de jour (Morikawa *et al.*, 2007). La gestion des prestations à caractère préventif est assurée par les centres locaux de soutien créés par les municipalités dans toutes les villes de 20 000 à 30 000 habitants. Ces centres sont responsables de l'évaluation des besoins et de la planification des soins des personnes bénéficiant du niveau de soutien 1 ou 2, du développement de projets locaux de soutien pour personnes âgées et de la coordination des différentes catégories de personnel (Tsutsui et Muramatsu, 2007).

Les évaluations du système de prestations préventives sont encourageantes : elles font apparaître, depuis son introduction, une baisse du nombre de personnes présentant des besoins de soins légers qui s'inscrivent pour bénéficier des services ou les utilisent. Au Japon, le taux de croissance du nombre de bénéficiaires de services liés à leur dépendance s'aligne maintenant sur celui du nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus, qui sont les principaux usagers de ces services. La réforme a également permis des économies au niveau de l'assurance dépendance (Campbell *et al.*, 2010).

La Loi sur le développement de la prise en charge de la dépendance adoptée en 2008 en Allemagne est un exemple intéressant de mise en place d'incitations à la réadaptation (Rothgang, 2010). Avant cette réforme, les prestataires et les caisses d'assurance-maladie étaient en fait dissuadés de financer la réadaptation des patients car sa réussite entraînait une diminution du niveau de soins reçus par un individu et, par conséquent, une baisse des remboursements. En dépit du potentiel de réadaptation des personnes bénéficiant de services de prise en charge des soins de longue durée, la Commission de contrôle médical ne décidait le transfert vers un centre de réadaptation que dans 6 % des cas. Les organes de l'assurance-maladie devaient supporter le coût de toute mesure de réadaptation qu'ils approuvaient. En outre, les économies réalisées grâce à la réduction du niveau des soins fournis à un individu étaient réparties entre l'ensemble des caisses d'assurance-maladie et, par conséquent, ces dernières n'étaient guère incitées à financer des mesures de réadaptation (Rothgang, 2010).

La réforme de 2008 a introduit une incitation financière de 1 536 EUR en cas de transfert d'un patient d'un centre médicalisé de long séjour vers un cadre de soins de niveau inférieur grâce à la réadaptation. Une amende de 2 072 EUR peut aussi être imposée aux caisses d'assurance-maladie qui négligent de fournir des soins de réadaptation malgré une recommandation de la Commission de contrôle médical. Toutefois, il est encore trop tôt pour évaluer les effets de ces incitations financières sur la promotion des mesures de réadaptation (Rothgang, 2010).

Un autre exemple est fourni par le Mexique où, depuis 2008, l'ISSSTE (Institut de sécurité sociale et de santé des travailleurs de l'État) cherche à promouvoir l'idée d'un vieillissement actif et en bonne santé parmi ses bénéficiaires de plus de 40 ans. Cette initiative a conduit au développement du *Programme pour une vieillesse active* et, en 2009, du *Programme pour une vieillesse en bonne santé*, qui est maintenant mis en œuvre dans 35 centres gériatriques répartis dans tout le pays. Ces centres ont pour but de fournir des services de réadaptation et de kinésithérapie aux personnes âgées.

Bien que plusieurs des politiques recensées entrent globalement dans le cadre du maintien en bonne santé des personnes âgées (par exemple celles qui visent à développer

les activités locales pour personnes âgées, à améliorer leur style de vie et à les sensibiliser aux questions de santé ou à mieux adapter les systèmes de soins de santé à leurs besoins), seuls quelques pays semblent avoir intégré dans leur système de prise en charge de la dépendance des objectifs ou interventions visant spécifiquement une « vieillesse en bonne santé ». L'incertitude demeure quant à la question de savoir quelles interventions axées sur le maintien en bonne santé des personnes âgées donnent les meilleurs résultats ou sont rentables (Oxley, 2009a). Cette incertitude contribue à dissuader de mettre en œuvre des initiatives potentiellement utiles à cet égard dans le cadre du système de prise en charge de la dépendance. Il ne fait pas de doute que de nouvelles initiatives visant à promouvoir la santé des seniors, ainsi que l'évaluation des pratiques, seraient fort indiquées.

10.4. La gouvernance des dispositifs de prise en charge de la dépendance

Fort complexes, les services et dispositifs de prise en charge de la dépendance posent de sérieux problèmes d'administration et de réglementation. Lorsque l'obtention de services de soins devient synonyme d'une bureaucratie exagérée et d'une charge administrative pour l'usager, celui-ci peut perdre confiance dans le système, ou être dissuadé de recourir à des soins officiels (Fernández *et al.*, 2009).

L'une des manières potentielles de contrer cette complexité consiste à instaurer des plateformes exhaustives d'information au profit des usagers et prestataires de services de soins de longue durée. Une étude menée aux États-Unis a fait apparaître la méconnaissance des services de soins disponibles par le grand public, et la confusion qui règne dans son esprit à leur sujet. Des bases de données informatives définissant plus précisément les critères d'admissibilité aux soins et les types de soins et d'aides financières disponibles seraient utiles à l'usager, mais aussi aux prestataires, pour évaluer les avantages et les risques des différentes formes de soins visant les patients qui présentent telle ou telle caractéristique. Des informations largement disponibles pourraient ainsi étayer efficacement les choix faits par les usagers et les décisions prises par les prestataires (Fernández *et al.*, 2009 ; Miller *et al.*, 2008 ; Kane et Kane, 2001).

On trouve en Écosse et en Irlande des documents imprimés et audio explicites sur les droits à la prise en charge de la dépendance (Fernández *et al.*, 2009 ; Miller *et al.*, 2008). La Suède tient bien compte de la nécessité d'améliorer les plateformes d'information, et des initiatives spécifiques sont déjà en place à cet égard, comme par exemple les outils dits de « comparaison ouverte » et les manuels intitulés « Guide à l'intention des personnes âgées » (Gouvernement de la Suède, 2010). Les outils d'information ont plus de chances de recueillir une large adhésion s'ils suscitent davantage de confiance que les sites Internet établis par des prestataires, et s'ils sont plus complets et à tonalité moins médicale que les rapports produits par les autorités de contrôle. Il a été suggéré de tester l'aptitude de partenariats public-privé à mener cette tâche d'information en mêlant des données publiques et privées (Kane et Kane, 2001).

La mise en œuvre de lignes directrices fondées sur des éléments factuels est un autre outil d'aide à la décision. Elle suppose de passer en revue les connaissances scientifiques et les classements établis par des experts sur la base de différentes caractéristiques : besoins des patients, ratios avantages-risques, rapport coût-efficience, solidité des éléments factuels, etc. On peut trouver des lignes directrices cliniques de cette nature dans certains pays de l'OCDE, comme par exemple la Suède et les États-Unis. Il peut s'avérer difficile de structurer des lignes directrices pour la population âgée, car celle-ci présente souvent

des comorbidités complexes – alors même que les études portant sur des populations plus jeunes dépourvue de multimorbidité sont peu généralisables à une population d'âge plus mûr. Il est néanmoins possible, en favorisant la normalisation chez les prestataires, d'optimiser les avantages potentiels que les patients peuvent en retirer (Ekerstad *et al.*, 2008 ; Boyd *et al.*, 2005).

La planification des soins est un autre moyen potentiel d'améliorer les efficiences institutionnelles de la prise en charge de la dépendance. L'un des objectifs des dispositifs de prise en charge des soins de longue durée est de permettre aux patients de bénéficier de soins personnalisés correspondant exactement à leurs besoins. Ces besoins sont déterminés par une évaluation de l'état physique, mental et émotionnel actuel et passé de l'individu. Les effectifs de santé doivent coopérer à cette fin. La définition de la planification des soins de longue durée ou de la gestion des soins varie d'un pays à l'autre, mais le tronc commun englobe l'évaluation du patient, l'élaboration du plan de soins, la surveillance, la coordination des soins et la réactivité aux situations de crise. Dans certains cas, un soutien psychosocial peut aussi être prévu (Sargent *et al.*, 2007 ; Challis *et al.*, 2010).

Des programmes de planification des soins sont en place dans plusieurs pays de l'OCDE, dont les États-Unis, le Royaume-Uni, le Canada et la Suède (Pickard *et al.*, 2007 ; Singh, 2010). Au Royaume-Uni, le NSFOP (*National Service Framework for Older People*) créé en 2001 a promu une planification individuelle des soins hospitaliers ou de proximité prodigués aux personnes âgées. Les évaluations de ce programme ont montré que si les seniors pouvaient ne pas percevoir d'amélioration due au programme, ils rapportaient en revanche des améliorations du dispositif de prise en charge de la dépendance dans son ensemble (Manthorpe *et al.*, 2007).

Le partage d'informations par les administrations publiques peut renforcer l'efficience administrative des services des soins de longue durée. On peut penser à cet égard au financement de cette prise en charge, à des mesures ciblées en matière d'impôt sur le revenu des personnes physiques et à des transferts (par exemple, pensions, aide sociale, aide au logement). Au Japon, l'instauration en 2000 de l'assurance dépendance avait entre autres pour but de promouvoir la mise en commun d'informations par le secteur de la dépendance et les autres secteurs sociaux (Matsuda et Yamamoto, 2001).

Les facteurs susceptibles de peser sur le partage d'informations par les organismes publics sont nombreux. À titre d'exemple, le contexte politique et législatif a un impact sur l'équilibre obtenu en matière de partage et de protection de l'information. Les structures de gouvernance en place sont en mesure de façonner les liens qui existent, s'agissant de la mise en commun de données, entre le système de prise en charge de la dépendance et le dispositif de protection sociale. Les considérations techniques jouent de leur côté un rôle qui est loin d'être négligeable ; on pense par exemple au degré de compatibilité des systèmes informatiques et à l'accès dont dispose ou non un organisme donné aux dossiers individuels détenus par une autre entité. L'échange d'informations pourrait être facilité grâce à l'utilisation de dossiers intégrés qui engloberaient notamment des évaluations et des procédures de soins communes. Le besoin de formation et de soutien des professionnels dans ce domaine ne fait pas de doute (Richardson et Asthana, 2006).

L'organisation des dispositifs de santé et de prise en charge de la dépendance, ainsi que la multiplicité d'acteurs, peuvent inciter les prestataires à certains transferts de coûts, susceptibles à leur tour d'influer négativement sur l'efficience et d'autres

aspects du cadre de soins. Différentes initiatives – rémunération forfaitaire par patient, paiement à la performance – ont été prises par les pouvoirs publics aux États-Unis afin de s'attaquer à ces problèmes ; elles présentent cependant toutes des forces et des faiblesses (Grabowski, 2007).

Au total, l'établissement de plateformes d'information de qualité, la fixation de lignes directrices, le recours à des procédures de planification des soins, la mise en commun de données par les administrations publiques et la réduction maximale des incitations aux transferts de coûts sont quelques-unes des démarches potentiellement efficaces pour accroître l'efficience institutionnelle. Comme toutes ces interventions dépendent d'autres caractéristiques des dispositifs, il est probable que cette question reste au centre de l'action des pouvoirs publics dans les années à venir.

10.5. Conclusion

Le vieillissement des populations engendrera à l'avenir une demande accrue de services de prise en charge de la dépendance, et fera ainsi peser des pressions plus fortes sur les dépenses des dispositifs officiels. Les autorités sont – ou devraient se sentir – de plus en plus tenues d'optimiser l'utilisation des ressources qui leur sont consacrées. Mais la mesure et l'évaluation de cette dimension important de la performance restent rares.

La presque totalité des pays de l'OCDE a promu l'assistance à domicile afin de contenir les coûts en établissement et de satisfaire les aspirations individuelles à une prise en charge chez soi. Ils ont pour cela directement étendu l'offre d'aide et de soins à domicile, et mis en œuvre des mesures réglementaires et d'incitations financières. Des obstacles tels que le nombre limité de prestataires à domicile, le morcellement des services et l'insuffisance d'incitations visant les prestataires et les usagers ont été repérés dans certains pays. Certains éléments semblent indiquer que l'assistance à domicile pourrait, pour les individus lourdement dépendants, s'avérer plus onéreuse que les soins en établissement.

Il est possible de recourir à des mécanismes de paiement de la prise en charge de la dépendance pour orienter les prestataires vers les buts poursuivis pour le système. Les initiatives de paiement à la performance peuvent s'avérer assez prometteuses en la matière, même si leur usage pour les services des soins de longue durée demeure aujourd'hui limité. On pourrait aussi engranger des gains d'efficience en organisant la concurrence entre prestataires sur la base du choix donné à l'usager, comme le fait le système de chèques-services qu'utilisent les pays nordiques pour stimuler les prestations privées. La mise en œuvre de technologies nouvelles pourrait améliorer la productivité des travailleurs du secteur de la dépendance, mais il y a insuffisance d'évaluation de la rentabilité de nombreuses technologies « intelligentes », et la technologie apparaît souvent plus utile comme complément que comme substitut au travail.

Des inefficiences peuvent découler des interactions entre le dispositif de prise en charge de la dépendance et le système de soins de santé. Plusieurs pays de l'OCDE ont cherché à remédier à l'usage inapproprié qui est fait des services de soins intensifs pour des besoins liés à la dépendance par le biais de mesures financières, de modifications de responsabilités administratives et de technologies informatiques nouvelles. De nombreux pays de l'OCDE se sont employés à coordonner ou intégrer les services de santé et les services de prise en charge de la dépendance, mais les difficultés qu'ils ont rencontrées ne sont pas anodines. Le Japon et la Suède notamment ont appliqué des politiques de

promotion du vieillissement en bonne santé et de prévention. On ne sait pas encore quelles interventions généreront, à dépense égale, les plus forts gains pour la santé ; cette question devra retenir l'attention de manière prioritaire à l'avenir.

La gouvernance des dispositifs de prise en charge de la dépendance est complexe et peut entraîner des inefficiences institutionnelles. Différentes démarches peuvent permettre de marquer des progrès ; on pense notamment à la création de plateformes d'information exhaustives, à la mise en œuvre de lignes directrices d'aide à la décision fondées sur des éléments factuels, à l'instauration de programmes de planification des soins, à la mise en commun d'informations par les administrations publiques et à la réduction maximale des incitations à transférer les coûts qui pèsent sur les prestataires.

Enfin, la nécessité se fait sentir d'impliquer plus largement la société et la puissance publique vis-à-vis de la satisfaction des besoins de prise en charge de la dépendance, car cet engagement façonne souvent les décisions de financement public. Le vieillissement de la population suppose une évolution des mentalités en matière de soins, de sorte que la prise en charge des personnes âgées se mue en priorité de la société dans son ensemble. Faute de changement d'attitude, les seniors dépendants pourront se retrouver très vulnérables, abandonnés à leur domicile ou placés en établissement contre leur volonté.

Notes

1. Le Groupe PAI (« Plan, Assess, Invest ») est responsable de l'évaluation.
2. Avec cette méthode, les prestataires perçoivent une somme fixe pour les services fournis pendant une durée spécifique, quel qu'en soit le volume.
3. Les remarques qui suivent sur les systèmes de chèques-services dépendance dans les pays nordiques s'appuient sur une étude réalisée pour l'OCDE par Viita (2010) pendant l'été 2010.
4. Les gestionnaires de soins s'occupent en général du dépistage, de l'évaluation, de la planification et de la mise en œuvre des soins, et du suivi des personnes atteintes de maladies ou troubles durables. Les gestionnaires de soins sont souvent chargés d'organiser les services de soins. On observe toutefois, d'un pays à l'autre, des variations dans leur rôle et leurs tâches.
5. L'expression de « *vieillesse active* », qui met plus fortement l'accent sur la prolongation de la vie active et des capacités fonctionnelles (OMS, 2002), est également employée par les auteurs spécialisés, de même que celle de « *vieillesse réussie* », qui désigne plus spécifiquement l'idée de faire en sorte que les individus soient en bonne santé physique et psychologique pour faire face aux expériences difficiles de fin de vie (Oxley, 2009a).

Bibliographie

Ankestyreseln (2005), « Frit valg i ældreplejen – landsdækkande brugerundersøgelse », Ankestyrelsens undersøgelser, *www.fritvalgsdatabasen.dk/indhold?system=fritvalg&id=fritvalg.publikation*.

Arling, G. *et al.* (2009), « Medicaid Nursing Home Pay for Performance: Where Do We Stand ? », *The Gerontologist*, vol. 49, n° 5, pp. 587-595, *http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/49/5/587.full.pdf+html?ath_user=kclkkwi4196&ath_ttok= %3CTLxqlKMEQXdv77Eh9g %3E*, consulté le 18 octobre 2010.

Arntz, M. *et al.* (2007), « The German Social Long-term Care Insurance: Structure and Reform Options », IZA Discussion Paper, n° 2625, Bonn, *http://ftp. iza.org/dp2625.pdf*.

Barton Smith, D. et Z. Feng (2010), « The Accumulated Challenges of Long-term Care », *Health Affairs,* vol. 29, n° 1, pp. 29-34.

Bayer, E. (2010), « Innovations in Reducing Preventable Hospital Admissions, Readmissions and Emergency Room Use: An Update on Health Plan Initiatives to Address National Health Care Priorities », AHIP Centre for Policy and Research, *www.ahipresearch.com/pdfs/innovations2010.pdf*.

Beale, S. *et al.* (2009), « Evaluation of the Telecare Development Programme. Final Report », Health Economics Consortium, York, *www.scie-socialcareonline.org.uk/profile.asp?guid=84c830fd-7a8f-4f12-9ab7-84fc1aab5097*, consulté le 24 novembre 2010.

Béland, F. *et al.* (2006), « A System of Integrated Care for Older Persons with Disabilities in Canada: Results from a Randomized Controlled Trial », *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, vol. 61A, n° 4, pp. 367-373, *http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/61/4/367.full.pdf+html?ath_user=kclkkwi4196&ath_ttok= %3CTKwvK6MsT6oIP7WiJQ %3E*.

Bergman, H. *et al.* (1997), « Care for Canada's Frail Elderly Population: Fragmentation or Integration ? », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 157, n° 8, pp. 1116-1121, *www.ecmaj.ca/cgi/reprint/157/8/1116.pdf*.

Bitenc, I. *et al.* (2000), « Critical Analysis of an Information System for Community Nursing », Proceedings of the 8th European Conference on Information Systems, Vienne, *http://is2.lse.ac.uk/asp/aspecis/20000145.pdf*, consulté le 21 octobre 2010.

Björkgren, M.A. *et al.* (1999), « Validity and Reliability of Resource Utilization Groups (RUGs) in Finnish Long-term Care Facilities », *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 27, pp. 228-234, *http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/68924/2/10.1177_14034948990270030201.pdf*, consulté le 19 octobre 2010.

Boyd, C.M. (2005), « Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients with Multiple Comorbid Diseases. Implications for Pay for Performance », *Journal of the American Medical Association*, vol. 294, n° 6, pp. 716-724, *http://jama.ama-assn.org/content/294/6/716.full.pdf+html?ath_user=kclkkwi4196&ath_ttok=%3CTT78TqMYHKLI5j5O3Q%3E*, consulté le 17 janvier 2011.

Briesacher, B.A. *et al.* (2009), « Pay-for-Performance in Nursing Homes », *Health Care Financing Review*, vol. 30, n° 3, pp. 1-13, *www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2758526/pdf/nihms132435.pdf*, consulté le 18 octobre 2010.

Brizioli, E. *et al.* (2003), « Nursing Home Case-mix Instruments: Validation of the RUG-III System in Italy », *Aging Clinical and Experimental Research*, vol. 15, pp. 243-253, *www.ars.marche.it/RUG/pubblicazioni/Aging_article(ART.INTERN).pdf*, consulté le 19 octobre 2010.

Busse, R. *et al.* (2006), « Editorial: Hospital Case Payment Systems in Europe », *Health Care Management Science*, vol. 9, pp. 211-213, *www.observatorysummerschool.org/pdf/HCMS-DRG-Editorial.pdf*, consulté le 19 octobre 2010.

Busse, R. et N. Mays (2008), « Paying for Chronic Disease Care », in E. Nolte et M. McKee (dir. pub.), *Caring for People with Chronic Donditions: A Health System Perspective*, Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, chap. 9, *www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf*.

Byrne, D. *et al.* (2008), « Formal Home Health Care, Informal Care, and Family Decision Making », *www.iew.uzh.ch/institute/people/mgoeree/Research/fhhc.pdf*.

Campbell, J.C. *et al.* (2010), « Lessons from Public Long-term Care Insurance in Germany and Japan », *Health Affairs*, vol. 29, n° 1, pp. 87-95.

Campbell, J.C. et N. Ikegami (2000), « Long-term Care Insurance Comes to Japan », *Health Affairs*, vol. 19, n° 3, pp. 26-39, *http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/19/3/26*.

Campbell, J.C. et N. Ikegami (2003), « Japan's Radical Reform of Long-term Care », *Social Policy and Administration*, vol. 37, n° 1, pp. 21-34, *http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9515.00321/pdf*.

Caris-Verhallen, W. et A. Kerkstra (2000), « Continuity of Care for Patients on a Waiting List for Institutional Long-term Care », *Health and Social Care in the Community*, vol. 9, n° 1, pp. 1-9, *www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/120716787/HTMLSTART*.

Center for Technology and Aging (2009), « Technologies to Help Older Adults Maintain Independence: Advancing Technology Adoption », Briefing Paper, *www.techandaging.org/briefingpaper.pdf*, consulté le 21 octobre 2010.

Challis, D., J. Hughes, K. Berzins, S. Reilly, J. Abell et K. Stewart (2010) « Self-care and Case Management in Long-term Conditions: The Effective Management of Critical Interface », Report for the National Institute for Health Research Service Delivery and Organisation Programme, *www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/201-final-report.pdf*.

Christianson, J.B. *et al.* (2007), « Paying for Quality: Understanding and Assessing Physician Pay-for-Performance Initiatives », Research Synthesis Report n° 13, Robert Wood Johnson Foundation, *www.rwjf.org/files/research/no13synthesisreport.pdf*

Consolidation Act on Social Services in Denmark (2010), *http://english.sm.dk/MinistryOfSocialWelfare/legislation/social_affairs/social_service_act/Sider/Start.aspx*.

Cutler, L.J. et R.A. Kane (2009), « Post-occupancy Evaluation of a Transformed Nursing Home: The First Four Green House Settings », *Journal of Housing for the Elderly*, vol. 23, n° 4, pp. 304-334, *http://pdfserve.informaworld.com/35051_713582246_917056901.pdf*, consulté le 26 novembre 2010.

Da Roit, B. et B. Le Bihan (2010), « Similar and Yet So Different: Cash-for-care in Six European Countries' Long-term Care Policies », *The Millbank Quarterly*, vol. 88, n° 3, pp. 286-309.

Dervaux, B. *et al.* (2006), « Assessing the French Nursing Home Efficiency: An Indirect Approach Via Budget-constrained DEA Models », *Socio-economic Planning Sciences*, vol. 30, pp. 70-91, *www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6V6Y-4G63J8S-2&_user=946274&_coverDate=03%2F31%2F2006&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1504075305&_rerunOrigin=google&_acct=C000049020&_version=1&_urlVersion=0&_userid=946274&md5=b06b4bb6c5fe3cd7ccf69ae15dc79a39&searchtype=a*, consulté le 19 octobre 2010.

Document d'orientation de l'Union européenne (2007), « Healthy Ageing: Keystone for a Sustainable Europe. EU Health Policy in the Context of Demographic Change », Direction générale de la santé et de la protection des consommateurs, *http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/docs/healthy_ageing_en.pdf*.

Ekerstad, N. *et al.* (2008), « Characteristics of Multiple-diseased elderly in Swedish Hospital Care and Clinical Guidelines: Do they Make Evidence-based Priority Setting a « Mission Impossible »? », *International Journal of Ageing and Later Life,* vol. 3, n° 2, pp. 71-95, *www.ep.liu.se/ej/ijal/2008/v3/i2/a4/ijal08v3i2a4.pdf, consulté le 19 janvier 2011*.

Engström, M. *et al.* (2005), « Staff Perceptions of Job Satisfaction and Life Situation Before and 6 and 12 months After Increased Information Technology support in Dementia Care », *Journal of Telemedicine and Telecare*, vol. 11, pp. 304-309, *http://jtt.rsmjournals.com/cgi/reprint/11/6/304*, consulté le 21 octobre 2010.

Fernández, J.L. *et al.* (2009), « How Can European States Design Efficient, Equitable and Sustainable Funding Systems for Long-term Care for Older People », *Health Systems and Policy Analysis*, Policy Brief n° 11, Organisation mondiale de la santé pour le compte de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, *www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/64955/E92561.pdf*, consulté le 20 janvier 2011.

FINLEX, Base de données sur la législation finlandaise, *www.finlex.fi*.

Folland, S., A.C. Goodman et M. Stano (2001), *The Economics of Health and Health Care*, 3e édition, Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.

Gold, M. et S. Felt-Lisk (2008), « Using Physician Payment Reform to Enhance Health System Performance », Mathematica Policy Research Inc., *www.mathematica-mpr.com/PDFs/physpaybrief.pdf*.

Gouvernement de la Finlande (2009), « Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 12 §:n muuttamisesta » (Projet transmis par le gouvernement au Parlement concernant une loi sur les chèques-services en matière de services sociaux et de servies de santé, ainsi qu'une loi modifiant la section 12 de la Loi sur le reste à charge en matière de protection sociale et de soins de santé), *http://217.71.145.20/TRIPviewer/show.asp?tunniste=HE+20/2009&base=erhe&palvelin=www.eduskunta.fi&f=WORD*.

Gouvernement de la Suède (2010), *The Future Need for Care – Results from the LEV project (2010)* , Government Offices from Sweden, *www.sweden.gov.se/content/1/c6/15/36/57/d30b0968.pdf*, consulté le 27 janvier 2011.

Gouvernement du Royaume-Uni (2007), « Putting People First. A Shared Vision and Commitment to the Transformation of Adult Social Care », *www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_081119.pdf*.

Gouvernement du Royaume-Uni (2010), « PSA Delivery Agreement 17: Tackle Poverty and Promote Greater Independence and Wellbeing in Later Life », *http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/http://www.hm-treasury.gov.uk/pbr_csr07_psabetterqualityoflife.htm*.

Grabowski, D.C. (2007), « Medicare and Medicaid: Conflicting Incentives for Long-term Care », *The Millbank Quarterly*, vol. 85, n° 4, pp. 579-610, *http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2007.00502.x/pdf*.

Grabowski, D.C. (2009), « Special Needs Plans and the Coordination of Benefits and Services for Dual Eligibles », *Health Affairs* (Millwood), vol. 28, n° 1, pp. 136-146, *www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2765211/pdf/nihms148139.pdf*.

Grabowski, D.C. *et al.* (2010), « Supporting Home- and Community-based Care: Views of Long-term Care Specialists », *Medical Care Research and Review, http://mcr.sagepub.com/cgi/rapidpdf/1077558710366863v1.pdf*.

Grieve, R. *et al.* (2008), « Evaluating Health Care Programs by Combining Cost with Quality of Life Measures: A Case Study Comparing Capitation and Fee for Service », *Health Services Research*, vol. 43, n° 4, pp. 1204-1222, *www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2517267/pdf/hesr0043-1204.pdf,* consulté le 19 octobre 2010.

Gross, D.L. *et al.* (2004), « The Growing Pains of Integrated Health Care for the Elderly: Lessons from the Expansion of PACE », *The Millbank Quarterly*, vol. 82, n° 2, pp. 257-282, *http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.0887-378X.2004.00310.x/pdf*.

Haberkern, K. *et al.* (2010), « The Role of Elderly as Providers and Recipients of Care », Projet du Programme de l'OCDE sur l'avenir intitulé « L'avenir des familles à l'horizon 2030 ».

Help the Aged (2008), « The Case for Healthy Ageing: Why it Needs To Be Made », Royaume-Uni, *http://policy.helptheaged.org.uk/NR/rdonlyres/C5EC6B06-8CCE-4760-89A0-854B84E1EE06/0/case_for_healthy_ageing.pdf*.

Hoenig, H. *et al.* (2003), « Does Assistive Technology Substitute for Personal Assistance among the Disabled Elderly ? », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 2, pp. 330-337, *www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447739/pdf/0930330.pdf*.

Hofmarcher, M.M. *et al.* (2007), « Improved Health System Performance through Better Care Coordination », Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 30, Éditions de l'OCDE, Paris, *www.oecd.org/dataoecd/22/9/39791610.pdf*.

Hofmarcher, M.M. (2008), « Austria's New Home-care Law: An Assessment in the Context of Long-term Care Policy », Document non publié, OCDE, Paris.

Hollander, M. et N. Chappell (2002), « Final Report of the National Evaluation of the Cost-effectiveness of Home Care », Rapport élaboré pour le Health Transition Fund, Santé Canada ; National Evaluation of the Cost-effectiveness of Home Care, *www.homecarestudy.com/reports/full-text/synthesis.pdf*, consulté le 31 janvier 2011.

Hutt, R. *et al.* (2004), « Case Managing Long-term Conditions », King's Fund, *www.red-elaia.org/adjuntos/192.1-casemanagement.pdf*.

Ikegami, N. *et al.* (2003), « The Long-term Care Insurance Law in Japan: Impact on Institutional Care Facilities », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 18, pp. 217-221, *www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/104065479/PDFSTART*.

Intrator, O. et V. Mor (2004), « Effect of State Medicaid Reimbursement Rates on Hospitalizations from Nursing Homes », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 52, pp. 393-398, *http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2004.52111.x/pdf*.

Jensen, P.M. *et al.* (2009), « Are Long-term Care Residents Reffered Appropriately to Hospital Emergency Departments ? », *Canadian Family Physician*, vol. 55, pp. 500-505, *www.cfp. ca/cgi/content/full/55/5/500*.

Kane, R.A. *et al.* (2005), « Results from the Green House Evaluation in Tupelo, MS », Academy Health Annual Meeting, 26 juin 2005, *www.directcareclearinghouse.org/download/Boston%20Presentation%20at%20Academy%20Health%202005[1].pdf*, consulté le 26 novembre 2010.

Kane, R.L. et R.A. Kane (2001), « What Older People Want from Long-term Care, and How they Can Get It », *Health Affairs*, vol. 20, n° 6, pp. 114-127, *http://content.healthaffairs.org/content/20/6/114.full.pdf+html*, consulté le 21 janvier 2011.

Karlsson, M. et T. Iversen (2010), « Scandinavian Long-term Care Financing », Programme de recherche sur l'économie de la santé, Document de travail n° 2010/2, Université d'Oslo, *www.hero.uio.no/publicat/2010/2010_2.pdf*.

Kaskiharju, E. et M. Seppänen (dir. pub.) (2004), « Vaihtoehtona palveluseteli - Lahden seudun viiden kunnan palvelusetelikokeilu » (L'option du chèque-service – l'expérience menée dans cinq municipalités de la région de Lahti), Rapports du ministère des Affaires sociales et de la Santé, n° 2004/8, Helsinki, *www.stm.fi/julkaisut/selvityksia-sarja/nayta/_julkaisu/1067339#fi*.

Kastberg, G. (2001), « A Tool for Influence: The Effects of Introducing a Voucher System into In-home Elderly Care », École d'administration publique, Université de Göteborg.

Kaye, H.S. *et al.* (2009), « Do Noninstitutional Long-term Care Services Reduce Medicaid Spending ? », *Health Affairs*, vol. 28, n° 1, pp. 262-272.

Klein, S. (2010), « Quality Matters in Focus: Building Accountable Care Organizations that Improve Quality and Lower Costs – A View from the Field », The Commonwealth Fund, *www.commonwealthfund.org/Content/Newsletters/Quality-Matters/2010/June-July-2010/In-Focus.aspx*, consulté le 28 octobre 2010.

Konetzka, R.T. et R. Werner (2010), « Applying Market-based Reforms to Long-term Care », *Health Affairs*, vol. 29, n° 1, pp. 74-80.

Kremer, M. (2006), « Consumers in Charge of Care: The Dutch Personal Budget and its Impact on the Market, Professionals and Family », *European Societies*, vol. 8, n° 3, pp. 385-401, *http://pdfserve.informaworld.com/357654_713582246_757920324.pdf*.

Kumpers, S. *et al.* (2010), « Prevention and Rehabilitation within Long-term Care across Europe », European Overview Paper, *www.euro.centre.org/data/1278594859_11573.pdf*.

Kurrle, S.E. (2006), « Improving Acute Care Services for Older People », *Medical Journal of Australia*, vol. 184, n° 9, p. 427, *www.mja.com.au/public/issues/184_09_010506/kur10200_fm.html*.

Lafortune, G. *et al.* (2007), « Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications », Document de travail de l'OCDE sur la santé n° 26, Éditions de l'OCDE, Paris.

Lamura, G. (2010), « The Role of Migrant Work in LTC Sector: Challenges and Opportunities », Long-term Care in Europe: Discussing Trends and Relevant Issues, Conférence tenue dans le cadre du projet « Mainstreaming Ageing: Indicators to Monitor Implementation », *www.euro.centre.org/data/1267541472_78930.pdf*, consulté le 21 octobre 2010.

Lee, E.J. *et al.* (2009), « Developing an Electronic Nursing Record System for Clinical Care and Nursing Effectiveness Research in a Korean Home Health Care Setting », *CIN : Computers, Informatics, Nursing*, vol. 27, n° 4, pp. 234-244.

Long-term Care Reform Leadership Project (2009), « Achieving High-quality Long-term Care: The Importance of Chronic Care Coordination », AARP, vol. 2, n° 5, *www.ncsl.org/documents/health/carecoord.pdf*.

Manthorpe, J. *et al.* (2007), « Four Years On: The Impact of the National Service Framework for Older People on the Experiences, Expectations and Views of Older People », *Age and Ageing*, vol. 36, pp. 501-507, *http://ageing.oxfordjournals.org/content/36/5/501.full.pdf+html*, consulté le 20 janvier 2011.

Matsuda, S. et M. Yamamoto (2001), « Long-term Care Insurance and Integrated Care for the Aged in Japan », *International Journal of Integrated Care*, vol. 1, pp. 1-11, *www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1484411/pdf/ijic2001-200128.pdf*, consulté le 24 janvier 2011.

McCutcheon, M.E. et W.J. McAuley (2008), « Long-term Care Services, Care Coordination, and the Continuum of Care », in C.M. Mara et L.K. Olson (dir. Pub), *Handbook of Long-term Care Administration and Policy*, Taylor and Francis Group, chap. 10, *http://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=cXExrXtf7YkC&oi=fnd&pg=PA173&dq=coordination+long+term+care&ots=8e2apRMWDH&sig=0to6qP7gPqR1YyozW8lJdJE0jE8#v=onepage&q=coordination %20long %20term %20care&f=false*.

Miller, E.A. *et al.* (2008), « Assessing Expert Views of the Future of Long-term Care », *Research on Aging*, vol.30, n° 4, pp. 450-473, *http://roa.sagepub.com/content/30/4/450.full.pdf+html*, consulté le 19 janvier 2011.

Miller, E.A. et W.G. Weissert (2010), « The Commonwealth Fund Survey of Long-term Care Specialists », *Medical Care Research and Review, http://mcr.sagepub.com/cgi/rapidpdf/1077558710366864v1.pdf*.

Ministère de l'Intérieur et de la Santé et Ministère des Affaires sociales du Danemark (2005), « Report on Health and Long-term Care in Denmark », *www.sm.dk/data/Lists/Publikationer/Attachments/320/Report_on_health_and_long-term_care.pdf*.

Ministère de la Santé du Royaume-Uni (2010), *Transparency in Outcomes: A Framework for Adult Social Care. A Consultation on Proposals*, Department of Health – Social Care, Crown © 2010, *www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_122037.pdf*.

Ministère des Soins et des Services de santé de la Norvège (2008-09), « The Coordination Reform. Proper Treatment at the Right Place and Right Time », rapport n° 47, *www.regjeringen.no/upload/HOD/Samhandling%20engelsk_PDFS.pdf*, consulté le 14 février 2011.

Mollot, R.J. *et al.* (2008), « An Assessment of Pay for Performance for Nursing Homes with Recommendations for Policy Makers », Long Term Care Community Coalition, *www.ltccc.org/publications/documents/LTCCCP4Preportfinal08.pdf*.

Mor, V. *et al.* (2010), « The Revolving Door of Reshospitalization from Skilled Nursing Facilities », *Health Affairs*, vol. 29, n° 1, pp. 57-64, *http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/29/1/57?ijkey=5swWrBs8cJbjY&keytype=ref&siteid=healthaff*.

Morikawa, M. *et al.* (2007), « Preventive Care or Preventive Needs ? Re-balancing Long-term Care between the Government and Service Users in Japan », The Fourth Annual East Asian Social Policy Research Network (EASP), Tokyo, *www.welfareasia.org/4thconference/papers/Morikawa_Re-balancing %20Long-Term %20Care %20between %20the %20Government %20and %20Service %20Users %20in %20Japan.pdf*.

Moyle, W. *et al.* (2003), « Views of Job Satisfaction and Dissatisfaction in Australian Long-term Care », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 12, pp. 168-176, *http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2702.2003.00732.x/pdf*, consulté le 21 octobre 2010.

Mui, A.C. (2002), « The Program of All-inclusive Care for the elderly (PACE): An Innovative Long-term Care Model in the United States », *Journal of Aging and Social Policy*, vol. 13, n° 2, pp. 53-67, *http://pdfserve.informaworld.com/389048_713582246_903288273.pdf*.

OCDE (2005), *Accroître les chances de chacun : Pour une politique sociale active au bénéfice de tous,* Éditions de l'OCDE, Paris.

OCDE (2009), *Études économiques de l'OCDE : Japon*, vol. 2009/18, chap. 4, Éditions de l'OCDE, Paris.

OMS (2002), « Vieillir en restant actif. Cadre d'orientation », *http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf*.

Oxley, H. (2009a), « Policies for Healthy Ageing: An Overview », Document de travail de l'OCDE sur la santé n° 42, Éditions de l'OCDE, Paris.

Oxley, H. (2009b), « Improving Health Care System Performance through Better Co-ordination of Care », *Achieving Better Value for Money in Healthcare*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, chap. 3, Éditions de l'OCDE, Paris.

Paasivirta, K. (2009), « Palveluseteli sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistapana » (Le chèque-service, moyen d'organisation de la protection sociale et des services de santé), *www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;353;135218;57267;62601*.

Pope, G.C. *et al.* (2004), « Risk Adjustment of Medicare Capitation Payments Using the CMS-HCC Model », *Health Care Financing Review*, vol. 25, n° 4, pp. 119-141, *www.cms.gov/HealthCareFinancingReview/downloads/04Summerpg119.pdf*, consulté le 19 octobre 2010.

Pratt, J.R. (2010), *Long-term Care. Managing across the Continuum,* 3e édition, Jones and Bartlett Publishers, chap. 1, pp. 27-28, *http://books.google.com/books?id=5hJLvPie2OUC&pg=PA29&lpg=PA29&dq=coordination+long+term+care&source=bl&ots=U4cufW8Cqr&sig=I0rXxBftJBUeTXR0o6e7hrcbhYA&hl=fr&ei=vvwhTOeWHpa8jAebxv2uAQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=0CB8Q6AEwAjhQ#v=onepage&q=coordination %20&f=false*.

Reinhard, S.C. (2010), « Diversion, Transition Programs Target Nursing Homes' Status Quo », *Health Affairs,* vol. 1, pp. 44-48.

Reinhard, S. *et al.* (2010), « Weathering the Storm: The Impact of the Great Recession on Long-term Services and Supports », AARP Public Policy Institute, *http://assets.aarp. org/rgcenter/ppi/ltc/2010-10-hma-nasuad.pdf*.

Richardson, S. et S. Asthana (2006), « Inter-agency Information Sharing in Health and Social Care Services: The Role of Professional Culture », *British Journal of Social Work*, vol. 36, pp. 657-559, *http://bjsw.oxfordjournals.org/content/36/4/657.abstract,* consulté le 24 janvier 2011.

Rothgang, H. (2010), « Social Insurance for Long-term Care: An Evaluation of the German Model », *Social Policy and Administration*, vol;44, n° 4, pp. 436-460, *http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9515.2010.00722.x/pdf*.

Silow-Carroll, S. *et al.* (2010), « States in Action », The Commonwealth Fund, *www.commonwealthfund.org/~/media/Files/Newsletters/States %20In %20Action/2010_10_15_StatesInAction.pdf*, consulté le 26 octobre 2010.

SNIPH – Swedish National Institute for Public Health (2006), « Healthy Ageing: A Challenge for Europe », *www.fhi.se/PageFiles/4173/Healthy_ageing.pdf*.

Soar, J. *et al.* (2007), « Reducing Avoidable Hospital Admissions of the Frail Elderly Using Intelligent Referrals », *Electronic Journal of Health Informatics*, vol. 2, n° 1, pp. 1-6, *http://eprints.usq.edu.au/2608/1/Soar_Yuginovich_Whittaker_Publ_version.pdf*.

Söderlung, R. (2004), « The Role of Information and Communication Technology in Home Services: Telecare Does Not Satisfy the Needs of the Elderly », *Health Informatics Journal*, vol. 10, n° 2, pp. 127-137, *http://jhi.sagepub.com/content/10/2/127.full.pdf+html*, consulté le 21 octobre 2010.

Steuerle, C.E. (2000), « Common Issues for Voucher Programs », in C.E. Steuerle, V. D. Ooms, G. Peterson et R.D. Reishauer (dir. pub.), *Vouchers and the Provision of Public Services*, Brookings Institution Press, Washington DC.

Stone, R.I. (2000), « Long-term Care for the Elderly with Disabilities: Current Policy, Emerging Trends and Implications for the Twenty-first Century », Millbank Memorial Fund, *www.milbank.org/reports/0008stone/LongTermCare_Mech5.pdf*.

Svensk författningssamling (2008), « Act on the System of Choice in the Public Sector », *www.notisum.se/rnp/sls/sfs/20080962.pdf*.

Sveriges Kommuner och Landsting (2009b), « Valfrihetssystem, erfarenheter från ett antal kommuner och landsting », *http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39646_1.pdf*.

Torp, S. *et al.* (2008), « A Pilot Study of How Information and Communication Technology May Contribute to Health Promotion Among Elderly Spousal Carers in Norway », *Health and Social Care in the Community*, vol. 16, n° 1, pp. 75-85, *http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2524.2007.00725.x/pdf*, consulté le 21 octobre 2010.

Thorpe, K.E. et D.H. Howard (2006), « The Rise in Spending among Medicare Beneficiaries: The Role of Chronic Disease Prevalence and Changes in Treatment Intensity », *Health Affairs*, vol. 25, n° 5, pp. 378-388, *http://content.healthaffairs.org/content/25/5/w378.full.pdf+html*.

Trydegård, G.B. (2003), « Swedish Care Reforms in the 1990s. A First Evaluation of their Consequences for the Elderly People », RFAS 4, pp. 443-460, *www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rfas200304-art14-uk.pdf*, consulté le 24 novembre 2010.

Tsutsui, T. et N. Muramatsu (2007), « Japan's Universal Long-term Care System Reform of 2005: Containing Costs and Realising a Vision », *Journal of American Geriatric Society*, vol. 55, pp. 1458-1463, *http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-5415.2007.01281.x/pdf*.

Valkila, N. et A. Saari (2010), « The Productivity Impact of the Voice Link between Elderly and Nurses: An Assisted Living Facility Pilot », *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T4H-506YWTR-1&_user=946274&_coverDate=06 %2F02 %2F2010&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_origin=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_acct=C000049020&_version=1&_urlVersion=0&_userid=946274&md5=d4f5edd282642c86312b94e0a3d7881f&searchtype=a*, consulté le 21 octobre 2010.

Viita, A.M. (2010), « Introducing Consumer Choice in the Delivery of Long-term Care. Experiences from Voucher Systems in Denmark, Finland and Sweden », Mémoire de maîtrise, Programme sur l'économie de la santé 2009-10, Université de York.

Vimarlund, V. et N.G. Olve (2005), « Economic Analyses for ICT in Elderly Healthcare: Questions and Challenges », vol. 11, n° 4, pp. 309-321, *http://jhi.sagepub.com/content/11/4/309.full.pdf+html*, consulté le 21 octobre 2010.

Volk, R. et T. Laukkanen (2007), « Palvelusetelin käyttö kunnissa », Rapports du ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2007-38, Helsinki, *www.stm.fi/julkaisut/selvityksia-sarja/nayta/_julkaisu/1064619#fi*.

Wiener, J. *et al.* (2009), « Why Are Nursing Home Utilization Rates Declining ? », Real Choice System Change Grant Program, ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, Centres for Medicare & Medicaid Services, *www.hcbs.org/files/160/7990/SCGNursing.pdf*, consulté le 26 octobre 2010.

Zhang, N.J. *et al.* (2008), « Has the Medicare Prospective Payment System Led to Increased Nursing Home Efficiency ? », *Health Services Research*, vol. 43, n° 3, pp. 1043-106, *http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6773.2007.00798.x/pdf*.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES

L'OCDE est un forum unique en son genre où les gouvernements oeuvrent ensemble pour relever les défis économiques, sociaux et environnementaux que pose la mondialisation. L'OCDE est aussi à l'avant-garde des efforts entrepris pour comprendre les évolutions du monde actuel et les préoccupations qu'elles font naître. Elle aide les gouvernements à faire face à des situations nouvelles en examinant des thèmes tels que le gouvernement d'entreprise, l'économie de l'information et les défis posés par le vieillissement de la population. L'Organisation offre aux gouvernements un cadre leur permettant de comparer leurs expériences en matière de politiques, de chercher des réponses à des problèmes communs, d'identifier les bonnes pratiques et de travailler à la coordination des politiques nationales et internationales.

Les pays membres de l'OCDE sont : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Chili, la Corée, le Danemark, l'Espagne, l'Estonie, les États-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Hongrie, l'Irlande, l'Islande, Israël, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République slovaque, la République tchèque, le Royaume-Uni, la Slovénie, la Suède, la Suisse et la Turquie. La Commission européenne participe aux travaux de l'OCDE.

Les Éditions OCDE assurent une large diffusion aux travaux de l'Organisation. Ces derniers comprennent les résultats de l'activité de collecte de statistiques, les travaux de recherche menés sur des questions économiques, sociales et environnementales, ainsi que les conventions, les principes directeurs et les modèles développés par les pays membres.

ÉDITIONS OCDE, 2, rue André-Pascal, 75775 PARIS CEDEX 16
(81 2011 03 2 P) ISBN 978-92-64-09776-6 – nº 58058 2011

Besoin d'aide ?

LA PRESTATION DE SERVICES ET LE FINANCEMENT DE LA DÉPENDANCE

Lorsque l'espérance de vie approche des 80 ans pour les hommes et dépasse nettement cet âge pour les femmes, la population est de plus en plus nombreuse à vouloir vivre pleinement aussi longtemps que possible. Comment l'évolution démographique et les tendances du marché du travail vont-elles peser sur l'offre potentielle de prise en charge de la famille, de l'entourage et des travailleurs ? Les finances publiques seront-elles menacées par le coût de la prise en charge future de la dépendance ? Quel équilibre doit-on rechercher entre implication privée et soutien public de cette prise en charge des soins liés à la dépendance ? Ce livre traite de ces enjeux et autres questions importantes.

TABLE DES MATIÈRES

Chapitre 1. La prise en charge de la dépendance : un secteur en expansion et des systèmes diversifiés

Chapitre 2. Prendre la mesure des défis à venir : futures tendances démographiques et coût de la prise en charge de la dépendance

Chapitre 3. Impact de la prise en charge de personnes dépendantes sur les aidants familiaux

Chapitre 4. Les mesures de soutien des aidants familiaux

Chapitre 5. Les effectifs du secteur de la dépendance : recherchés mais souvent insuffisamment reconnus

Chapitre 6. Comment préparer la main d'œuvre de demain dans le secteur de la dépendance?

Chapitre 7. Dispositifs de financement public de la dépendance dans les pays de l'OCDE

Chapitre 8. L'Assurance dépendance privée : créneau de marché ou solution pour tous ?

Chapitre 9. Quelles orientations prendre ? Contenu et viabilité financière d'une protection équitable contre les coûts de la dépendance

Chapitre 10. Peut-on optimiser les dépenses de prise en charge de la dépendance ?

« L'OMS reconnaît que les soins de longue durée représente un défi majeur pour tous les pays dans le monde, avec des implications importantes pour le développement économique et pour la santé et le bien-être des personnes âgées. Ce livre bien documenté fournit une analyse comparative des défis communs et des solutions diverses adoptées par les pays de l'OCDE pour répondre à la demande croissante de services de soins de longue durée, et plus particulièrement sur les répercussions qu'elle entraine sur le financement et le marché du travail. Ce livre fournit les données probantes nécessaires pour guider les décideurs politiques et les particuliers. »

Dr. John Beard, Directeur, Département Vieillissement et qualité de vie à l'OMS, Organisation Mondiale de la Santé

« Cet ouvrage présente des données et des renseignements inestimables concernant l'organisation et le financement des soins de longue durée dans les pays de l'OCDE. Le livre est une ressource indispensable pour quiconque s'intéresse aux soins de longue durée sur la scène internationale. »

Dr. Joshua M. Wiener, Distinguished Fellow and Program Director of RTI's Aging, Disability, and Long-Term Care Program, États-Unis

www.oecd.org/sante/soinsdelonguedureе

Merci de citer cet ouvrage comme suit :

Colombo, F., et al. (2011), *Besoin d'aide ? : La prestation de services et le financement de la dépendance,* Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE.
http://dx.doi.org/10.1787/9789264097766-fr

Cet ouvrage est publié sur *OECD iLibrary*, la bibliothèque en ligne de l'OCDE, qui regroupe tous les livres, périodiques et bases de données statistiques de l'Organisation. Rendez-vous sur le site ***www.oecd-ilibrary.org*** et n'hésitez pas à nous contacter pour plus d'informations.

éditionsOCDE
www.oecd.org/editions

Avec l'assistance financière de l'Union Européenne

ISBN 978-92-64-09777-3
81 2011 03 2 P

9 789264 097773