

8. SOINS DE LONGUE DURÉE

8.8. Dépenses de soins de longue durée

Ces dernières décennies, les dépenses de soins de longue durée ont progressé dans la plupart des pays de l'OCDE, et devraient encore augmenter dans les années à venir du fait du vieillissement de la population et de l'accroissement du nombre de personnes ayant un besoin continu de services de santé et d'aide sociale. La prise en charge de longue durée est à cheval sur les deux domaines des soins de santé et des services sociaux. Pour les comparaisons internationales, la partie de cette prise en charge qui est considérée comme étant du ressort de la santé englobe les soins médicaux et les aides pour les activités de la vie quotidienne comme s'alimenter, s'habiller et se laver. Les dépenses sociales comprennent, quant à elles, les services visant à aider les personnes à vivre de manière aussi indépendante que possible (c'est-à-dire les aides pour les services d'hébergement ou l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne telles que la préparation des repas ou la gestion des finances personnelles).

Une part significative des dépenses de soins de longue durée est financée par des deniers publics. Ces dépenses publiques conviennent mieux aux comparaisons internationales, car on observe de forts écarts dans la déclaration des dépenses privées d'un pays à l'autre. En 2009, les dépenses publiques de prise en charge des soins de longue durée (volets sanitaire et social) représentaient 1.5 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE (graphique 8.8.1). Les Pays-Bas et la Suède y ont affecté plus de 3.5 % de leur PIB, tandis que la Corée, l'Estonie, la Hongrie, le Mexique, la Pologne, le Portugal, la République slovaque et la République tchèque y consacraient moins de 0.5 % de leur PIB. Ces disparités traduisent non seulement des différences de structure démographique mais aussi des différences de développement des programmes de prise en charge de la dépendance (par rapport à des dispositifs plus informels reposant essentiellement sur l'implication des membres de la famille).

Les dépenses privées de prise en charge de soins de longue durée, quoique sous-déclarées, jouent un rôle important en Suisse (environ 1.3 % du PIB) et aux États-Unis (environ 0.4 % du PIB).

Les délimitations internationales entre le volet sanitaire et le volet social des dépenses de soins de longue durée ne sont pas appliquées de manière stricte dans tous les pays. Il en résulte d'importants écarts, entre certains pays de l'OCDE, dans l'ampleur des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance des deux volets. Les Pays-Bas et la Norvège consacrent ainsi 2 % de leur PIB au volet sanitaire de cette dépense publique, alors que la moyenne avoisine 1 % du PIB. Par ailleurs, le Portugal, le Mexique et la République slovaque y affectent moins de 0.1 % de leur PIB. S'agissant des dépenses à caractère social, la Suède affiche le ratio le plus élevé – 3 % du PIB –, très au-delà de la moyenne de l'OCDE qui s'établit à 0.6 %. À l'opposé, la Pologne, le Luxembourg, l'Espagne, la Nouvelle-Zélande et la Corée indiquent dépenser moins de 0.1 % du PIB dans ce domaine.

Les ressources publiques affectées à la prise en charge de la dépendance ont rapidement progressé ces dernières années et

sont un facteur non négligeable de la croissance globale des dépenses de santé (graphique 8.8.2). La Corée et l'Espagne ont récemment mis en œuvre des mesures visant à renforcer leur dispositif de prise en charge de la dépendance, et ont affiché le taux de croissance des dépenses publiques le plus élevé dans ce domaine depuis 2000. Pour plus de la moitié des pays de l'OCDE, le volet sanitaire des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance a progressé plus vite que l'ensemble des dépenses publiques de santé (elles se situent au-dessus de la ligne oblique à 45° dans le graphique 8.8.3). Toutefois, dans d'autres pays tels que l'Australie, le Canada, les États-Unis, la Finlande et la Suède, ce volet a progressé moins vite que les dépenses publiques de santé.

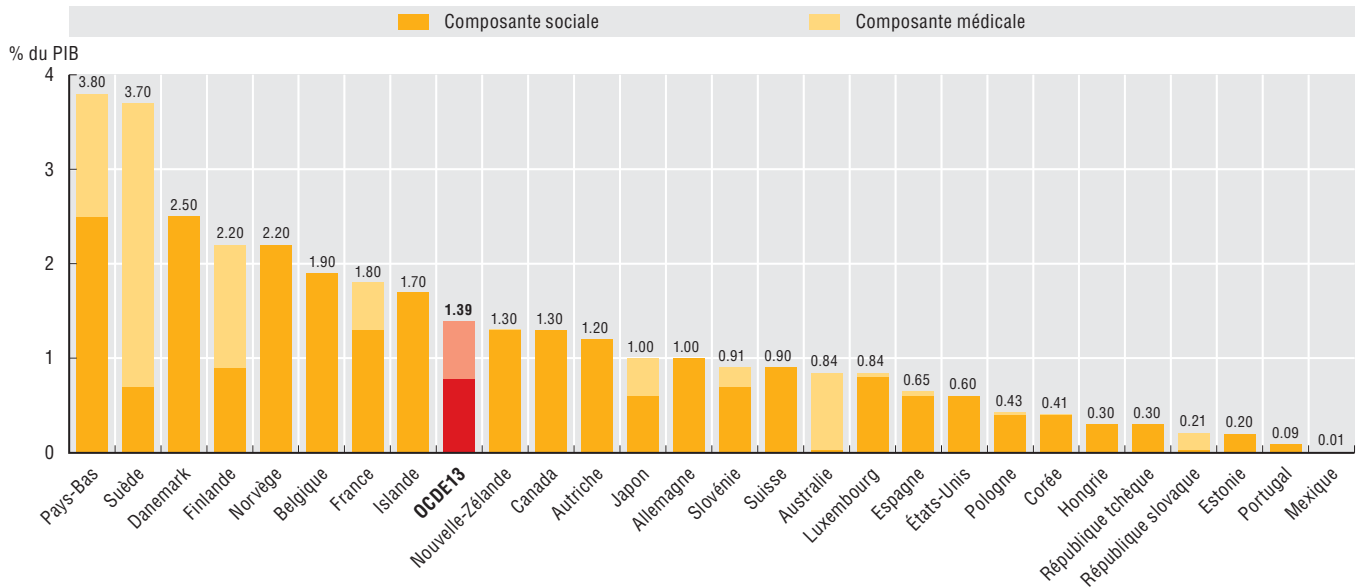
Certaines projections laissent présager au moins un doublement des dépenses publiques affectées à la prise en charge de la dépendance en part du PIB, à l'horizon 2050. Le défi consistera donc à trouver le bon équilibre entre une protection appropriée face à la dépendance et la viabilité budgétaire de cette protection sur le long terme (Colombo et al., 2011).

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 aux définitions du Système des comptes de la santé, le volet sanitaire comprend les soins de santé prodigués aux patients souffrant d'affections chroniques et assistés pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (consistant par exemple à s'alimenter, se laver et s'habiller). Il comprend les soins palliatifs et les soins de santé dispensés en établissement de long séjour, ainsi que les services de santé et d'aide à la personne assurés à domicile. Les dépenses sociales comprennent : les aides aux services d'hébergement fournies dans des formules de vie adaptées et dans d'autres types d'hébergements protégés ; l'aide à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (consistant par exemple à faire les courses, préparer les repas et gérer les finances personnelles) ; les services d'accueil de jour de type activités sociales pour personnes dépendantes ; les services de transport vers et depuis ces centres d'accueil de jour et autres services sociaux similaires. Toutefois, les données fournies par les pays sur l'affectation des dépenses au volet sanitaire ou au volet social peuvent différer de ces définitions. Selon le Système des comptes de la santé, seules les dépenses du volet sanitaire sont incluses dans les dépenses globales de santé décrites au chapitre 7.

Dans les graphiques 8.8.2 et 8.8.3, les dépenses publiques de prise en charge de la dépendance ne font référence qu'au volet sanitaire.

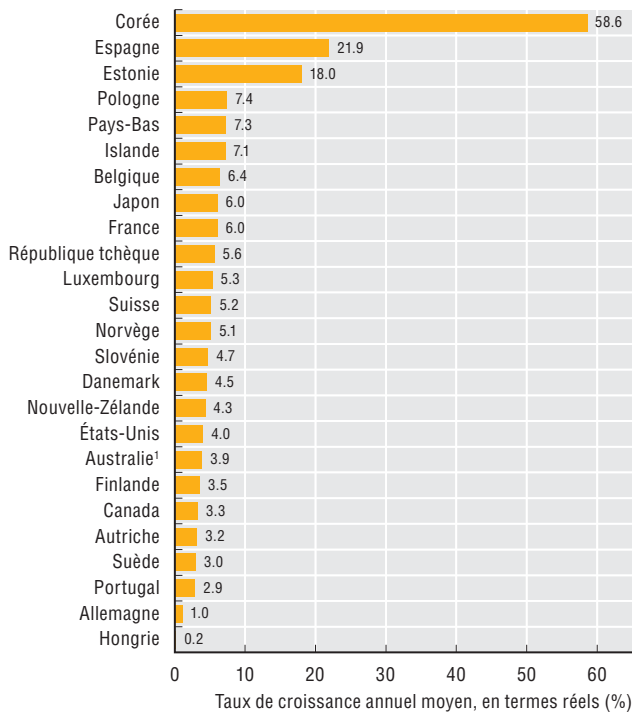
8.8.1 Dépenses publiques de soins de longue durée (composantes médicale et sociale), en pourcentage du PIB, 2009 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932531195>

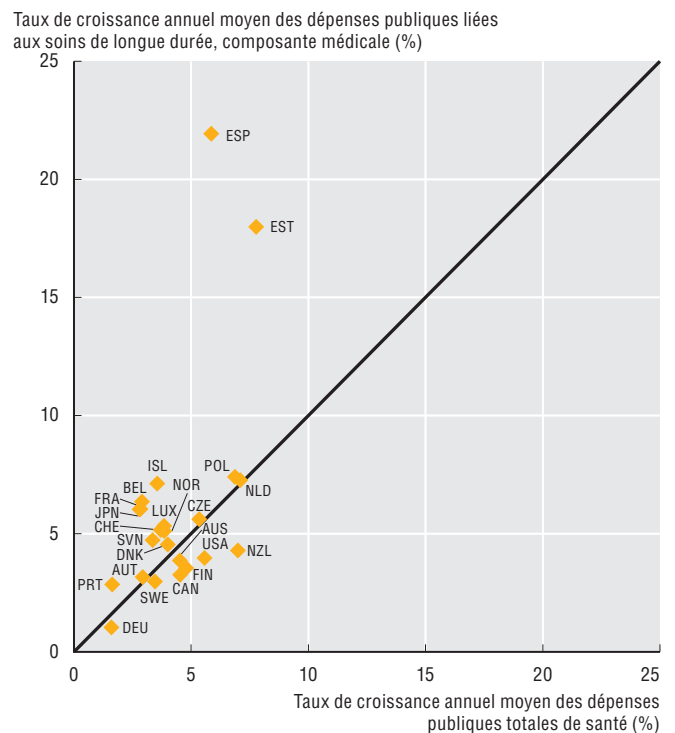
8.8.2 Taux de croissance des dépenses publiques liées aux soins de longue durée (composante médicale), 2000-09 (ou année la plus proche)



Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932531214>

8.8.3 Croissance des dépenses publiques liées aux soins de longue durée et dépenses publiques totales de santé, 2000-09 (ou année la plus proche)



Note : La Corée n'est pas incluse dans le graphique.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932531233>



Extrait de :
Health at a Glance 2011
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-en

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2011), « Dépenses de soins de longue durée », dans *Health at a Glance 2011 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2011-73-fr

Ce document, ainsi que les données et cartes 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. Des extraits de publications sont susceptibles de faire l'objet d'avertissements supplémentaires, qui sont inclus dans la version complète de la publication, disponible sous le lien fourni à cet effet.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes :
<http://www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation>.