

SOINS DE LONGUE DUREE DES PERSONNES AGEES

Par

Claude Jeanrenaud

Université de Neuchâtel, Institut de recherches économiques
Septembre 2005

Résumé

Avec l'allongement de l'espérance de vie et l'arrivée de la génération du baby-boom dans les tranches d'âge où le risque de devenir dépendant devient nettement plus élevé, la poursuite de la croissance du coût des soins de longue durée paraît inévitable. Le principal facteur d'incertitude concerne l'amélioration de la santé des personnes âgées, qui devraient pouvoir vivre plus longtemps de manière indépendante. L'étude examine le système actuel de financement ainsi que les facteurs qui détermineront l'évolution des dépenses au cours des décennies à venir. La politique de santé peut influencer sur la dynamique des dépenses en favorisant les soins à domicile ou en offrant des structures intermédiaires permettant d'éviter l'institutionnalisation. La création d'un environnement de concurrence entre les fournisseurs de soins – ou simplement l'élimination des distorsions de concurrence – devrait contribuer à réduire la hausse des coûts. La dernière partie de l'article examine une question aujourd'hui débattue dans plusieurs pays, celle de l'opportunité d'introduire une assurance spécifique des soins de longue durée pour les personnes âgées.

Keywords : Aging, Long Term Care Financing, Home Care, Nursing Home

Sur mandat de la Commission pour les questions conjoncturelles
dans le cadre de son Rapport annuel 2005

Introduction

De 2000 à 2030, en Suisse, l'espérance de vie à 60 ans passera de 20,7 à 22,1 ans pour les hommes et de 25,1 à 26,7 ans pour les femmes. L'effet de l'allongement de la durée de vie sur la proportion de personnes très âgées viendra encore accentuer les conséquences de l'arrivée de la génération du baby-boom à l'âge de la retraite. Ainsi, le nombre de personnes en état de dépendance, ayant de manière durable besoin de soins et d'assistance pour accomplir les tâches de la vie quotidienne, devrait croître fortement d'ici 2030. L'ampleur du phénomène est cependant incertaine, car il est malaisé de prévoir l'évolution de la santé et les besoins d'assistance des personnes âgées au cours des prochaines décennies.

Les personnes de plus de 80 ans forment la majorité de la population nécessitant des soins et une assistance régulière. Sur les 76 000 personnes âgées qui séjournent dans un établissement médicosocial, près de 80% ont plus de 80 ans; ce sont surtout des femmes. La population âgée reste toutefois très largement autonome : dans la tranche des 65 à 79 ans, 94% sont autonomes et 6% nécessitent des soins; au-delà de 80 ans, environ trois personnes sur quatre sont autonomes tandis qu'un quart nécessite des soins et une assistance (Höpflinger et Hugentobler 2003).

Les soins de longue durée comprennent à la fois des prestations médicales et d'autres services visant à aider les personnes concernées dans les tâches quotidiennes qu'elles ne peuvent plus accomplir seules. Traditionnellement, l'assistance aux personnes âgées était fournie par les proches, sans charge pour le budget de l'Etat. Des changements sociaux ou l'évolution des structures familiales – augmentation de la proportion de personnes vivant seules, élévation du taux d'occupation des femmes, dispersion géographique des familles – font que la probabilité de devoir recourir à une aide formelle – soins à domicile ou séjour dans un établissement médicosocial – s'est considérablement accru.

Le coût des soins de longue durée est important et constitue une lourde charge, tant pour l'Etat que pour les ménages. En 2003, il a atteint 7,2 milliards de francs, soit 14,5% de l'ensemble des dépenses du système de santé. Ce montant n'inclut pas les soins informels fournis par la famille ou des bénévoles. De 1995 à 2003, les dépenses pour les soins de longue durée ont augmenté plus vite que l'ensemble des dépenses de santé. La dynamique des besoins due au vieillissement n'est qu'un des facteurs explicatifs. L'entrée en vigueur de la nouvelle loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal, 1996) a sans doute provoqué un effet de rattrapage. Depuis cette date, en effet, les établissements médicosociaux (EMS) et les soins à domicile (SAD) sont reconnus comme fournisseurs de soins et l'assurance maladie prend en charge les mêmes prestations que lors du traitement ambulatoire. Il est probable que les dépenses pour les soins de longue durée vont continuer de croître plus rapidement que les dépenses de santé en général, et ce pendant plusieurs décennies. Selon une récente estimation, le coût des soins de longue durée devrait augmenter de 130% en francs constants entre 2001 et 2030, passant de 1,5% à 2,7% du PIB (IRER/OBSAN 2004). A noter que la croissance prévue dans les pays de l'OCDE est encore un peu plus forte : un doublement de la part au PIB est envisagé (Bains et Oxley 2004). En comparaison internationale, la Suisse se trouve à mi-chemin entre les pays où les dépenses sont très élevées (Norvège, Pays-Bas, Danemark) et ceux où elles sont plus modestes (Italie, France, Japon).

Le niveau élevé des coûts s'explique par le grand nombre de personnes qui ne sont plus à même de vivre au quotidien d'une manière autonome (195 400 reçoivent des soins à domicile, près de 80 000 vivent dans un EMS), par le besoin important d'assistance et par les caractéristiques techniques du service (forte intensité en travail, difficulté de réaliser des gains de productivité). Contribuent également à la hausse des coûts le fonctionnement défaillant du marché, le manque de concurrence, le fait que ceux qui tiennent les leviers de décision – cantons et assureurs – ne semblent pas faire de l'efficacité sur le plan des coûts

une priorité, l'absence de bons mécanismes incitatifs, le comportement des assurés (aléa moral) et le manque de structures intermédiaires entre les soins à domicile et les homes médicalisés. Les différences entre cantons dans le taux de recours aux soins stationnaires sont surprenantes et ne sauraient s'expliquer par la seule variation de l'état de santé des personnes âgées : si un peu moins de 15% des personnes de plus de 80 ans sont institutionnalisées dans le canton de Vaud, plus de 30% le sont à Glaris. Les différences observées dans la durée du séjour devraient interpeller : alors qu'en moyenne, en Suisse, un patient séjourne 2,5 années dans un EMS, dans certaines régions le séjour dure deux fois plus longtemps (Guilley 2005b et Commission technique intercantonale PLAISIR 2004).

Dans la perspective d'une gestion efficace et efficiente, les principales questions que soulèvent les soins de longue durée portent sur la substitution entre les divers types de soins (une augmentation des soins ambulatoires réduira-t-elle la demande de soins stationnaires nettement plus coûteux ?), l'adoption d'un système de financement qui responsabilise mieux les différentes parties prenantes et la mise en place de mécanismes de concurrence. Le financement des soins de longue durée représente l'un des seuls risques sociaux importants qui n'est pas bien couvert par le système d'assurances sociales. En moyenne, le séjour dans un EMS coûte plus de 70 000 francs par année (IRER/OBSAN 2004). Or, la part qui n'est pas prise en charge par le système d'aide et d'assurances sociales et qui est donc supportée par les patients est proche de 50%. A ce rythme, pour ceux qui ne touchent pas une pension élevée, le patrimoine accumulé au long de la vie est vite consommé; l'on peut se demander s'il est acceptable que celui qui a épargné doive utiliser son patrimoine – ou contracter une assurance privée – alors que celui qui a choisi de tout consommer peut compter sur le filet de la protection sociale. L'aménagement du système d'assurances – sociales et privées – pour les soins de longue durée est donc un thème important.

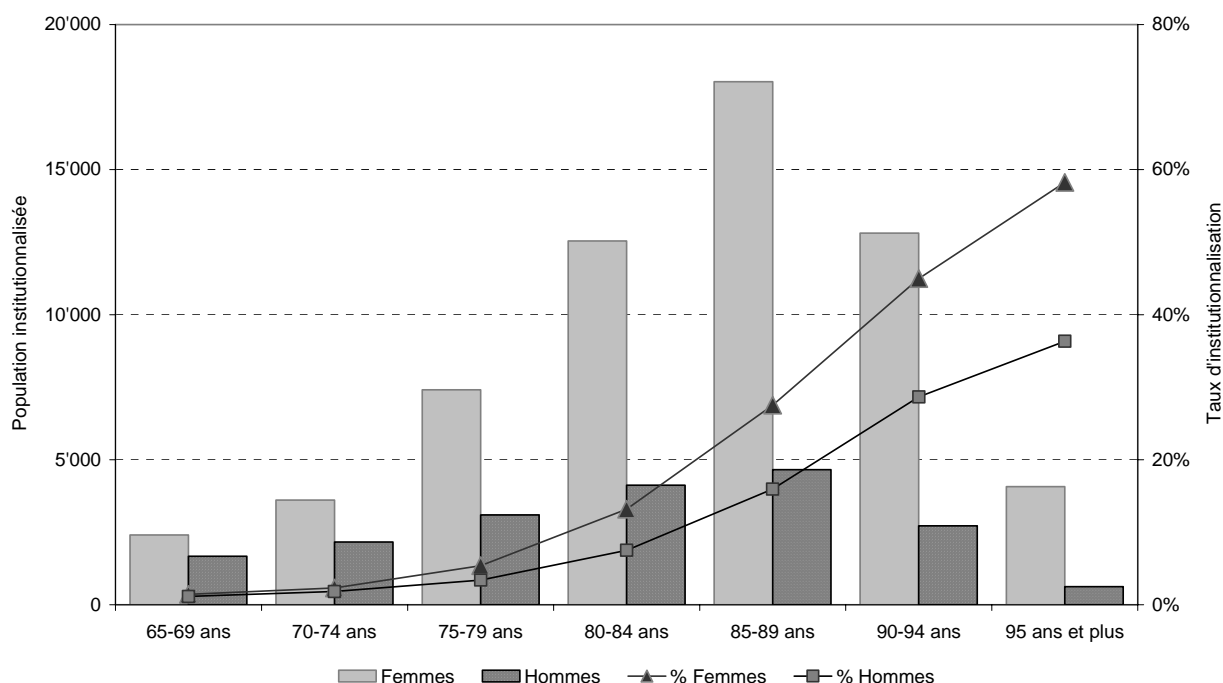
Structure et évolution des dépenses

Les soins et l'assistance peuvent être fournis par les membres de la famille, des proches ou des bénévoles (soins informels). Lorsque la famille n'est pas à même de fournir l'assistance nécessaire, les personnes dépendantes sont prises en charge par des structures professionnelles (soins formels), soit une organisation d'aide et de soins à domicile (Spitex¹) ou une institution d'hébergement (EMS).

La population institutionnalisée est composée en majorité de femmes; celles-ci constituent les trois quarts de toutes les personnes âgées séjournant en EMS. Entre 80 et 84 ans, les femmes sont trois fois plus nombreuses que les hommes à résider en EMS; le rapport croît avec l'avancement en âge. Cette différence s'explique d'abord par la surreprésentation des femmes dans ces classes d'âge puis par un taux d'institutionnalisation plus élevé. Ainsi, entre 80 et 84 ans, 27% des femmes et 16% des hommes vivent dans un EMS. L'explication est à rechercher dans le fait que les femmes vivent plus souvent seules; comme le relève Sauvain-Dugerdil (2005), la vie solitaire est une spécificité féminine : entre 75 et 79 ans, plus de la moitié des femmes ne vivant pas en institution sont seules, contre 20% des hommes.

¹ Spitex, abréviation de « *spitalexterne Hilfe und Pflege* », désigne en allemand l'Association suisse des services d'aide et de soins à domicile.

Figure 1 : Population institutionnalisée selon l'âge et le sexe, 2000



Source : OFS, Recensement de la population, exploitation spéciale.

La durée moyenne de résidence en institution diffère aussi selon le sexe. Guilley (2005b) estime la durée de séjour dans un EMS à trois ans pour les femmes et un an pour les hommes, soit 2,5 années en moyenne, les femmes formant trois quarts de la population en EMS². Cette valeur est inférieure à celle qui ressort des statistiques sur les soins de longue durée des cantons qui ont adopté l'outil d'évaluation « PLAISIR » (Vaud, Genève, Neuchâtel et Jura) : la durée moyenne du séjour écoulé à fin octobre 2004 était de 3,7 ans. La durée effective n'est pas connue, mais est évidemment plus longue (Commission technique intercantonale PLAISIR 2004).

En 2003, 195 400 personnes de plus de 65 ans ont reçu des soins à domicile, soit 77 900 dans la tranche d'âge 65-79 ans et 117 500 au-delà de 80 ans (OFAS 2004). En nombre d'emplois, en moyenne, on compte 1,4 poste (équivalents plein-temps) pour 1000 habitants, avec des différences importantes selon les cantons (de 0,8 poste à Schwytz et en Argovie à 3,4 dans le canton du Jura).

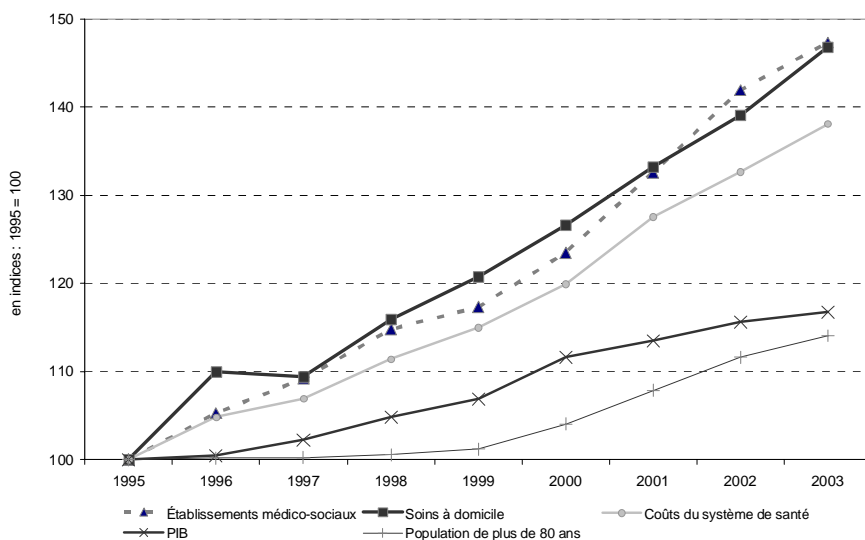
Plusieurs sources statistiques permettent d'estimer l'importance des soins informels (Enquête suisse sur la santé, Enquête suisse sur la population active), mais aucune ne fournit vraiment les informations recherchées. La valeur la plus souvent citée pour les soins prodigués au sein du ménage est de 1223 millions de francs (Schmid *et al.* 2002; Fuhrer *et*

² Les données du recensement doivent être utilisées avec quelques précautions car la question porte sur la vie en communauté et non sur les seuls séjours dans un EMS. Dans les tranches d'âge élevées, toutefois, la vie en communauté se résume essentiellement au séjour dans un EMS.

al. 2003). Ce montant englobe l'aide apportée aux personnes de 15 à 65 ans³, mais ne comprend pas les soins dispensés par des bénévoles vivant hors du ménage. L'estimation porte donc essentiellement sur les soins fournis par le conjoint. Une autre source évalue à 220 000 voire 250 000 le nombre de personnes qui prennent quotidiennement soin d'un proche. La valeur annuelle des prestations atteindrait 10 à 12 milliards (Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne 2004)⁴.

De 1995 à 2003, le coût des soins de longue durée a augmenté plus rapidement que les dépenses de santé en général. La hausse des dépenses a aussi été nettement plus rapide que celle de la population de plus de 80 ans, ce qui tend à confirmer l'hypothèse d'un effet de rattrapage au moment de l'introduction de la LAMal. Les dépenses pour les soins à domicile et les soins institutionnalisés ont évolué au même rythme.

Figure 2 : Evolution comparée du coût des soins de longue durée de 1995 à 2003



Sources : OFS (2002, 2004, 2005) et BNS (2005).

Les dépenses par tête sont plus élevées pour les soins en établissement que pour les soins à domicile, ce qui s'explique par le fait que les personnes séjournant en EMS sont en moyenne des cas plus lourds. Pour que la comparaison ait un sens, il faut qu'elle porte sur des cas de même gravité. Une étude canadienne a montré qu'une économie de 25% à 60% peut être obtenue en substituant des soins à domicile aux soins en établissement lorsque le type de soins et le niveau d'assistance requis sont constants (Hollander 1999).

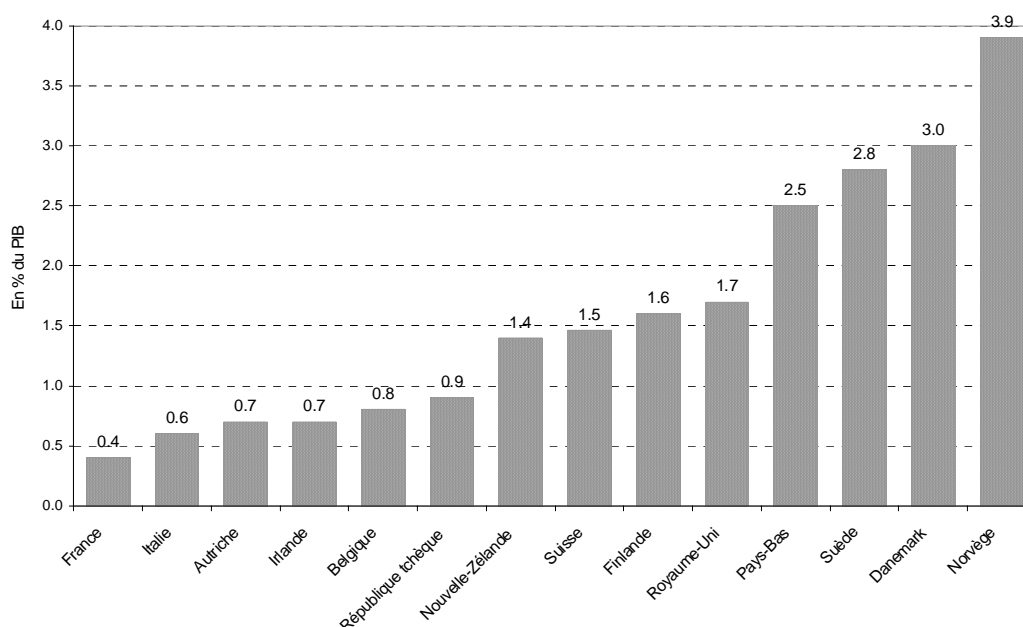
³ Les personnes de plus de 65 ans recevant des soins informels représentent 34% du total. En nombre d'heures, toutefois, les soins aux personnes âgées représentent sans doute un pourcentage plus élevé (OFS 2001).

⁴ En utilisant la méthode du coût d'opportunité pour évaluer ces prestations non marchandes, cela correspond à quatre heures de travail par jour en moyenne.

Comparaison internationale

De nombreux facteurs expliquent les écarts observés entre pays dans les dépenses pour les soins de longue durée aux personnes âgées, en particulier le nombre de personnes très âgées⁵, la proportion de personnes âgées vivant seules, le taux d'activité des femmes – qui détermine leur capacité à fournir des soins informels – et la politique mise en œuvre par les gouvernements (services disponibles, mode de financement). En Suisse, au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande, une partie au moins des prestations est fournie sous condition de ressources; en Suède et au Danemark, les services sont gratuits et financés par l'impôt, alors qu'en Allemagne, le coût des prestations est couvert par une assurance sociale de soins (Karlsson *et al.* 2004).

Figure 3 : Comparaison des dépenses pour les soins de longue durée, en % du PIB, 2003

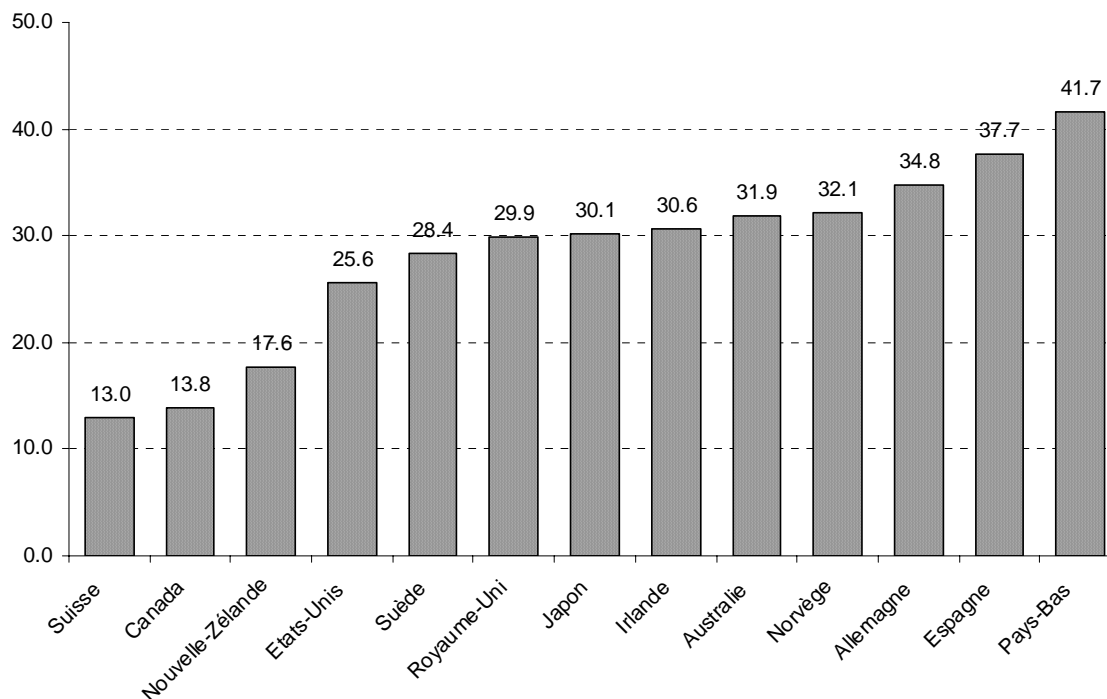


Sources : Bains et Oxley (2004) et EPC (2001).

Les études empiriques ne permettent pas de conclure de manière définitive à un effet de substitution entre soins ambulatoires et soins stationnaires. Une étude (OBSAN/IRER à paraître) met cependant en évidence un lien négatif entre le recours aux soins à domicile et la population institutionnalisée. L'augmentation de l'offre de soins ambulatoires devrait donc permettre de réduire les séjours en EMS, beaucoup plus coûteux. Il ressort que parmi les pays pour lesquels on dispose de données, la Suisse est celui qui consacre la plus faible part des ressources aux soins ambulatoires et la part la plus élevée aux soins en institution. Cette stratégie semble peu rationnelle du point de vue économique puisque, d'une part, les personnes âgées souhaitent rester indépendantes et, d'autre part, les soins à domicile sont moins coûteux.

⁵ La croissance de ce groupe de population est très variable selon les pays : pour la période 1960-2040, la croissance de l'effectif des plus de 80 ans est évaluée à 400% en Suisse, 600% en Finlande, 800% aux Etats-Unis et 1300% au Japon (Royal Commission on Long Term Care 1999).

Figure 4 : Part des soins à domicile dans les dépenses totales pour les soins de longue durée, en %, 2000



Source : OCDE (2005).

Financement

Les soins de longue durée comprennent quatre catégories de prestations : soins de traitement (prestations médicales), soins de base (prestations non médicales destinées à compenser les effets du handicap), aide familiale (soins à domicile) et hébergement (EMS).

Depuis l'entrée en vigueur de la LAMal (1996), les soins de longue durée proprement dits (deux premières catégories de prestations) sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, qu'ils soient fournis dans un hôpital, dans un EMS ou à domicile. L'assurance maladie couvre aussi bien les frais de diagnostic et de traitement que l'aide apportée aux personnes dont l'autonomie est réduite afin qu'elles puissent accomplir les tâches courantes de la vie (soins de base). Les autres prestations – aide familiale ou hébergement en EMS – sont à la charge des patients, lesquels peuvent toutefois recevoir des prestations des assurances sociales. S'ils ne disposent pas des moyens nécessaires pour payer la facture résiduelle, ils bénéficient de prestations complémentaires AVS, voire de l'aide sociale. Pour une personne à bas revenu, la plus grande partie des frais est donc financée par des contributions publiques. Le coût à la charge de l'assurance maladie se monte à 1302,1 millions – déduction faite de la franchise et du copaiement.

Tableau 1 : Répartition des coûts selon l'agent payeur et le type de soins – soins à domicile et EMS, 2001

	Soins à domicile		EMS	
	En millions	En %	En millions	En %
Amal	230.3	24.6%	1071.8	19.2%
Ménages (net)	41.1	4.4%	2640.9	47.3%
AVS*	237.2	25.3%	308.9	5.5%
Confédération**		0.0%	201.4	3.6%
Cantons et communes***	343.4	36.7%	1270.3	22.8%
Autres	83.8	9.0%	85.8	1.5%
Total	935.8	100.0%	5579.1	100.0%

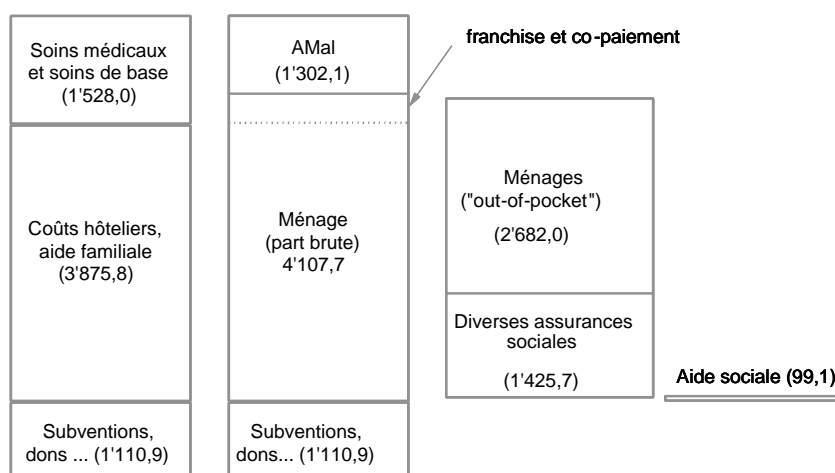
* Allocation pour impotents, subventions ** Part aux prestations complémentaires (PC)

*** Subventions, part aux PC et aide sociale.

Sources : OFSP (2004) et IRER/OBSAN (2004).

Les cantons et les communes subventionnent les soins à domicile (SAD) et les EMS. Ces contributions, auxquelles viennent s'ajouter des aides privées, permettent de réduire le coût des prestations. Environ 10% des dépenses des EMS et 60% du coût des SAD sont couverts de cette manière.

Figure 5 : Répartition des coûts selon l'agent payeur et la nature des coûts – soins à domicile et EMS, 2001



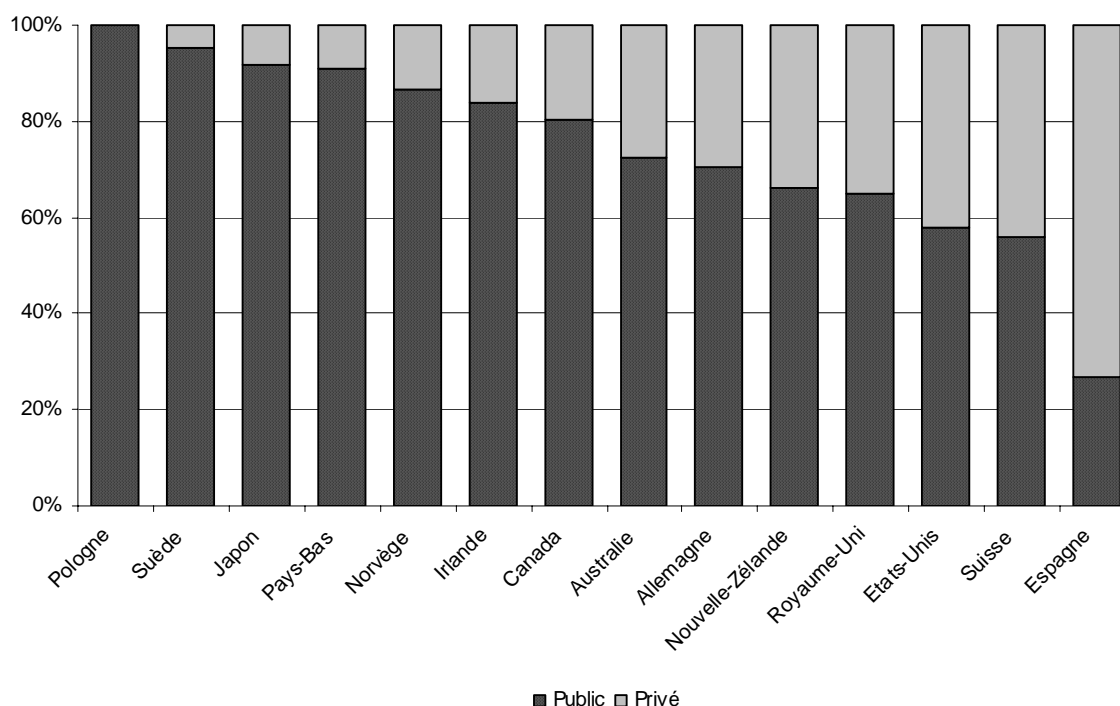
Sources : OFSP (2004) et IRER/OBSAN (2004).

Le montant brut à la charge des ménages se monte à 4107,7 millions (94,5% pour les EMS et 5,5% pour les soins à domicile). Les ménages peuvent bénéficier de contributions des assurances sociales – allocations pour impotents – et de prestations complémentaires; il leur reste une charge de 2682,0 millions. Les séjours en EMS sont fort coûteux – en moyenne 71 000 francs par année avec l'hébergement – et nombreux sont ceux qui ne disposent pas de ressources – revenu et patrimoine – suffisantes pour payer la part qui reste à leur charge. Ce sont alors les assurances sociales ou l'aide sociale qui interviennent.

C'est en Suisse, en effet, avec les Etats-Unis et l'Espagne (où le niveau des dépenses est toutefois beaucoup plus bas), que la part du financement privé est la plus forte. Le financement privé comprend la contribution des patients aux frais – elle dépend souvent du revenu et du patrimoine – et diverses aides privées. Il faut retenir que le coût (implicite) des

soins informels – qui représente une part significative de la charge des ménages – n'est pas pris en considération.

Figure 6 : Financement privé et public des soins de longue durée



Source : OCDE (2005).

Le système actuel de financement des soins de longue durée fait peser une lourde charge sur l'assurance maladie et par là sur les jeunes et les actifs. Il occasionne un transfert important entre les jeunes générations – qui doivent financer les soins de longue durée à travers des primes d'assurance maladie accrues – et les classes en âge de bénéficier des prestations. A noter que les générations de plus de 80 ans ont payé toute leur vie des primes d'assurance maladie relativement modestes.

Si les services sont fournis sans copaiements significatifs ni stricts critères d'éligibilité, il y a un risque que les intéressés demandent plus de services qu'ils n'en ont réellement besoin (aléa moral). Ainsi, ils pourraient être incités à solliciter une assistance à domicile pour éviter de faire appel à leurs proches⁶. En ce qui concerne les soins statiques, le coût subjectif élevé de la perte d'indépendance limite le risque d'aléa moral. Toutefois, le sentiment d'isolement social est une raison évoquée pour expliquer le choix de vivre dans un home. A l'opposé, le fait de détenir un patrimoine est un motif de maintien à domicile même avec un handicap important.

Un nouveau régime de financement des soins de longue durée a été présenté aux chambres fédérales (Conseil fédéral 2005). L'objectif principal est d'éviter que l'assurance maladie soit de plus en plus mise à contribution pour des soins liés au vieillissement. Le principe proposé veut que les soins de traitement continuent à être pris en charge par l'assurance maladie;

⁶ Les usagers des soins à domicile supportent une fraction négligeable des coûts (4,4% en moyenne).

pour les soins de base, par contre, celle-ci ne verserait plus qu'une participation. Pour éviter que cette mesure ne place les ménages à bas revenu (ou l'aide sociale) dans une situation difficile, il est notamment prévu de supprimer le plafond aux prestations complémentaires. Si cette proposition est adoptée, le poids financier des soins de longue durée pour les ménages à revenu moyen et élevé va encore augmenter. Globalement, la part nette des ménages au financement des soins à domicile et en établissement devrait passer de 41,1% aujourd'hui à 48,6% (Conseil fédéral 2005, annexe 1).

Prévision des dépenses

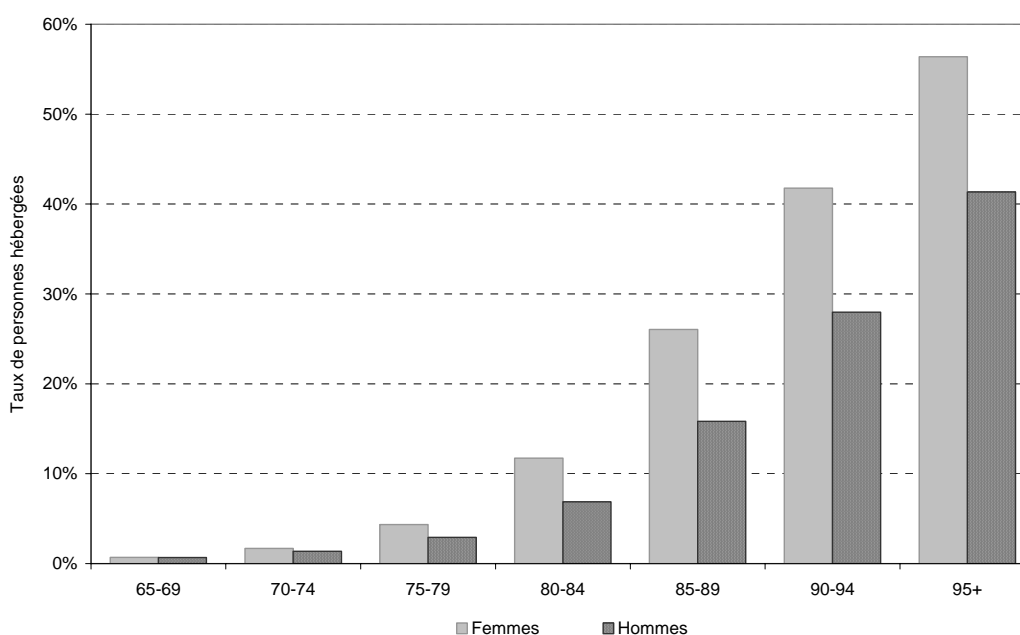
Prévoir l'évolution à long terme des soins de longue durée est un exercice difficile, car les facteurs d'influence sont nombreux et la relation entre l'âge et le niveau des dépenses, plus complexe que ne le laisse supposer le seul examen du taux d'institutionnalisation ou du profil de dépenses par classe d'âge (Bains 2003). Le fait que la prévalence de la dépendance augmente fortement avec l'âge à partir de 80 ans pourrait faire craindre une explosion des coûts, sachant que les effectifs de cette tranche d'âge vont fortement augmenter. Il y a toutefois lieu de tenir compte de l'amélioration tendancielle de la santé des personnes âgées. Ce n'est pas seulement l'espérance de vie qui augmente, mais aussi le nombre d'années que l'on peut espérer vivre sans handicap. L'examen des séries historiques fait apparaître une diminution significative de la prévalence des handicaps sévères chez les personnes de plus de 65 ans, avec un recul plus net chez les hommes que chez les femmes (Jacobzone *et al.* 1999). Pour la Suisse, Höpflinger et Hugentobler (2003) envisagent un recul de 20% de la proportion de personnes ayant besoin de soins d'ici 2020 si des mesures de prévention sont mises en œuvre. Chez les personnes plus âgées, la diminution des besoins devrait être plus modeste.

Les facteurs qui déterminent la croissance du coût des soins de longue durée sont liés à la fois à la demande et à l'offre. Jacobzone (1999) cite l'évolution de la prévalence de la dépendance parmi la population âgée, le taux d'institutionnalisation, les changements dans les modèles sociaux et les attitudes qui influencent l'offre de soins informels et, finalement, les politiques publiques.

- ◆ L'espérance de vie continue à augmenter, avec pour corollaire une proportion toujours plus élevée de personnes âgées. Pour les soins de longue durée, c'est surtout l'évolution de la population de plus de 80 ans qui est importante.
- ◆ La tendance à long terme semble être à l'amélioration de la santé des personnes âgées. Il faut s'attendre à une diminution des taux d'institutionnalisation à un âge donné. Les données sur l'évolution de la qualité de vie sont toutefois moins fiables que celles portant sur l'allongement de la durée de vie. Pour la Suisse, on observe une tendance à la réduction des incapacités à un âge donné. De 1990 à 2000, en moyenne, les hommes ont gagné environ 2,5 années sans incapacité, les femmes environ 1,5 an (Guilley 2005a). La durée de l'incapacité, qui finalement détermine le recours aux soins, a diminué de huit mois pour les hommes et d'un mois pour les femmes. Höpflinger et Hugentobler (2003) soutiennent également la thèse d'un recul de la dépendance. A l'horizon 2020, la proportion de personnes de 70 à 79 ans nécessitant des soins devrait diminuer de 20%, celle des personnes de 80 à 84 ans de 15%. Dans les tranches d'âge plus élevées, le recul se limiterait à 10%. La condition est toutefois la mise en œuvre de mesures adéquates de prévention.
- ◆ Les changements dans les modèles familiaux (augmentation des divorces et des familles sans enfants) contribuent à faire augmenter la proportion des personnes qui vivent seules après l'âge de la retraite (Wanner *et al.* 2005, Casey *et al.* 2003). Ce

phénomène est accentué par le fait que l'écart entre hommes et femmes dans l'espérance de vie à 65 ans reste élevé. Les femmes vivent beaucoup plus fréquemment seules dans un ménage; cela concerne plus de la moitié des femmes entre 75 et 79 ans et près de 70% dans la tranche 80-84 (Sauvain-Dugerdil 2005). Ce décalage explique pourquoi la population institutionnalisée est surtout formée de femmes (Figure 7). L'augmentation de la mobilité résidentielle, qui tend à éloigner les enfants de leurs parents, ainsi que la poursuite de l'augmentation du taux d'activité des femmes, seront des obstacles à la fourniture de soins informels. Il est toutefois malaisé de prévoir l'influence de ces phénomènes sur la population en institution dans la mesure où soins informels et soins formels se complètent davantage qu'ils ne se substituent les uns aux autres.

Figure 7 : Taux d'institutionnalisation selon le sexe et l'âge, 2003



Source : Statistique des hôpitaux et des établissements de soins non hospitaliers, exploitation spéciale.

- ◆ La présence de bons substituts – services d'aide à domicile efficaces ou offre de logements collectifs accrue – peut freiner l'augmentation du recours aux soins résidentiels. Une telle stratégie permettrait de réduire l'offre de prestations à coût élevé et de la remplacer par des solutions moins coûteuses. Dans la majorité des cas, les personnes préfèrent conserver une vie indépendante. Cette stratégie est donc doublement gagnante.
- ◆ L'évolution du coût relatif des soins est un autre paramètre à la fois important et difficile à prévoir. C'est d'ailleurs pour cette raison que les compagnies privées qui assurent les soins de longue durée refusent presque toujours de couvrir ce risque. Comme il s'agit d'une activité de service, où le facteur travail joue le rôle essentiel, il y a peu de place pour des gains de productivité (Baumol 1967). Il faut donc s'attendre à ce que le coût unitaire augmente plus rapidement que l'indice des prix. Par ailleurs, une forte augmentation des salaires dans ce secteur ne peut être exclue, du fait de la difficulté probable à recruter des professionnels, une part importante des travailleurs de la santé appartenant à la génération du baby-boom (Bains et Oxley 2004, Dang et

al. 2001). Dans leurs prévisions pour différents pays de l'OCDE, Bains et Oxley (2004) posent deux hypothèses : dans la première, le coût unitaire des soins de longue durée augmente proportionnellement au PIB réel par habitant; dans la seconde, il s'élève parallèlement à la hausse du PIB par personne occupée, soit au rythme de la productivité.

Les facteurs centraux dans la prévision à long terme des dépenses sont l'augmentation de la population de plus de 80 ans, l'amélioration de la santé, la substitution entre les diverses formes de soins et enfin la croissance du coût unitaire. Deux prévisions des dépenses pour les soins de longue durée ont été réalisées récemment pour la Suisse, la première par le réseau « économie » de l'Office fédéral des assurances sociales (Fuhrer *et al.* 2003), la seconde par la communauté de travail IRER/OBSAN (2004).

Les auteurs de la première prévision ont élaboré deux scénarios. Dans le premier, ils fondent la prévision sur un coût par tête et par groupe d'âge constant, l'évolution démographique étant le seul facteur déterminant. Ils admettent ainsi implicitement que le taux d'incapacité par âge restera constant sur toute la période et qu'il n'y aura pas d'amélioration de l'état de santé. Le gain d'espérance de vie se traduit alors par un allongement de la période d'incapacité où les personnes ont besoin de soins. La constance du coût unitaire réel de fourniture des soins est une autre hypothèse implicite. Enfin, il n'y a aucune substitution entre soins formels et informels, à domicile ou en institution. Selon ce scénario, les dépenses des soins de longue durée augmentent de 31,3% entre 2000 et 2020, et de 76,4% entre 2000 et 2040.

Le second scénario repose sur une distinction entre les facteurs démographiques et l'ensemble des autres facteurs agissant sur les coûts. La contribution des deux groupes à la hausse des dépenses est estimée sur la période 1995-2000, l'influence des facteurs non démographiques étant obtenue de manière résiduelle. Il apparaît que ces facteurs – dont la croissance du coût unitaire – expliquent un peu plus de la moitié (57%) de la hausse des coûts. Sur cette base, les dépenses sont extrapolées et les auteurs observent une croissance des dépenses de 83% et 208% jusqu'à 2020 et 2040 respectivement. Il y a un risque de surestimation, dans la mesure où la période qui sert de base à l'extrapolation correspond aux premières années de la nouvelle LAMal (effet de rattrapage).

La seconde prévision, effectuée par la communauté de travail IRER/OBSAN (2004) dans le cadre de travaux préparatoires au nouveau régime de financement, utilise une méthode différente. Trois groupes de facteurs sont pris en compte : l'évolution démographique, la hausse du coût unitaire et l'évolution de l'incapacité. Pour ce dernier point, les auteurs se fondent sur les prévisions de Höpflinger et Hugentobler (2003). L'augmentation du coût unitaire des soins est identique à celle observée historiquement dans le domaine de la santé (+2,6% par année entre 1980 et 2000); la hausse des coûts d'hébergement correspond à l'augmentation de la productivité (+1% par année). L'augmentation prévue des dépenses entre 2001 et 2030 est de 227%.

Assurances

Plusieurs pays, dont l'Allemagne et le Japon, ont introduit une assurance obligatoire pour les soins de longue durée. En Suisse, l'Association des petits et moyens assureurs maladie (RVK) a récemment proposé un modèle d'assurance obligatoire d'aide et de soins. Celui-ci se fonde sur une étude confiée au Centre de recherches conjoncturelles (KOF) de l'EPFL, qui pour l'instant n'a pas été publiée. Aux Etats-Unis, mais aussi en France, il existe un marché de l'assurance privée des soins, mais son développement s'est heurté à plusieurs obstacles. Aux Etats-Unis, l'assurance privée est encouragée par des incitations fiscales, alors que ce n'est pas le cas en France. Il faut noter à ce propos que ces deux pays

connaissent, comme la Suisse d'ailleurs, un système de prestations publiques sous contrainte de ressources. En d'autres termes, les assurances sociales interviennent pour couvrir les coûts à condition que les personnes ne disposent pas du revenu ou du patrimoine nécessaire. L'assurance privée est alors un moyen de protéger son patrimoine ou son niveau de vie si la personne peut retourner à son domicile après un séjour au home ou si un des conjoints vit de manière indépendante à domicile. Quelques compagnies proposent en Suisse des contrats d'assurance des soins pour personnes âgées, soit en « risque pur » soit avec d'autres prestations. Il n'existe pas d'information sur l'importance de ce marché.

L'assurance des soins de longue durée est un domaine complexe en raison de la nature des risques, de leur diversité et de la très longue période qui peut s'écouler avant que le besoin de soins ne survienne. Tous n'auront pas besoin de soins, il y a de bons et de mauvais risques. Ensuite, l'état de santé de la population évolue dans le temps avec les changements dans le mode de vie et les progrès de la médecine; il en va de même du risque d'incapacité. Quant au coût des soins, il tend à augmenter plus rapidement que l'indice des prix, sans qu'il soit possible de savoir ce qu'il sera dans vingt ou trente ans. Le dernier facteur d'incertitude est la variation du taux d'inflation. Les différences d'état de santé selon les individus sont un risque transversal qui peut être compensé en regroupant les assurés. Les autres risques sont intertemporels, ils ne se prêtent pas à la mutualisation (Assous et Mahieu 2001, Cutler 1993 et 1996).

On retrouve dans l'assurance des soins de longue durée les difficultés classiques de l'assurance. La première est l'*aléa moral*, c'est-à-dire le fait que les personnes assurées ont intérêt à surconsommer la prestation ou à ne pas prendre les mesures nécessaires pour prévenir les risques. De plus, même s'il existe des outils pour mesurer le besoin de soins, la dépendance reste une notion floue, ce qui « rend parfois délicat (en particulier pour les personnes faiblement dépendantes) le partage entre ce qui constitue un risque et doit être assuré, et ce qui peut être considéré comme un choix de vie que la personne dépendante doit assumer » (Breuil-Grenier cité par Assous et Mahieu 2001). Sans critères d'éligibilité clairs pour fixer le droit aux prestations, l'assuré pourrait requérir une assistance pour les tâches ménagères sans en avoir absolument besoin. De même, le fait que les frais de séjour sont entièrement couverts par des contributions publiques pourrait inciter des personnes non dépendantes à vivre dans un home parce qu'elles se sentent isolées. Pareillement, si les institutions disposent de places libres, elles peuvent être incitées à accepter plus facilement des cas légers, alors que les personnes concernées pourraient fort bien, compte tenu de leur incapacité, rester à domicile, séjourner dans une famille d'accueil ou dans un logement communautaire pour personnes âgées. Il existe encore d'autres formes d'aléa moral. Le fait que la personne qui nécessite des soins dispose d'un patrimoine est une raison souvent entendue pour expliquer le choix, par l'intéressé ou sa famille, de rester à domicile même avec un handicap relativement sévère. Sans patrimoine à protéger, le séjour dans un home devient une option plus acceptable. Dans la même perspective, plusieurs auteurs signalent une forme particulière de risque moral dans le domaine des soins de longue durée pour personnes âgées. Le choix du type de soins – formels ou informels, à domicile ou en institution – peut ne pas être fait par la personne dépendante, mais par ses enfants ou d'autres membres de sa famille. Les personnes âgées hésiteraient à contracter une assurance de soins parce que, préférant être soignées par leur famille, elles craignent que celle-ci hésite alors moins à les placer dans un home (voir Fenn 1999, Zweifel and Struwe 1996, Sloan et Norton 1997, Cadette 1999). Finalement, autre forme de risque moral : le comportement des cantons qui – les coûts étant essentiellement supportés par l'assurance maladie et la Confédération – ne prennent pas de mesures pour limiter l'institutionnalisation lorsqu'elle n'est pas vraiment nécessaire en offrant d'autres formes de soins moins coûteuses ou en fixant des règles d'éligibilité.

L'assurance publique est un substitut de l'assurance privée. Si le risque de dépendance est bien couvert par le système d'assurances sociales, il y a peu d'intérêt à contracter une

assurance privée. Avec le principe de prise en charge des dépenses sous contrainte de ressources (revenu ou patrimoine), les personnes à bas revenu et sans patrimoine savent que leurs dépenses seront assumées par l'Etat et, n'ayant aucune incitation à s'assurer, adoptent un comportement de passager clandestin. A l'autre extrême, ceux qui ont de hauts revenus ont peu d'intérêt à s'assurer, l'utilité attachée à la couverture du risque diminuant avec le revenu (Cutler 1996). Le potentiel de ce type d'assurance se trouve principalement dans les classes moyennes.

Assurance sociale

Une assurance sociale obligatoire pour les soins à long terme des personnes âgées est une option possible. Elle couvrirait les soins de traitement et les soins de base, que les prestations soient fournies à domicile ou en institution. Au-delà de l'âge fixé, les soins qui remplissent les critères pour être qualifiés de *longue durée* – une durée d'incapacité prévisible ou effective – sont pris en charge par l'assurance des soins de longue durée et non plus par l'assurance maladie. On peut s'interroger sur l'opportunité d'introduire une nouvelle assurance alors que les prestations visées sont aujourd'hui couvertes par l'AMal. L'argument en faveur d'une assurance de soins de longue durée pour les personnes âgées relève d'abord de l'équité entre générations : le système actuel fait peser une lourde charge sur les jeunes et les actifs et avantage les aînés qui ont payé toute leur vie des primes d'assurance maladie relativement modestes. Il y a aussi un argument éthique : on peut se demander s'il est juste et socialement acceptable qu'une personne qui a accumulé un patrimoine tout au long de sa vie doive le sacrifier pour couvrir les frais de séjour en institution, alors qu'une autre personne qui a touché le même revenu sur l'ensemble de sa vie active, mais n'a pas épargné pour sa vieillesse, peut compter sur la solidarité des contribuables. En Allemagne, parmi les raisons invoquées pour mettre en place l'assurance sur les soins de longue durée, il y a l'idée « qu'il n'est pas admissible qu'une personne âgée consacre l'intégralité de sa pension de vieillesse au financement des prestations de dépendance ou qu'elle soit obligée d'avoir recours à l'aide sociale en cas de dépendance » (Igl 1997 cité par Assous et Mahieu 2001).

Une assurance publique de soins couvre le risque intertemporel – augmentation progressive du coût des traitements, variation de l'espérance de vie à domicile – par répartition entre les classes d'âge assurées. Elle permet donc de couvrir les prestations effectives même en cas de hausse du coût des soins, puisqu'il est possible d'augmenter les cotisations. Par rapport à une assurance privée facultative, l'assurance sociale obligatoire engendre moins de frais administratifs, puisqu'elle évite les dépenses de marketing.

Une première question à poser au moment de concevoir une telle assurance concerne les risques que l'on souhaite couvrir : faut-il limiter l'assurance aux soins ou couvrir également l'hébergement ? Il faut aussi décider du critère qui permettra de séparer les soins aigus (à couvrir par l'assurance maladie) des soins de longue durée – en principe la durée des soins requis ou reçus – et de la manière dont le besoin de soins ou d'assistance sera évalué. L'assurance doit-elle être obligatoire pour tous ou, comme en Allemagne par exemple, uniquement pour les personnes dont le revenu n'atteint pas une valeur limite ? L'âge du début des cotisations – 40 ans au Japon, 50 dans le projet RVK – est-il important pour le niveau des primes ? Faut-il différencier les primes selon le niveau de risque – les femmes payeraient alors des primes nettement plus élevées que les hommes – ou appliquer un principe de solidarité ? Y a-t-il lieu d'introduire un mécanisme de réduction des primes pour les bas revenus, selon le système utilisé pour l'assurance maladie ou sous forme de bons ? Comment rendre le système concurrentiel et donc efficace : faut-il accorder aux assureurs la liberté de contracter ou laisser aux assurés la liberté de choisir le fournisseur qui leur convient ? On le voit, mettre en place une assurance sociale de soins de longue durée est un exercice relativement complexe.

Assurance privée

Les assurances privées de soins de longue durée ont vu le jour au Etats-Unis dans les années 1970 et en France à partir de la fin des années 1980. En Suisse, quelques compagnies offrent de tels produits comme complément à l'assurance maladie. Le potentiel d'une assurance privée dépend en premier lieu de la couverture offerte par l'assurance publique. En supposant que l'assurance des soins de longue durée couvre les frais liés aux soins et que l'aide sociale ne paie les frais de séjour que pour les personnes qui ne disposent pas des ressources nécessaires, l'assurance privée s'adresserait aux personnes ayant des revenus suffisants et servirait à couvrir l'hébergement.

Ce type d'assurance est confronté aux problèmes classiques de l'assurance. Il y a un déséquilibre d'information entre l'assureur et l'assuré. Une personne de 60 ans a-t-elle une meilleure information que son assureur sur le risque d'avoir un jour besoin de soins ? Sloane et Norton (1997) auraient identifié un tel phénomène d'antisélection aux Etats-Unis. Dans ce cas, le portefeuille de l'assureur contient surtout de mauvais risques, les primes sont plus élevées qu'en l'absence de ce phénomène et les bons risques sont encore moins incités à s'assurer. Assous et Mahieu (2001) doutent du réalisme de cette hypothèse et sont d'avis que l'asymétrie d'information est favorable à l'assureur. Cette thèse est assez convaincante, car il est difficile à 60 ans d'imaginer son état de santé et sa capacité à exécuter les tâches de la vie courante vingt ans plus tard.

Presque toujours, la prestation d'assurance est un montant fixe prédéterminé, versé en cas d'incapacité, et non la couverture des soins. Le risque d'une augmentation du coût des soins est laissé à l'assuré. Ce dernier a parfois la possibilité de se protéger contre l'inflation, contre une substantielle hausse de la prime. Au moment de la conclusion du contrat, l'assuré ignore quelle partie des frais effectifs sera couverte par l'assurance. Le changement dans le temps du risque général pour une classe d'assurés n'est pas couvert, puisque l'assureur, en France comme aux Etats-Unis, se réserve le droit de modifier à la hausse l'ensemble des primes d'un groupe d'assurés. Il arrive fréquemment que ceux qui ne sont plus à même de payer les primes – parce que leur situation économique s'est dégradée ou que les tarifs ont augmenté – perdent la totalité de ce qu'ils ont versé.

On constate qu'il est difficile de rendre attractive une assurance privée volontaire. Plusieurs raisons ont été évoquées pour expliquer le difficile démarrage de ce produit en France et aux Etats-Unis : la myopie des gens (on se sent peu concerné par un événement qui risque de se produire dans vingt ou quarante ans), le coût élevé de l'assurance, la difficulté de percevoir l'utilité de s'assurer contre les soins à long terme. S'assurer contre le risque de dépendance revient à se priver d'une consommation immédiate – équivalant au montant des primes – pour bénéficier d'un revenu supplémentaire en cas de dépendance. Or, réduire sa consommation quand on est en bonne santé – le revenu apporte alors une grande utilité marginale – pour bénéficier éventuellement d'un accroissement de pouvoir d'achat dans un établissement médicosocial où l'on n'est plus vraiment à même d'en profiter n'a pas grand sens (Pauly 1990).

Une assurance privée devrait être réglementée pour éviter les problèmes rencontrés avec ce type de produit. La réglementation devrait inclure les aspects suivants : droits de l'assuré dans le cas où il ne pourrait plus payer les primes, normes de qualité permettant d'améliorer la transparence des produits, clause de non-déchéance, niveau minimal de prestations pour éviter la sous-assurance (Assous et Mahieu 2001).

Une assurance publique offre par ailleurs une meilleure garantie que les prestations seront effectivement utilisées dans le but prévu et ne seront pas détournées à un autre usage.

Choix de politique

Offre de soins de longue durée

L'industrie des soins de longue durée – 1300 établissements et 700 organisations régionales de soins à domicile – fonctionne-t-elle de manière efficiente et efficace, autrement dit fournit-elle les prestations attendues au moindre coût ? L'évaluation de l'efficience technique dans ce domaine est une opération délicate en raison de la complexité des services. Chaque fournisseur a une clientèle différente, avec un degré de dépendance et un besoin de soins et d'assistance particuliers. Ses coûts sont influencés non seulement par la qualité de sa gestion mais encore par la composition des cas (« *case mix* »). Crivelli, Filippini et Lunati (2001) ont analysé les homes pour personnes âgées en Suisse sous l'angle de l'efficience à partir d'une frontière de coût, qui définit la meilleure pratique compte tenu des caractéristiques des établissements. Les résultats de l'étude montrent que de nombreux établissements sont trop petits pour utiliser de manière optimale leur équipement et leur personnel. La taille idéale serait de 70 à 80 lits et la moitié environ des homes seraient trop petits (inefficience d'échelle). Le supplément de coût dans les homes de petite taille est cependant modéré et l'on peut se demander s'il n'est pas compensé par une amélioration de la qualité de vie des résidents. Les auteurs constatent également des différences parfois importantes dans l'efficience des coûts. Pour la moitié des établissements, le surcoût par rapport à la meilleure pratique est inférieur à 15%. Dans les établissements les moins efficaces, le surcoût est élevé et révèle des performances insatisfaisantes. Il n'existe pas d'évaluation de l'efficience technique pour les soins à domicile en Suisse (voir Zhou et Suzuki à paraître).

L'industrie des soins de longue durée aux personnes âgées est très réglementée; les mécanismes de marché pour orienter la demande sont peu présents. L'un des moyens utilisés par les cantons pour contrôler les dépenses est le rationnement de l'offre, avec pour conséquence la formation de files d'attente (Crivelli *et al.* 2001). Cette politique peut se révéler contre-productive, car la demande devient excédentaire et les fournisseurs font moins d'efforts pour adopter de bonnes pratiques de gestion et contrôler leurs coûts (Nyman 1994). En revanche, l'expérience montre que l'augmentation de la concurrence conduit presque toujours à l'amélioration de la qualité et à la baisse des coûts (Gertler et Waldman 1992). Il peut sembler paradoxal de vouloir créer une situation de concurrence dans un environnement très réglementé. Pourtant, réglementation du marché et concurrence ne sont pas incompatibles. Une première mesure consisterait à donner aux assureurs la liberté de choisir les fournisseurs de prestations, ce qui veut dire que les moins performants devraient améliorer leur gestion ou disparaître. Cette mesure devrait s'accompagner d'un renforcement du contrôle de qualité. Il s'agit là d'une concurrence effective, qui serait renforcée si les aides publiques étaient toujours allouées aux personnes plutôt qu'aux institutions.

Il existe une autre voie, à la fois simple et efficace, pour créer un environnement de concurrence. La rémunération des fournisseurs de soins peut être déterminée sur la base de faits observés chez le producteur (ses charges, le profil et l'intensité de soins des patients) ou à partir d'indicateurs mesurés dans l'ensemble de l'industrie. Dans ce dernier cas, les fournisseurs – EMS et SAD – reçoivent pour leurs prestations un prix forfaitaire calculé sur la base du coût (moyen, par exemple) observé dans des unités comparables sur l'ensemble du territoire. Chacun est alors incité à adopter des pratiques efficaces et à comprimer ses coûts. Créer de cette manière un environnement de concurrence (« *yardstick competition* ») nécessite une bonne connaissance des coûts et des prestations dans l'industrie. Or, cette condition n'est pas remplie. Le fait que presque tous les cantons aient adopté leur propre

outil de mesure représente non seulement un coût inutile, c'est aussi un obstacle à la création d'un environnement concurrentiel dans les soins de longue durée.

Le contrôle de l'évolution des coûts ne peut être obtenu que par des mesures visant à augmenter l'efficacité. Celles-ci doivent être accompagnées d'un renforcement de la prévention et d'une promotion des soins ambulatoires. Les résultats du programme national de recherche 32 montrent qu'une politique de prévention (visites préventives à domicile) auprès de personnes âgées en bonne santé permet de réduire le besoin de soins, l'institutionnalisation et, plus généralement, les dépenses (Schmocker *et al.* 2000). Augmenter l'offre de soins à domicile et de structures intermédiaires devrait permettre de réduire le besoin d'institutionnalisation. L'expérience de la Hollande montre que la tendance au placement en établissement peut être inversée moyennant des mesures adéquates. Dans ce pays, la part de la population de plus de 80 ans institutionnalisée est passée de 27,5% au milieu des années 1980 à 17% dix ans plus tard. La comparaison de l'effort relatif consenti en faveur des soins à domicile est instructive : en Hollande, les soins à domicile représentent 42% des dépenses pour les soins de longue durée, contre 13% en Suisse.

Financement des soins de longue durée

Le système actuel de financement, complexe et peu transparent, ne favorise pas la concurrence entre les fournisseurs de soins. Il ne donne le plus souvent pas de bonnes incitations aux agents concernés. Le financement des soins de longue durée pèse en outre lourdement sur l'assurance maladie et, par là, sur les jeunes et les actifs. Ce n'est pas vraiment le rôle d'une assurance maladie que d'assurer des risques liés à l'âge. Les limites du système actuel sont reconnues; divers autres modèles ont été proposés (voir notamment Conseil fédéral 2005, p. 36 ss., Zweifel *et al.* 1994). Par le nouveau régime de financement des soins, le Conseil fédéral veut éviter d'alourdir la charge supportée par l'AMal découlant des soins fournis aux personnes âgées. La solution proposée consiste à séparer les soins de traitement des soins de base dont le but est de permettre d'accomplir les activités de la vie quotidienne. L'AMal couvrirait les soins de traitement et se limiterait à allouer une contribution pour les soins de base. La logique du nouveau modèle est essentiellement financière : il faut décharger l'assurance maladie, tout en prenant des mesures complémentaires pour éviter que des personnes ayant besoin de soins se trouvent dans une situation difficile. Il n'apporte toutefois pas de réponse – ou qu'une réponse partielle – aux autres insuffisances du système : manque de concurrence, inefficience technique, absence de bons mécanismes incitatifs, distorsions de concurrence, mauvaise adéquation entre l'offre et les besoins, complexité et opacité.

Il existe sans aucun doute plusieurs manières de concevoir un modèle de financement favorisant l'efficacité. Le modèle décrit ci-après est l'une des voies possibles pour améliorer les performances dans la fourniture des soins de longue durée, mais non la seule. Les soins de longue durée proprement dits – soins médicaux et soins de base – seraient couverts par une assurance sociale spécifique obligatoire fonctionnant selon un principe de solidarité (pas de différenciation des primes en fonction du risque). L'assurance étant obligatoire, le problème de l'antisélection ne se pose pas. Pour des raisons d'équité, un mécanisme de compensation des risques devrait être prévu. Seraient affiliées à l'assurance toutes les personnes à partir de l'âge limite convenu (si l'âge limite est élevé, les primes le sont également). Il conviendrait de veiller à ce que la concurrence entre les assureurs ne se fasse pas par la sélection des risques mais par une bonne gestion des cas. Dans cette perspective, les assureurs devraient avoir la liberté de passer des contrats avec les fournisseurs de leur choix. L'avantage d'une assurance sociale par rapport à une assurance privée est de permettre de garantir les risques intertemporels. Les assureurs ont en effet la possibilité d'augmenter les primes si le risque augmente pour l'ensemble des assurés. L'assurance couvrirait les prestations, qu'elles soient fournies par un établissement médico-

social ou un service d'aide à domicile. La question de savoir si les bénéficiaires doivent pouvoir choisir comme prestation d'assurance le versement d'une indemnité à un proche ou à une autre personne fournissant les soins bénévolement – comme c'est le cas dans le modèle allemand – est plus délicate. L'idée d'une telle assurance de soins a été proposée par l'Association des petits et moyens assureurs maladie de Suisse (RVK).

Pour couvrir les frais d'hébergement et d'aide familiale, on peut envisager un système de bons échangeables (« *vouchers* ») auprès des fournisseurs de soins agréés (voir Zweifel *et al.* 1994). Un tel bon n'est rien d'autre qu'un subside qui ne peut être utilisé que dans un but défini. Le bon est un instrument économique qui permet à celui qui l'a reçu d'acheter le service auprès du fournisseur de son choix. Sa valeur doit couvrir le prix du service acheté auprès d'un fournisseur efficient si la personne n'a pas de ressources. Si le bénéficiaire peut assumer tout ou partie des frais, la valeur du bon est réduite. Dans la logique du système, toutes les aides directes aux établissements ou aux structures d'aide à domicile devraient disparaître.

Par ailleurs, les personnes qui souhaitent protéger leur patrimoine peuvent contracter une assurance privée. Comme il s'agit d'un contrat à très long terme, l'assuré devrait bénéficier d'une protection particulière. L'expérience des pays qui connaissent une assurance privée des soins depuis de longues années montre la nécessité d'une telle protection. Aux Etats-Unis, beaucoup de personnes qui ont conclu des assurances privées pour les soins de longue durée n'ont jamais pu recevoir de prestations car elles se sont trouvées, à un moment ou à un autre, dans l'impossibilité de payer les primes, et le contrat a pris fin. Le déficit d'information est un cas d'échec du marché qui appelle une réglementation de l'Etat : protection contre le risque de sous-assurance, standardisation des produits pour améliorer leur lisibilité, clause de non-déchéance...

La réglementation de l'assurance soulève plusieurs questions délicates, dont celle de la solidarité : faut-il imposer aux assureurs privés de ne pas différencier les primes selon le risque (primes identiques pour les hommes et les femmes), quitte à provoquer un mécanisme d'antisélection ? Il faut aussi s'interroger sur l'intérêt public d'une telle assurance : sachant que la clientèle intéressée par ce type de produits a un revenu supérieur à la moyenne, devrait-on favoriser le développement de ce type d'assurances par des mesures incitatives telles que des crédits d'impôt ? Il s'agit d'une question délicate à laquelle l'économiste n'a pas de réponse tranchée.

Références

Assous L. et R. Mahieu, 2001, « L'assurabilité de la dépendance et sa prise en charge par le secteur privé : une mise en perspective internationale », *The Geneva Association Information Newsletter on Health and Ageing*, No. 05.

Bains M., 2003, « Projecting Future Needs. Long-term Projections of Public Expenditure on Health and Long-term Care for EU Member States », in *A disease-based comparison of health systems – What is best and at what cost ?*, OECD, Paris, 145-161.

Bains M. et H. Oxley, 2004, « Projections des dépenses de santé et de soins de longue durée liées au vieillissement de la population », in *Vers des systèmes de santé plus performants : Etudes thématiques*, OCDE, Paris, 359-372.

Baumol W.J., 1967, « Macroeconomics of unbalanced growth : the anatomy of urban crisis », *American Economic Review*, No. 57, 415-426.

BNS, 2005, *Bulletin mensuel de statistiques économiques*, juillet.

Cadette W. M., 1999, « Financing Long-Term Care : Options for Policy », *Working Paper No. 283*, The Jerome Levy Economics Institute, Annandale-on-Hudson, NY.

Casey B. *et al.*, 2003, « Policies for an ageing society : recent measures and areas for further reform », *Economic Department Working Papers No. 369*, OCDE, Paris.

Commission technique intercantonale PLAISIR, 2004a, *Données PLAISIR. Analyse transversale Octobre 2004*, Institut de santé et d'économie, Ecublens.

Commission technique intercantonale PLAISIR, 2004b, *Données PLAISIR. Analyse longitudinale Octobre 1999 – Octobre 2004*, Institut de santé et d'économie, Ecublens.

Commission technique intercantonale PLAISIR, 2004c, *Rapport annuel 2004*, Institut de santé et d'économie, Ecublens.

Conseil fédéral, 2005, *Message relatif à la loi fédérale sur le nouveau régime de financement des soins du 16 février 2005*.

Crivelli L., Filippini M. und D. Lunati, 2001, « Effizienz der Pflegeheime in der Schweiz », *Quaderno No. 01-06*, Decanato della Facoltà di Scienze economiche, Lugano.

Cutler D., 1993, « Why Doesn't The Market Fully Insure Long-Term Care ? », *Working Paper No. 4301*, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.

Cutler D., 1996, *Why Don't Markets Insure Long-Term Risk ?*, Harvard University, Cambridge, mimeo.

Dang T.T., Antolin P. and H. Oxley, 2001, « Fiscal implication of ageing : projection of age-related spending », *Economic Department Working Paper No. 305*, OCDE, Paris.

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, 2004, *Politique du 3ème âge dans le canton de Berne, Rapport de planification et plan d'action pour la mise en œuvre des objectifs définis par le Grand Conseil dans le cadre de la Politique du 3ème âge 2005*, Canton de Berne.

EPC – Economic Policy Committee, 2001, *Budgetary Challenges Posed by Ageing Populations : The impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*, EPC/ECFIN/655/01-EN final, Union Européenne, Bruxelles.

Feder J. *et al.*, 2000, « Long-term care in the United States : an overview », *Health Affairs*, Vol. 19, No. 3.

Fenn P., 1999, « Financing Long-Term Care : The Potential for Insurance », in The Royal Commission on Long-Term Care, *With Respect to Old Age : Long-term Care – Rights and Responsibilities*, Vol. 1, The Stationery Office, London, 75-80.

Fuhrer B. *et al.*, 2003, *Pflegefinanzierung und Pflegebedarf : Schätzung der zukünftigen Entwicklung*, Bericht des Netzwerk Ökonomie, Forschungsbericht Nr. 22/03, Bundesamt für Sozialversicherung, Bern.

Gertler P.J. and D.M. Waldman, 1992, « Quality-adjusted Cost Function and Policy Evaluation in the Nursing Home Industry », *Journal of Political Economy*, 100 (6), 1232-1256.

Guilley E., 2005a, « Longévité et santé », in Wanner Ph. *et al.* (éd.), *Agés et générations. La vie après 50 ans en Suisse*, Recensement fédéral de la population 2000, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, 55-72.

Guilley E., 2005b, « La vie en institution », in Wanner Ph. *et al.* (éd.), *Agés et générations. La vie après 50 ans en Suisse*, Recensement fédéral de la population 2000, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, 117-128.

Harrington C.A., 2002, « Germany's long term care insurance model : Lessons for the United States », *Journal of public health policy*, 23 (1), 44-65.

Hollander M., 1999, « Comparative Cost Analysis of Home Care and Residential Care Services », in *National evaluation of the cost-effectiveness of home care*, Centre on Aging / Hollander Analytical Services, Victoria.

Höpflinger F. et V. Hugentobler, 2003, *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse – Prévisions et scénarios pour le 21^e siècle*, Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, Editions Hans Huber, Bern.

IRER/OBSAN, 2004, *Impact économique des nouveaux régimes de financement des soins de longue durée. Prévisions à l'horizon 2030*, Rapport à l'attention de l'Office fédéral de la santé publique, Institut de recherches économiques et régionales/Observatoire de la santé, Neuchâtel.

Jacobzone S. *et al.*, 1999, « The health of older persons in OECD countries : is it improving fast enough to compensate for population ageing ? » *Labour market and social policy – Occasional papers No. 37*, OECD, Paris.

Johnson R.W. and C.E. Uccello, 2005, « Is Private Long-Term Care Insurance the answer ? », *Issue in Brief No. 29*, Center for Retirement Research, Boston College.

Karlsson M. *et al.*, 2004, *An International Comparison of Long-Term Care Arrangements*, Cass Business School, London.

Nyman A.J., 1994, « The Effects of Market Concentration and Excess Demand on the Price for Nursing Home Care », *Journal of Industrial Economics*, 42 (2), 193-204.

OBSAN/IRER, à paraître, *Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse*, Observatoire de la santé/Institut de recherches économiques et régionales, Neuchâtel.

OCDE, 2005, *Long-term Care for Older People*, The OECD Health Project, Organisation for economic co-operation and development, Paris.

OFAS, 2003, *Statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex) 2002*, Statistiques de la sécurité sociale, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

OFAS, 2004, *Statistique de l'aide et des soins à domicile (Spitex) 2003*, Statistiques de la sécurité sociale, Office fédéral des assurances sociales, Berne.

OFS, 1999, *L'enquête suisse sur la population active 1998*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

OFS, 2001, *Enquête suisse sur la population active 2000*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

OFS, 2002, *Coûts du système de santé, Résultats détaillés 2000 et évolution depuis 1995*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

OFS, 2004, *Coût et financement du système de santé*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

OFS, 2005, *Communiqué de presse, 50 milliards pour la santé*, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

OFSP, 2004, *Nouveau régime de financement des soins. Rapport explicatif*, Office fédéral de la santé publique, Berne.

Pauly M.V., 1990, « The Rational Nonpurchase of Long-Term-Care Insurance », *The Journal of Political Economy*, Vol. 98, No. 1, 153-168.

Pauly M.V. and P. Zweifel, 1996, *Financing Long-Term Care. What Should Be the Government's Role ?*, The AEI Press, Washington, DC.

Royal Commission on Long Term Care (1999), *With Respect to Old Age : Long Term Care – Rights and Responsibilities*, Vol. 1, The Stationery Office, London.

Sauvain-Dugerdil C., 2005, « Etapes de la vie familiale et modes de résidence », in Wanner Ph. et al. (éd.), *Ages et générations. La vie après 50 ans en Suisse*, Recensement fédéral de la population 2000, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, 35-54.

Schmid H., Sousa-Poza A. und R. Widmer, 2002, *Bericht zur Reform der Langzeitpflege – Modell zur zukünftigen Finanzierung* [document internet : Schweizerischer Seniorenrat, www.ssr-csa.ch/d/data/131/bericht_langzeitpflege_plenum.pdf], Zürich.

Schmocker H., Oggier W. und A. Stuck (éd.), 2000, *Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche*, Série d'études de la SSPS, 62, Muri.

Sloan F.A. and E.C. Norton, 1997, « Adverse Selection, Bequests, Crowding Out, and Private Demand for Insurance : Evidence from the Long-term Care Insurance Market », *Journal of Risk and Uncertainty*, No. 15, 201-219.

Tsutsui T. and N. Muramatsu, 2005, « Care-Needs Certification in the Long-Term Care Insurance System of Japan », *International Health Affairs*, Vol. 53, No. 3, 522-527.

United Nations International Drug Control Programme, 2001, *Economic and social costs of substance abuse*, Bulletin on Narcotics, Vol. LII, Nos 1 and 2, United Nations, New York.

Wanner Ph. et Y. Forney, 2005, « Le vieillissement démographique en Suisse dans le temps et dans l'espace », in Wanner Ph. et al. (éd.), *Ages et générations. La vie après 50 ans en Suisse*, Recensement fédéral de la population 2000, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, 11-34.

Wanner Ph. et al. (éd.), 2005, *Ages et générations. La vie après 50 ans en Suisse*, Recensement fédéral de la population 2000, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel.

Zhou Y. and W. Suzuki, (forthcoming), « Market Concentration, Efficiency and Quality in the Japanese Home Help Industry », in Wise D. and N. Yashiro (eds), *A Comparative Study on Health Insurance Schemes and the Quality of Medical Care Services between Japan and the United States*, Chicago University Press.

Zweifel P. *et al.*, 1994, *Pflegebedürftigkeit im Alter. Risiken, Kosten, Lösungsvorschläge*, Zürcher Kantonalbank/Institut für Empirische Wirtschaftsforschung, Zürich.

Zweifel P. and Struwe W., 1996, "Long-term care insurance and bequests as instruments for shaping intergenerational relationships", *Journal of Risk and Uncertainty*, 12, 65.