

Dépenses de soins de longue durée

Au cours des dernières décennies, les dépenses de soins de longue durée ont augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE, et cette tendance devrait se poursuivre dans les années à venir, dès lors que le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre des personnes nécessitant une prise en charge médico-sociale permanente, que l'augmentation des revenus suscite de fortes attentes en termes de qualité de vie pendant la vieillesse, que l'offre de soins informels risque de diminuer et que des gains de productivité sont difficiles à réaliser dans un tel secteur à forte intensité de main-d'œuvre (De La Maisonneuve and Oliveira Martins, 2013).

Une part significative des soins de longue durée est financée par les ressources publiques. En 2013, le total des dépenses publiques de soins de longue durée (englobant à la fois le volet santé et le volet aide sociale) s'élevait à 1.7 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE (graphique 11.21). Ce sont les Pays-Bas qui ont déployé les moyens les plus importants, les dépenses publiques en faveur des soins de longue durée étant deux fois et demie supérieures à la moyenne de l'OCDE, avec 4.3 % du PIB. À l'autre extrémité de l'échelle, la République slovaque, la Grèce, l'Estonie, la Hongrie, la République tchèque, la Pologne et Israël ont consacré moins de 0.5 % de leur PIB aux services publics de soins de longue durée. Ces disparités traduisent des différences de structure démographique mais surtout la différence entre la mise en place de systèmes formels de prise en charge de la dépendance et de dispositifs plus informels reposant essentiellement sur la prise en charge assurée par des membres de la famille non rémunérés. En dépit des problèmes de sous-déclaration, les dépenses privées de soins de longue durée jouent un rôle relativement important en Suisse (0.6 % du PIB), en Allemagne et en Belgique (0.4 %). Par rapport aux dépenses totales consacrées aux soins de longue durée (comprenant à la fois le volet santé et le volet aide sociale du secteur public et du secteur privé), les dépenses privées représentent plus du tiers aux États-Unis (43 %), en Allemagne (37 %) et en Espagne (36 %). La plus grande partie des dépenses privées correspond aux dépenses laissées à la charge des patients, étant donné que l'assurance maladie privée dédiée à la prise en charge de la dépendance ne joue un rôle important dans aucun pays.

Les délimitations entre le volet sanitaire et le volet social des dépenses de soins de longue durée ne sont pas appliquées de la même manière entre les pays : si certains incluent des composantes des soins de longue durée dans le volet santé, d'autres les considèrent comme relevant du volet social. Les Pays-Bas, la Suède, le Danemark et la Norvège consacrent plus de 2 % du PIB au volet santé des soins de longue durée, soit le double de la moyenne de l'OCDE. C'est en Finlande que la part du volet social des dépenses publiques de soins de longue durée dans le PIB est la plus élevée, à 1.6 %, contre une moyenne de 0.5 % dans les pays de l'OCDE. Les Pays-Bas et le Japon consacrent plus de 1 % de leur PIB à la prise en charge sociale de longue durée, mais cela représente moins de 0.1 % du PIB en Pologne, en Corée, en Espagne et au Luxembourg.

Les dépenses publiques allouées aux soins de longue durée ont progressé rapidement ces dernières années dans certains pays (graphique 11.22), comme en témoigne le taux de croissance annuel de 4.0 % enregistré entre 2005 et 2013 dans les pays de l'OCDE, qui est supérieur à l'augmentation des dépenses publiques de santé sur la période. La Corée et le Portugal, qui ont pris des mesures pour étendre la couverture de leurs systèmes de soins de longue durée ces dernières années, ont enregistré parmi la plus forte progression des dépenses publiques

depuis 2005, bien que les dépenses dans ces deux pays restent relativement peu élevées par rapport au PIB.

De nombreux pays de l'OCDE ont développé l'offre de services de soins à domicile afin de permettre aux personnes qui reçoivent des soins de longue durée de demeurer plus indépendantes et de rester chez elles. Entre 2005 et 2013, le taux de croissance annuel des dépenses publiques consacrées à la prise en charge à domicile a été similaire à la croissance des dépenses pour la prise en charge en établissement, soit 4.3 % par an (graphique 11.23). Cependant, la Corée, l'Estonie, le Japon et la France ont connu une hausse significative des dépenses consacrées à la prise en charge à domicile de plus de 7 % par an.

Les projections donnent à penser que les ressources publiques allouées aux soins de longue durée en proportion du PIB pourraient doubler, voire plus, d'ici 2060 (Colombo et al., 2011 ; De La Maisonneuve et Oliveira Martins, 2013). L'un des plus grands défis auxquels seront confrontés de nombreux pays de l'OCDE à l'avenir consistera à trouver le juste équilibre entre une protection adaptée en matière de dépendance et la viabilité budgétaire de cette protection à long terme.

Définition et comparabilité

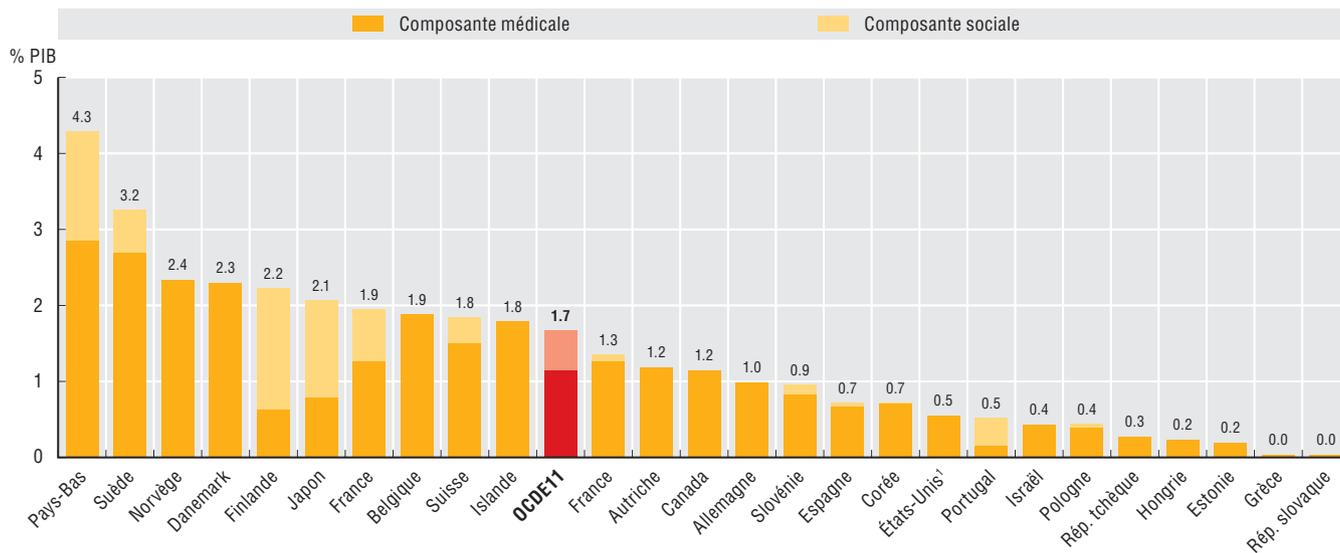
Les dépenses de prise en charge de la dépendance englobent les services de santé et d'aide sociale fournis aux individus qui souffrent de maladies chroniques et d'incapacités, et qui ont un besoin continu de soins. Conformément au Système de comptes de la santé, le volet sanitaire des dépenses de soins de longue durée comprend les soins infirmiers et les services à la personne (c'est-à-dire l'aide aux activités de la vie quotidienne – AVQ). Il englobe les soins palliatifs et la prise en charge en établissement de long séjour ou à domicile. Le volet social des dépenses de soins de longue durée couvre principalement l'aide aux activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ). Les pratiques nationales de comptabilisation des dépenses de soins de longue durée entre le volet sanitaire et le volet social peuvent toutefois s'éloigner de ces définitions. Les dépenses publiques de soins de longue durée sont plus adaptées aux comparaisons internationales car on observe des écarts importants dans la déclaration des dépenses privées d'un pays de l'OCDE à l'autre.

Les données pour les États-Unis font référence uniquement aux soins en établissements, et sous-estiment donc le montant total des dépenses publiques en services de soins de longue-durée.

Références

- Colombo, F. et al. (2011), *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Éditions OCDE, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097766-fr>.
- De La Maisonneuve, C. et J.O. Martins (2013), « Dépenses publiques de soins de santé et de soins de longue durée: Une nouvelle série de projections », *Documents d'orientation du Département des affaires économiques de l'OCDE*, n° 6, Éditions OCDE, Paris, <http://dx.doi.org/10.1787/5k44t7jrhl-fr>.

11.21. Dépenses publiques de soins de longue durée (composantes médicale et sociale), en pourcentage du PIB, 2013 (ou année la plus proche)



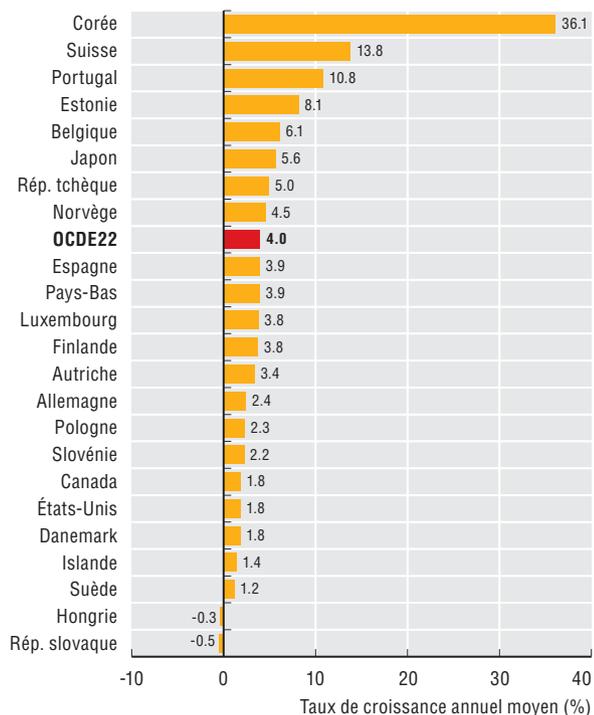
Note : La moyenne de l'OCDE inclut les 10 pays qui fournissent les composantes médicale et sociale.

1. Les données pour les États-Unis se réfèrent aux soins en établissements de long séjour.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933282386>

11.22. Taux de croissance des dépenses publiques liées aux services de soins de longue durée (santé et social), en termes réels, 2000-13 (ou année la plus proche)

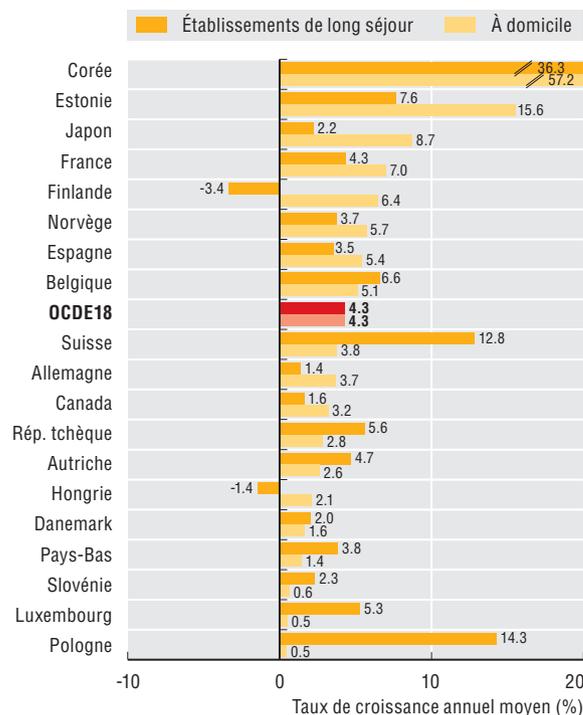


Note : La moyenne de l'OCDE exclut la Corée (en raison d'un taux de croissance très élevé).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933282386>

11.23. Taux de croissance des dépenses publiques liées aux services de soins de longue durée (santé) par emplacement, en termes réels, 2005-13 (ou année la plus proche)

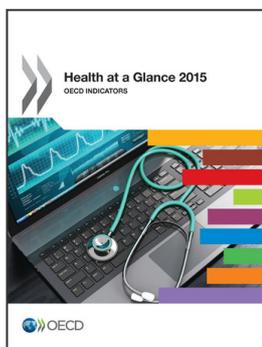


Note : La moyenne de l'OCDE exclut la Corée (en raison d'un taux de croissance très élevé).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933282386>

Informations sur les données concernant Israël : <http://oe.cd/israel-disclaimer>



Extrait de :
Health at a Glance 2015
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2015), « Dépenses de soins de longue durée », dans *Health at a Glance 2015 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-79-fr

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

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.