

**La prise en charge de la perte d'autonomie  
au grand âge**

**en France et chez nos voisins européens**

**Emmanuelle BRUN, CNSA**

**Conférence « Vieillissement et dépendance : quel  
financement ? »**

**SESSION 1: Quels problèmes ? Quelles solutions ?**

**12 novembre 2008 – Université Paris Dauphine**

# Objet de l'étude

- **Thèse de Doctorat en Économie, Université Paris XI.  
Soutenue en déc. 2007**
- **Analyse des modèles européens d'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie**
- **Choix des pays :**
  - **Points communs avec la France (niveau de dévpt, taille...)**
  - **Pistes de réflexion**

**France, Allemagne, Pays-Bas (Bismarckiens)  
Suède, Royaume-Uni, Espagne (Beveridgiens)**

# Plan de l'intervention

- **Les caractéristiques macroéconomiques de la demande et de l'offre de soin de longue durée**
- **Une perception progressive du problème de la dépendance**
- **Des modèles de protection sociale qui convergent**
- **Conclusions**

# En préambule...

## Les limites aux comparaisons internationales :

- Lacunes de l'information quantitative consolidée au niveau international (OCDE...)
- Le plus souvent, on compare des éléments qui ne sont pas comparables (statistiques hétérogènes).
  - Différences entre les pays :
    - Notion de dépendance, évaluation des situations et des besoins
    - Périmètre des compétences et des « paniers » de services offerts (ex : barrière sanitaire/social)
    - Barrière de l'âge : généralement inexistante
    - Hétérogénéité des financements et complexité des circuits
    - Hétérogénéité des modes de gouvernance

# Contexte

- Des contraintes démographiques et économiques
- Contraintes démographiques
  - Personnes âgées très dépendantes : 3% en Europe
  - Arrivée massive des « papy-boomers » aux âges de la dépendance
  - Pays les plus exposés :
    - France, Allemagne, Espagne
    - Royaume-Uni, Pays-Bas
    - Suède (phénomène quasi-inexistant)
  - Réduction attendue de l'intervention des aidants familiaux
    - Transformation des modes de vie des familles (familles éclatées)
    - Augmentation des taux d'activité fémininsRelais nécessaire / services professionnels (coût)

# Contexte

- Contraintes économiques : depuis 1980, austérité budgétaire
  - détermination préalable d'une enveloppe budgétaire à ne pas dépasser pour les pouvoirs publics (pays beveridgiens)
  - tentatives de régulation des prestations de services
  - imposition d'un niveau de partage des coûts (augmentation du niveau d'effort des ménages)
  - mesures incitatives en faveur de l'aide de la famille ou des proches

# Les problèmes liés à la croissance des SLD

Pour les **pouvoirs publics**, un certain nombre de questions se posent pour l'ensemble des pays :

- Quel panier de services offrir, à domicile et en établissement, en complément de l'aide familiale ?
- Doit-on (solidairement) apporter de l'aide et des soins à toutes les personnes âgées dépendantes ou seulement aux plus gravement atteintes ?
- Qui va financer la dépendance (les personnes âgées elles-mêmes, leurs familles, l'État central, les collectivités territoriales...?)
- Quels mécanismes financiers privilégier ?

# Une perception progressive du problème de la « dépendance »

- Fin des années 1970 : la notion de soins de longue durée n'existe pas comme un risque particulier, isolé.
  - des dispositions hétérogènes pour aider les personnes âgées dépendantes sont prises dans les législations relatives aux pensions d'invalidité, au handicap, à l'assistance sociale...
- « Soins de longue durée » : reconnus **depuis peu comme un risque social majeur**
  - à partir de 1968 aux Pays-Bas
  - années 1990 dans la plupart des autres pays : nouveaux dispositifs (solidarité)

# Une perception progressive du problème de la « dépendance »

- Aujourd'hui, **consensus** (Conseil de l'Europe, Constitution européenne, OCDE...), pour reconnaître que :
  - la perte d'autonomie dans les actes de la vie courante est un **risque normal de la vie**, pouvant survenir à tout âge
  - ce risque est susceptible d'entraîner des dépenses « catastrophiques »
  - il doit bénéficier d'un certain niveau de couverture publique  
=> un **socle public universel** doit permettre de garantir à chacun de bénéficier d'un panier d'aide et de soins répondant à ses besoins.

# Le rôle de la famille et l'aide aux « aidants »

- Rôle de la famille :
  - aide familiale : plus de 2/3 du **volume total** des aides dans tous les pays
  - **soutien financier** : lié au régime de protection sociale (obligation alimentaire et recours sur succession en France, Allemagne, Espagne)
- Reconnaissance accrue du **statut d'aidant** bénévole :
  - prestations de sécurité sociale
  - droit à une formation adéquate
  - aménagement du temps de travail au sein des entreprises...

## **Le rôle de la famille et l'aide aux « aidants »**

- Budgets personnels et emploi direct d'aidants par l'utilisateur (Allemagne, R.U., Pays-Bas, Suède, France),
- Emploi des aidants informels par les collectivités locales (Suède)
- Structures de répit (Suède, France...), conseil et groupes d'aide (R.U., France...)
- Services professionnels : en partenariat avec la famille (et non pas substitutifs)

# Les aides publiques et leur modalité de mise en œuvre

- Financement public : principale source de financement
- La couverture du risque dépendance n'est en général pas complète mais **partielle** (approche forfaitaire et non indemnitaire)
- Elle intervient lorsqu'un **besoin conséquent** de soutien aux AVQ a été constaté.
- Développement des prestations versées en espèces
  - Moins importantes que les prestations en nature
  - Néanmoins préférées par les usagers (80% des cas en Allemagne)

# Recours au secteur privé pour le financement : quels enjeux ?

- Freins idéologiques : ne permet pas d'avoir recours à un périmètre de la « mutualisation » du « risque dépendance » le plus large possible
  - solidarité nationale ou professionnelle > prévoyance individuelle
  - Pb : ne pas augmenter les prélèvements sociaux
- Avantage du recours au privé : source de financement quand la marge de manœuvre budgétaire est faible

# L'assurance dépendance privée

- Le marché de l'assurance privée garde une taille restreinte en Europe (sauf en France – 2 millions) :
  - La couverture offerte est limitée à une frange étroite de population (cadres supérieurs) avec des produits encore peu attractifs
  - Coût élevé des polices et couverture très limitée (inégalité)
- Cas particulier de l'Allemagne et des Pays-Bas : le panier de soins couvert doit être le même que celui offert par l'assurance d'État

# L'« assurabilité » du risque dépendance

- **Obstacles à l'assurance du point de vue de l'offre**
  - Risque de long terme, aujourd'hui mal connu
    - besoins très individualisés, dépendants du parcours de vie et de l'environnement, grande hétérogénéité des coûts, concentrés sur un faible nombre d'individus
    - incertitudes macroéconomiques / anticipation de l'évolution des coûts salariaux de l'aide à la personne
  - Problèmes classiques d'asymétrie d'information (risque moral, sélection adverse)
- **Obstacles à l'assurance du point de vue de la demande**
  - Myopie (probabilité et ampleur du risque, coûts)
  - Contraintes de liquidité (capacité d'arbitrage intertemporel)
- **Risque d'augmentation de la dépense totale**

<b>Solidarité de territoire</b>	<b>Solidarité liée au travail</b>
<b>Systèmes d'inspiration beveridgienne</b>	<b>Systèmes d'inspiration bismarckienne</b>
<b>Suède, Royaume-Uni, Espagne</b>	<b>France, Allemagne, Pays-Bas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protection légale universelle de toute la population</li> <li>- Système de sécurité sociale unique, géré par les pouvoirs publics</li> <li>- Intervention de l'État : considérée comme un devoir, en matière de protection sociale (à des degrés variables au sein de l'Europe : dichotomie Nord/Sud)</li> <li>- L'assurance maladie publique accepte de compenser les inégalités entre les gens lorsqu'elles sont indépendantes de leur volonté (le vieillissement par exemple)</li> <li>- Solidarité nationale ou locale entre les citoyens et entre les générations (tradition de décentralisation)</li> <li>+ solidarité familiale (Sud de l'Europe)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « Assurance sociale » : protection légale socio-professionnelle</li> <li>- Principe d'une "assistance sociale" : le régime de la protection sociale implique l'existence d'une minorité d'exclus <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ besoin de "filets de sécurité" publics pour combler les éventuelles inégalités entre citoyens</li> </ul> </li> </ul>

## **Solidarité de territoire**

**Systemes d'inspiration beveridgienne  
Suède, Royaume-Uni, Espagne...**

**Modèle qui permet d'intégrer un nouveau risque par le biais de l'augmentation de la fiscalité.**

**Intégration relativement facile des soins de longue durée par le dispositif de santé publique en place.**

**Budgets à enveloppes globales attribuées aux autorités locales**

**⇒ Accès aux services étudié au cas par cas par le gestionnaire de soins ("*care manager*"), au niveau local**

**⇒ orientations définies au plan national**

**Critères stricts / revenu ; contribution de la PA proportionnelle à ses ressources et au coût du "panier de services"**

**Barème de référence établi par municipalités ou autorités locales**

## **Solidarité liée au travail**

### **Systèmes d'inspiration bismarckienne France, Allemagne, Pays-Bas...**

**La part médicalisée des soins revient au régime d'assurance maladie en place tandis que, les services d'aide à la personne sont gérés par des instances publiques au niveau local**

**Il a fallu imaginer d'autres sources de financement pour le nouveau risque « dépendance »**

⇒ **Exemple : Création d'un régime d'assurance sociale explicite pour les soins de longue durée (création d'une nouvelle branche au sein du système de protection sociale) : en Allemagne en 1994, => CNSA en France en 2004.**

**Allemagne : assurance soins de longue durée, complétée par l'aide sociale, ciblée sur les populations les plus pauvres.**

⇒ **quasiment tous les citoyens peuvent bénéficier d'une base d'assurance en cas de besoin élevé d'aides**

⇒ **guichet unique pour la délivrance des soins de longue durée**

⇒ **une couverture moins complète que pour le risque maladie : la dépendance n'est prise en charge qu'au-delà d'un seuil de "besoin élevé d'assistance" et pour un montant donné**

**Pays-Bas : l'"AWBZ" couvre l'ensemble de la population contre les risques dits "catastrophiques" (qui comprennent les soins de longue durée : en institution + à domicile)**

**Prestations (définies par l'État) servies par des assurances privées, et financées par une cotisation obligatoire sur l'ensemble des revenus**

# Conclusion (1/4)

- Imprécision des données comparatives
- Contraintes économiques et démographiques & caractéristiques spécifiques du « risque dépendance »
  - ⇒ hybridation des modèles de sécurité sociale
    - délégation par l'État de la gestion d'une partie croissante des prestations et des services aux acteurs locaux

## Conclusion (2/4)

- ⇒ hybridation des modèles de sécurité sociale : une gestion difficile de la frontière entre la solidarité publique et la solidarité privée :
- ⇒ émergence d'une économie mixte :
  - on passe de 'la responsabilité de l'État' (pays du Nord) et de la 'responsabilité de la famille' (Europe du Sud et continentale) à 'une division des responsabilités entre l'État, la famille et le secteur associatif bénévole' (Baldock & Evers, 1992)
  - accent accru mis sur la responsabilité individuelle concernant sa propre existence

## Conclusion (3/4)

- Tendance récente au ciblage sur les plus dépendants (quel que soit le système de protection sociale en place) et à la défense d'une justice plus « procédurale » (pragmatisme)
- Facteur explicatif des niveaux de dépenses : avant tout des **choix politiques** (plus que la démographie)
  - ⇒ solvabiliser la perte d'autonomie relève d'un choix de société
  - ⇒ dépend de là où on « place le curseur »
- Ce choix de société n'est pas tout à fait tranché, dans aucun des pays :
  - ⇒ dispositifs voués à **combler les lacunes** des systèmes existants

## Conclusion (4/4)

- Tension entre :
    - objectifs de liberté de choix, d'efficacité et d'équité de la politique d'allocation des ressources (ciblage)  
et
    - objectif d'égalité de traitement des citoyens
- ⇒ ce dernier objectif reste prioritaire en Suède et dans les pays d'inspiration bismarckienne
- ⇒ nécessité de concilier gestion de proximité *ET* égalité de traitement entre citoyens et sur le territoire

**Merci de votre attention**

[emmanuelle.brun@cnsa.fr](mailto:emmanuelle.brun@cnsa.fr)



	Financement	Montant des prestations	Participation des assurés	Nature des prestations	Soutien à l'aide informelle
<b>Allemagne</b>	Cotisation (1,7% également répartie entre employeurs et employés) + suppression jour férié	De 205 à 1432 euros	Complément + hébergement + nourriture	Libre choix, en nature ou en espèces (dans 75% des cas)	Allocation
<b>Espagne (SND)</b>	Non contributif, Etat		Proportionnelle à la capacité de financement (revenu et patrimoine)	Fonction du plan d'aide et de l'opérateur (public ou privé)	Rémunération, incitation fiscale
<b>France</b>	Hausse prélèvements + suppression jour férié	Montant moyen : A domicile ; 479 euros/mois En établissement 405 euros/mois	(0 si revenus < 0,67 MTP, entre 0 et 90% si revenus > 2,67 MTP, 90% si revenus > 2,67 MTP)	Nature ou espèces	APA en espèces
<b>Japon</b>	Majoration des cotisations maladie entre 40 et 64 ans (0,9 point). Cotisation sur les retraites publiques pour les plus de 65 ans.	De 570 à 3320 \$ (en 2000)	10 % du plan d'aide, plafonnée.	En nature, montant prédéfini. Choix libre mais tiers payant conditionné à la définition d'un plan d'aide.	Non
<b>Royaume-Uni</b>	Non contributif, fiscalité locale		Proportionnelle au revenu	Nature	Non
<b>Suède</b>	Non contributif, fiscalité locale		Proportionnelle au revenu	Nature	Non
<b>USA</b>	Non contributif		-	Nature	Non