



PREMIER MINISTRE



Paris, le 28 juin 2011

Présentation du Rapport

«Les défis de l'accompagnement du grand âge.
Perspectives internationales pour éclairer le débat national »
Rapport du Centre d'analyse stratégique, en collaboration avec la DRESS
(coordonné par Virginie Gimbert et Guillaume Malochet)

Mardi 28 juin 2011

par Vincent Chriqui,
Directeur général du Centre d'analyse stratégique

Seul le prononcé fait foi

I. ÉLÉMENTS DE CADRAGE

1. L'actualité sociale du premier semestre 2011 a été largement marquée par le débat national sur la dépendance.

À la demande du Premier Ministre, dans le cadre de ce débat, le Centre d'analyse stratégique propose aujourd'hui un travail original de comparaison internationale. Alors que les différents groupes de travail ont rendu leurs rapports la semaine dernière, le rapport que nous publions

aujourd'hui permet de **replacer les débats sur le système national dans une perspective comparée**. Il propose une analyse des systèmes de prise en charge de la dépendance dans 6 pays de l'Union européenne (Allemagne, Danemark, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède) ainsi qu'aux États-Unis et au Japon.

Ce rapport a été réalisé par le Centre d'analyse stratégique, en collaboration avec la DREES : il a bénéficié de la participation d'experts de l'OCDE pour les aspects relatifs au financement et de l'expertise des conseillers sociaux des ambassades des pays étudiés.

2. D'emblée, il faut dire que l'exercice de comparaison est particulièrement délicat tant les systèmes nationaux de prise en charge de la perte d'autonomie sont hétérogènes :

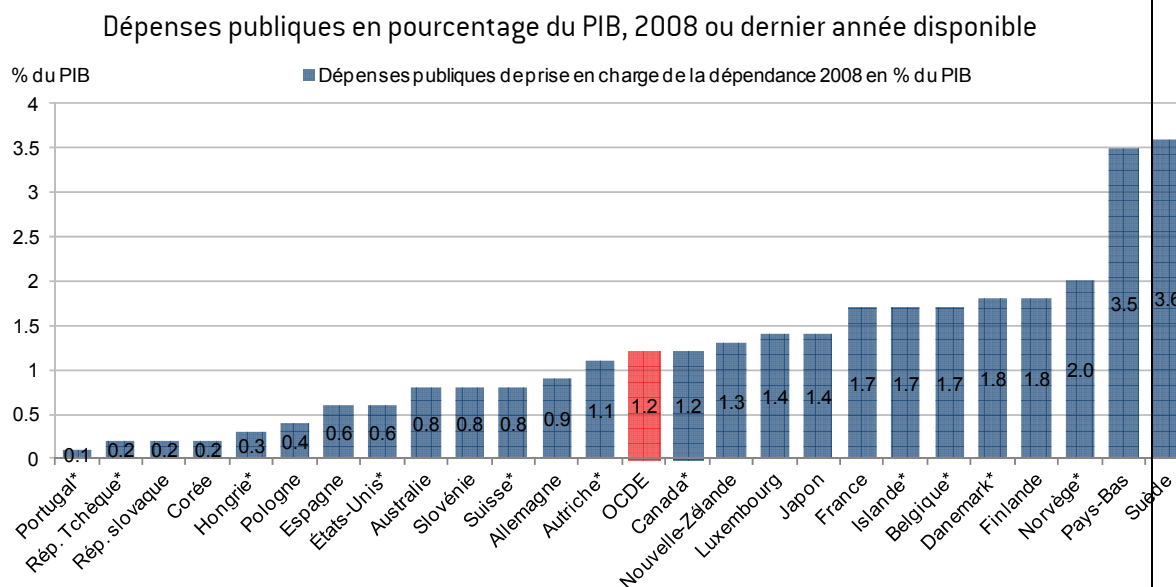
- Les termes employés ne sont pas les mêmes partout. En France, on parle de « dépendance » pour désigner la perte d'autonomie des personnes de plus de 60 ans alors que de nombreux pays ne retiennent pas de critère d'âge et n'opèrent ainsi aucune coupure avec le champ du handicap : les « soins de long terme » sont destinés à l'ensemble des personnes ayant des pertes d'autonomie.

- **Les systèmes de prise en charge sont relativement récents** et sont donc encore peu stabilisés : à part les pays nordiques et les Pays-Bas qui se sont dotés d'un système avant les années 1960, il faut attendre les années 1990 pour les autres pays : par exemple, l'Allemagne se dote d'un système d'assurance dépendance en 1995.

- **L'organisation de la prise en charge de ces personnes varie considérablement d'un pays à l'autre**. Cela renvoie à des raisons culturelles, à des représentations collectives (notamment quant au rôle assuré par la famille et les pouvoirs publics), à des modes d'organisation concrète très distinctes.

- **L'effort public consacré à la dépendance varie significativement d'un pays à l'autre de l'OCDE** : pour une moyenne d'environ 1,2 % du PIB (établie à partir de 25 pays de l'OCDE), la France se situe à 1,7 % de PIB en 2010, tandis que pour la Suède, on atteint 3,5 %. Il convient là encore de redire que la comparaison de tels chiffres est particulièrement délicate.

Graphique - Dépenses publiques de prise en charge des soins liés à la dépendance dans la zone OCDE



Note : En vue d'élaborer des comparaisons internationales, les chiffres pour la France ne correspondent pas à ceux des Comptes nationaux : ils incluent dans les dépenses totales de santé liées à la dépendance certaines dépenses médico-sociales, ainsi que les dépenses en faveur des enfants et adultes handicapés hébergés en établissement. 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 et n'incluent pas les dépenses de longue durée à caractère social. Les données relatives à l'Islande et aux États-Unis se rapportent uniquement aux soins de longue durée dispensés en établissement.

Source : Éco-Santé OCDE 2010.

3. On peut identifier plusieurs « modèles de prise en charge » selon le rôle joué par les grands acteurs que sont l'État, la famille et l'individu

(typologie établie par Claude Martin et Blanche Le Bihan à partir des régimes d'Etat-Providence de Gosta Esping-Andersen¹ :

- le **modèle « libéral »** où les individus sont considérés comme responsables de la prise en charge de leur propre perte d'autonomie et peuvent avoir recours à des assurances privées ou à des formes de désépargne. Les plus pauvres peuvent avoir recours à un système d'assistance (exemple du Royaume-Uni et des États-Unis).
- le **modèle « familialiste »** où c'est la famille qui est responsable de la solidarité envers les aînés dépendants (avec éventuellement l'inscription, dans la loi, de l'obligation alimentaire). S'ajoutent des dispositifs souvent développés à partir du niveau local, ce qui se traduit par d'importantes inégalités territoriales en termes d'accès (exemple de l'Italie).
- le **modèle « corporatiste »** repose sur la solidarité professionnelle avec un système d'assurance sociale (financée par des cotisations et gérée de façon paritaire) qui protège

¹B. Le Bihan, C. Martin (2010), « Quelles politiques pour la dépendance en Europe ? », *Regards sur l'actualité*, n° 366 « La dépendance des personnes âgées : quelle réforme ? ». d'après : G. Esping-Andersen (1990), *Les trois mondes de l'État-providence. Essai sur le capitalisme moderne*, Paris, PUF.

contre la perte d'autonomie envisagée comme un « risque social » (exemple de l'Allemagne).

- le **modèle « social-démocrate »** où la citoyenneté offre des droits sociaux qui inclut un ensemble de services publics permettant de répondre à ses besoins en cas de perte d'autonomie. Le financement du système repose sur l'impôt, au niveau national et local, et les prestations de soins et d'aide sont délivrées en nature (exemple : Danemark, Suède et Pays-Bas).

4. Malgré l'hétérogénéité des systèmes, ils font tous face au vieillissement de leurs populations et voient le nombre de personnes dépendantes augmenter.

Même si chaque pays se caractérise par un rythme et des modalités propres de vieillissement, le constat n'en demeure pas moins le même partout : on vit de plus en plus vieux et, si le risque individuel de devenir un jour dépendant reste relativement faible, le problème de la perte d'autonomie se posera de façon plus aigüe dans les années à venir du fait des générations plus nombreuses qui arrivent au grand âge.

Cette contrainte du vieillissement se traduit par 2 principaux défis pour les systèmes :

- 1) un défi financier** : il s'agit de concilier l'objectif de maîtrise des dépenses publiques avec les exigences de protection dont doivent bénéficier les personnes âgées en perte d'autonomie.
- 2) Un défi organisationnel** : permettre une meilleure couverture des besoins de soins des personnes âgées dépendantes, en assurant à celles qui le souhaitent les conditions nécessaires à leur maintien à domicile et, aux autres, un accueil de qualité dans des structures adaptées.

Le plan du rapport reprend cette distinction :

- un chapitre est consacré aux questions de financement des systèmes de prise en charge (chapitre 2, contribution des experts de l'OCDE)
- trois chapitres portent sur les questions organisationnelles :
 - o Évaluer, compenser et prévenir la perte d'autonomie (Chapitre 3)
 - o Organiser la prise en charge à domicile et en établissement (chapitre 4)
 - o Soutenir les aidants familiaux (chapitre 5)
- un dernier chapitre présente quelques systèmes nationaux de prise en charge afin de saisir leur globalité (chapitre 6)

II. CE QUE L'ON PEUT RETENIR DE CE RAPPORT

À l'issue de ce travail de comparaison internationale, plusieurs tendances apparaissent dans la plupart des pays.

1. Concernant le financement du système :

a) le recours à l'assurance privée reste très limité, même dans les pays qui ont choisi de l'encourager comme aux États-Unis ou en France.

b) une part des dépenses reste à la charge de la personne âgée ou de sa famille dans tous les pays. Certains pays ont pourtant développé des systèmes de plafonnement de ce reste à charge (exemple du Pays-Bas, de la Suède ; au Danemark, les niveaux de prise en charge sont très modiques).

c) le financement public est largement prédominant. On distingue trois types de couverture :

- un système de couverture universelle pour tous els individus qui en ont besoins dans le cadre d'un programme unique financé par une assurance (Allemagne, Japon, Pays-Bas) ou par l'impôt (Danemark, Suède),
- un système de couverture qui fait office de filet de sécurité pour les plus démunis (Royaume-Uni, États-Unis),
- un système mixte qui combine ces différents dispositifs et financements (Italie, France).

2. Concernant les prestations :

a) les prestations délivrées le sont de plus en plus sous forme monétaire plutôt que sous la forme de services en nature. Cela permet de simplifier la gestion des services pour les pouvoirs publics, mais aussi de favoriser le libre choix de l'utilisateur et de permettre une forme de rémunération pour les aidants familiaux (on parle alors de « cash for care »). (à l'exception du Danemark qui garde des prestations entièrement en nature, mais qui offre à l'utilisateur le choix du prestataire (municipalité ou autre))

b) les prestations deviennent progressivement universelles (tout le monde a accès à une forme d'aide), **mais ciblées sur les personnes ayant les besoins les plus élevés.** Dans des contextes de restrictions budgétaires qui touchent l'ensemble des pays, on observe cette tendance au ciblage des aides vers les plus dépendants (y compris dans les pays nordiques).

c) l'accès aux prestations est conditionnée par l'évaluation de la perte d'autonomie dans l'ensemble des pays.

Deux principales méthodes d'évaluation sont mobilisées selon les pays :

- **une approche instrumentale** qui établit une liste d'activités qui ne peuvent être réalisées sans d'aide ou le soutien d'un tiers,

- et une approche qui s'appuie sur la notion de « **besoins de soins** » et qui prend mieux en compte l'environnement social et physique de la personne âgée

par exemple : en Suède, deux personnes qui ont le même degré d'autonomie (d'un point de vue instrumentale) ne verront pas leurs besoins de soins évalués au même niveau si l'une habite au deuxième étage dans un appartement avec ascenseur et si l'autre habite au deuxième sans ascenseur.

Cette pratique de l'évaluation est toujours réalisée à un niveau décentralisé, même si le poids des collectivités locales diffère d'un pays à l'autre. Il est ainsi important en Suède, au Japon, au Royaume-Uni, tandis que certains pays développent des schémas nationaux d'évaluation afin de réduire les disparités des pratiques (Allemagne, Pays-Bas).

Dans quelques pays, des prestations sont directement délivrées à l'issue de cette évaluation (Allemagne, Danemark, Italie).

Dans d'autres, des critères supplémentaires – comme **l'âge de la personne** (France, Suède, Royaume-Uni) et/ou le **niveau de ressources** (France, Pays-Bas, Royaume-Uni) – sont mobilisés pour l'attribution des prestations ou la définition du montant de la prestation.

Les niveaux de prestation sont en général définis selon des niveaux de dépendance (à l'exception de l'Italie) et varient fortement d'un pays à l'autre, renvoyant à des conceptions de prise en charge et à des modes d'organisation fortement distincts. La palette d'offre de services est également très variable d'un pays à l'autre, mais également au sein d'un même pays.

De manière plus générale, on note de **très fortes disparités entre régions, voire entre municipalités** au sein d'un même pays, du fait du rôle majeur des collectivités territoriales dans le domaine de la prise en charge des personnes dépendantes

3. Dans tous les pays, la priorité est donnée au maintien à domicile le plus longtemps possible, et, inversement, l'établissement médicalisé de long séjour fait figure de solution de dernier recours.

Cela s'explique essentiellement pour des raisons de coûts au niveau collectif et pour mieux répondre aux préférences des usagers.

MAIS cela se traduit par des organisations concrètes très différentes d'un pays à l'autre en fonction des acteurs responsables du financement et de l'organisation, en fonction du degré de développement des services d'aide à domicile, etc.

- La famille (aidants familiaux) joue un rôle prépondérant dans la majorité des pays...

- ... mais plus ou moins selon l'offre de services publics :

* Dans les pays où l'offre de services à domicile est peu développée, la famille est en première ligne. Elle peut être amenée à recourir aux travailleurs immigrés pour assurer une surveillance en continu des personnes âgées les plus dépendantes (Italie, mais aussi Autriche, Allemagne).

* Dans les pays où l'offre de services est bien structurée, la famille intervient de façon complémentaire aux pouvoirs publics (Danemark, Suède, Pays-Bas).

Les politiques de maintien au domicile s'appuient sur :

- **des politiques de structuration de l'offre de services à domicile,**
- mais aussi des politiques d'aide à l'adaptation des logements, de diversification des lieux de vie
- et de soutien aux aidants familiaux.

4. Concernant les politiques d'aide à l'adaptation des logements et sur la diversification des lieux de vie :

Les disparités entre pays apparaissent cependant très nettement selon que la question du lieu de vie est plus ou moins intégrée à une politique globale de maintien à domicile.

- **Concernant les politiques d'adaptation des logements,** des mesures spécifiques d'aides à l'adaptation des logements individuels ont été adoptées dans la plupart des pays.
- On observe également une **forte diversification des lieux de vie intermédiaires entre le domicile *stricto sensu* et l'établissement médicalisé :**

Exemples :

- ***l'habitat en communauté (cf Pays-Bas²)*** s'adresse à des personnes dont la perte d'autonomie est peu importante : dans ces structures souvent autogérées, la priorité est le ***maintien du lien social*** entre les résidents ;
- ***les résidences-services = logements indépendants qui donnent accès à une offre de services et d'aides à domicile. Exemple du Danemark (æltreboliger) :*** ces appartements sont indépendants, adaptés à des personnes âgées ayant des pertes d'autonomie. L'objectif est de favoriser l'autonomie de la personne en lui laissant son libre arbitre, tout en lui garantissant l'accès aux services pertinents si besoin (soins médicaux, aides ménagères, livraison repas, aide au lever, etc.).

Les formes de prise en charge médicalisées se sont elles aussi diversifiées, s'orientant vers des prises en charge **temporaires** pour des publics ayant un niveau faible ou moyen de dépendance (structures dites de « court séjour », hospitalisation à domicile, etc.). Dans certains pays, s'observe une certaine **spécialisation des structures d'accueil par public** (notamment pour les personnes atteintes de formes de démences). Dans de nombreux pays, le manque de places dans les structures adéquates conduit à des situations sous-optimales (prise en charge inadéquate eu égard au degré de dépendance des personnes).

² *Woongroegen* : logements indépendants, avec des activités collectives proposées dans les espaces communs ; la vie collective est envisagée comme un gage de maintien du lien social pour les résidents.

5. Le soutien aux aidants familiaux se développe et prend des formes variées

Les aidants familiaux, parmi lesquels on compte deux tiers de femmes, assurent près de 80 % des heures d'aides et de soins délivrés aux personnes âgées dépendantes (données Huber 2009 et OCDE 2011). On note un recours plus marqué à ces aidants informels dans des contextes nationaux de restrictions budgétaires, y compris dans les pays où la prise en charge formelle est la plus développée (pays nordiques, Pays-Bas).

Ainsi, depuis quelques années, le soutien aux aidants devient une des dimensions des politiques de prise en charge de la dépendance. Plus ou moins étayés selon les pays, les dispositifs de soutien sont très variés :

- formes de compensation monétaire de pertes de revenus (prestation spécifique ou part de la prestation versée à la personne aidée),
- congés (rémunérés ou non, de courte ou longue durée),

▪ **Exemple du congé payé de 3 jours par mois en Italie**, fractionnable qui répond bien aux besoins des aidants amenés à gérer des situations imprévues.

▪ **Exemple du congé de soutien familial en Allemagne (Familienpflegezeit)**: créé en 2008, il a été assoupli en mars 2011 pour permettre au salarié de diminuer son activité pour s'occuper d'un parent malade sans baisse de salaire trop conséquente et cela, pendant une période maximale de deux ans. En contrepartie, le salarié percevra un salaire réduit au moment de sa reprise d'activité à temps plein pour une durée équivalente à celle de son congé. La loi, qui entrera en vigueur en 2012, prévoit d'octroyer un prêt à taux zéro à l'employeur pour qu'il finance cette avance sur salaire.

- guichet unique d'information, interlocuteur unique (*care manager*),
- formations,
- structures de répit, etc.

L'ensemble de ces mesures s'inscrit dans des logiques de prévention des situations d'épuisement des aidants et de mauvaise prise en charge des personnes âgées, voire de maltraitance.

6. La coordination des acteurs reste un enjeu majeur des politiques de prise en charge du grand âge

Dans de nombreux pays, la figure du coordonnateur de soins (« *care manager* ») s'est imposée. La multiplication des acteurs professionnels et familiaux autour des personnes âgées dépendantes rend en effet de plus en plus nécessaires les fonctions de coordination.

Au-delà de l'appellation commune, les tâches réalisées par les « *care managers* » peuvent s'inscrire dans trois directions, non exclusives les unes des autres :

- l'évaluation des besoins de soins (Japon, Suède, Danemark),
- l'information à destination des personnes ayant un besoin d'aide lié à leur perte d'autonomie (Allemagne)

- et la coordination des divers professionnels mobilisés autour des personnes dépendantes (Royaume-Uni).

7. La prévention, un enjeu majeur pour demain ?

L'importance des politiques de prévention de la perte d'autonomie est partout reconnue.

Dans de nombreux pays, cela se traduit par la mise en place de nombreuses mesures spécifiques comme des programmes de prévention des chutes (cf exemple).

Exemple : programme OTAGO, exercices de musculation pour prévenir les chutes

(mis en place en Nouvelle-Zélande),

Dédié à la prévention des chutes des personnes âgées de plus de 65 ans, il repose sur des exercices de musculation et sur un programme de marches à l'extérieur du domicile des personnes. Ces exercices sont prescrits à chaque personne de façon adaptée à ses besoins³.

Un professionnel effectue plusieurs visites à domicile.

Les évaluations produites à ce jour sont très positives : le nombre de chutes et de blessures est réduit en moyenne de 35 %.

Toutefois, en dépit de résultats probants, ces programmes sont encore peu développés. Et, même si certains pays tentent d'introduire une démarche globale de prévention dans les schémas organisationnels de prise en charge (ex. éviter les hospitalisations peu adaptées), cela reste encore peu abouti.

Pour autant, l'ampleur des défis à venir en termes de qualité de prise en charge et de soutenabilité financière des systèmes invite les pouvoirs publics à l'anticiper, sans aucun doute en réformant les systèmes existants, mais aussi en les refondant et en donnant la priorité à la prévention de la perte d'autonomie.

³ Sur la prescription d'activités physiques dans les ordonnances médicales, cf. M.-C. Naves (2011), « Comment inciter le plus grand nombre à pratiquer un sport ou une activité physique », Note d'analyse, n°217, Centre d'analyse stratégique

PLAN DU RAPPORT

Chapitre 1. Enjeux comparés de la prise en charge des personnes âgées dépendantes

Chapitre 2. Financer les services liés à la dépendance dans les pays de l'OCDE

Chapitre 3. Évaluer, compenser et prévenir la perte d'autonomie

Chapitre 4. Organiser la prise en charge à domicile et en établissement

Chapitre 5. Soutenir les aidants familiaux

Chapitre 6. Éclairages sur quelques pays de référence

- **Contact Presse**

Centre d'analyse stratégique

Jean-Michel Roullé

Responsable de la communication

Tél. : +33 (0) 1 42 75 61 37

jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr