

ENCOURAGER LE MAINTIEN À DOMICILE PAR DES FINANCEMENTS ALTERNATIFS : LE CAS NÉERLANDAIS

[Marianne Tenand](#), [Arjen Hussem](#), [Pieter Bakx](#)

Caisse nationale d'assurance vieillesse | « [Gérontologie et société](#) »

2021/2 vol. 43 / n° 165 | pages 287 à 304

ISSN 0151-0193

ISBN 9782858231324

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2021-2-page-287.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Caisse nationale d'assurance vieillesse.

© Caisse nationale d'assurance vieillesse. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Encourager le maintien à domicile par des financements alternatifs : le cas néerlandais

Marianne TENAND

Chercheur, CPB Netherlands Bureau for Economic Policy & Analysis, La Haye; Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Center for Health Economics Rotterdam, Erasmus University, Rotterdam, Pays-Bas

Arjen HUSSEM

Actuaire, PGGM, Zeist, Pays-Bas

Pieter BAKX

Professeur associé, Erasmus School of Health Policy & Management, Erasmus Center for Health Economics Rotterdam, Erasmus University, Rotterdam, Pays-Bas

Résumé – *Libre choix, maintien à domicile, accessibilité financière et maîtrise des dépenses publiques sont au cœur des débats sur la prise en charge de la dépendance. Afin de mieux concilier ces objectifs, les Pays-Bas ont développé de nouvelles prestations dépendance : les forfaits à domicile (VPT et MPT) et les prestations monétaires (PCB). En principe, ces prestations permettent à la personne âgée de bénéficier d'une prise en charge globale à son domicile. Le rôle joué par ces nouvelles options de prise en charge est à ce jour peu documenté. Cet article explique leur fonctionnement, notamment du point de vue du partage des coûts entre puissance publique et bénéficiaire, et mobilise différentes sources statistiques (données administratives individuelles et données agrégées) pour éclairer les développements récents. Davantage mobilisés par les moins dépendants mais aussi par les bénéficiaires les plus aisés, ces financements semblent contribuer autant au maintien à domicile qu'au développement d'établissements non conventionnés. Si ces nouvelles prestations favorisent des formes résidentielles intermédiaires et pourraient dégager des marges budgétaires, elles pourraient également remettre en cause l'équité dans la prise en charge et dans son financement qui sous-tend l'assurance sociale dépendance néerlandaise. Le cas des Pays-Bas fournit une illustration de la difficulté à mettre au point des dispositifs permettant de concilier libre choix et universalité de la prise en charge.*

Mots clés – *dépendance des personnes âgées, maintien à domicile, financement public, équité*

Abstract – Promoting ageing in place through flexible care options: The Dutch experience

Freedom of choice, ageing in place, financial accessibility, and sustainability of public spending are core elements in the debates around long-term care. To better fulfill these goals, the Netherlands has created new financing options for long-term care: at-home packages (VPT and MPT) and personal budgets (PGB). In principle, these options allow an individual with moderate to high care needs to benefit from a comprehensive package of care and help at home. The role played by these new options is however little documented. This article explains how they work, highlighting how the costs are split between the beneficiary and public spending compared to a stay in a nursing home. In addition, it leverages a range of statistical sources (individual and aggregate data) to shed light on the developments in the use of these new options. We document that they are more frequently used by individuals with more moderate care needs as well as by individuals with a higher income. Furthermore, the at-home packages and personal budgets seem to contribute to the development of residential care homes, in parallel to traditional nursing homes. These new care options may foster the development of innovative residential arrangements that sit in between private housing and nursing homes and enable savings on public spending. However, they may also undermine equity in care and in financing, which are central to the Dutch long-term care social insurance. The Dutch case provides an illustration of the thin line between ensuring freedom of choice and securing a universal and fair long-term care system.

Keywords – long-term care, ageing in place, public financing, equality

Introduction

Dans un contexte de vieillissement démographique, la prise en charge de la dépendance fait l'objet d'une attention croissante de la part des responsables politiques comme de l'opinion publique. L'encouragement du maintien à domicile semble faire consensus. Il semble compatible tant avec la promotion du libre choix des publics concernés (Libault, 2019) qu'avec les considérations budgétaires, le coût d'un accompagnement en institution pouvant s'avérer bien supérieur à une prise en charge à domicile (Kok, Berden et Sadiraj, 2015). Son développement bute toutefois sur les logiques de financement public qui, dans beaucoup de pays, restent structurées autour de la dichotomie historique entre institution et domicile et la fragmentation des services d'aide à domicile (Kattenberg et Bax, 2020). En France, l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), prestation dépendance universelle destinée aux personnes de 60 ans et plus, comporte un volet établissement et un volet domicile. Ce dernier donne droit au financement d'un nombre limité d'heures d'aide excluant aides ménagères et soins infirmiers. Cette architecture complique tant l'accompagnement à domicile des situations de dépendance relativement lourdes, qui nécessitent des interventions fréquentes de différents professionnels, que le développement de formes d'hébergement intermédiaires (Bozio *et al.*, 2016).

Un constat similaire s'observe dans d'autres pays de l'OCDE, conduisant les décideurs publics à réfléchir à des modalités de financement plus souples. C'est notamment le cas aux Pays-Bas. Le taux d'institutionnalisation des personnes âgées y a été historiquement élevé : 6,6 % des Néerlandais âgés de 65 ans ou plus vivaient en institution en 2010 (OCDE, 2020). Par ailleurs, le pays a connu une augmentation forte des dépenses publiques relatives à la perte d'autonomie, atteignant 4,1 % du Produit intérieur brut (PIB) en 2013 (OCDE, 2020).

Au cours de la dernière décennie, les gouvernements néerlandais se sont attelés à réformer les politiques de la dépendance (Maarse et Jeurissen, 2016). Entre 2012 et 2014, le financement public des unités de vie en résidence autonomie dans les situations de dépendance légère a été éliminé. Il reste possible aux personnes en situation de dépendance modérée ou lourde d'entrer dans une maison de retraite et voir le coût de leur séjour solvabilisé par l'assurance sociale dépendance. Toutefois, leur maintien à domicile est encouragé par des modalités nouvelles de financement public. Les « forfaits globaux et modulaires » (*Volledig Pakket Thuis*, ou VPT, et *Modulair Pakket Thuis*, ou MPT) leur permettent ainsi de recevoir à leur domicile un ensemble global d'aides, allant des aides ménagères aux soins infirmiers et partiellement financées par l'assurance sociale dépendance. Par ailleurs, il est possible d'opter pour une prestation monétaire (*Persoonsgebonden Budget*, ou PGB).

Si ces modalités nouvelles sont censées encourager le maintien à domicile, elles pourraient également contribuer au développement d'établissements non conventionnés. Les soins y sont financés en partie par la puissance publique mais les prestations d'hébergement facturées intégralement aux résidents, sans

considération de leurs ressources. MPT, VPT et PGB favorisent également les logiques de « complément » (*topping-up* en anglais), dans la mesure où elles financent un socle de prestations que les bénéficiaires sont ensuite libres de compléter sur leurs deniers personnels si leur revenu le permet. Si elle se vérifie, cette logique pourrait aller à l'encontre des principes d'équité dans l'accompagnement et dans le financement de la dépendance, au cœur du système néerlandais. De fait, le développement de ces nouvelles modalités de financement s'accompagne d'un certain nombre de critiques. Il existe pourtant à ce jour peu d'éléments empiriques sur l'utilisation de ces modalités de financement.

Cet article propose une exploration du rôle que peuvent jouer ces modalités de financement innovantes dans le système d'accompagnement de la dépendance. Dans le contexte des Pays-Bas, notre étude fournit des éléments permettant d'éclairer le débat public sur les évolutions récentes. Dans un contexte plus international, le cadre néerlandais nous semble constituer un cas révélateur des avantages et inconvénients de dispositifs alternatifs et flexibles de financement de la prise en charge de la dépendance.

Le reste de cet article s'organise en trois parties. Dans un premier temps, nous décrivons les différentes options dont peuvent bénéficier les personnes éligibles à une prise en charge en institution. Deuxièmement, nous mobilisons des sources statistiques agrégées et des données individuelles pour quantifier le recours aux modalités de financement alternatives, cerner le profil des personnes âgées qui les mobilisent et dresser les évolutions récentes des établissements privés pour personnes âgées. Dans une dernière partie, nous discutons les potentielles conséquences des développements observés en termes d'accès aux aides, d'équité et de solidarité.

La prise en charge de la dépendance aux Pays-Bas

Un accompagnement de la dépendance largement sociabilisé

Aux Pays-Bas, la perte d'autonomie est couverte par un ensemble d'assurances sociales et d'aides sociales (Maarse et Jeurissen, 2016), dans un cadre fournissant une qualité des soins relativement élevée. Le pays s'est toutefois engagé dans des réformes importantes. En 2015, l'assurance sociale dépendance (Wlz) a été recentrée sur l'accompagnement en institutions. Les aides aux corps et soins infirmiers à domicile se trouvent maintenant organisées et financées dans le cadre de l'assurance sociale maladie, tandis que les aides moins qualifiées (aides ménagères, autres aides à la vie quotidienne) sont financées par un dispositif d'aide sociale dont la mise en œuvre est confiée aux municipalités (Maarse et Jeurissen, 2016).

Les piliers de l'assurance sociale dépendance ont toutefois été conservés : solidarité entre générations (financement par cotisations sociales prélevées sur les

salaires), solidarité entre riches et pauvres (de chacun selon ses moyens) et équité dans l'accès à une prise en charge de qualité (conventionnement et tarification des maisons de retraite). Conformément à sa logique universaliste et égalitariste, le financement public ne se limite pas aux résidents ayant des revenus faibles. Si chaque résident participe financièrement aux coûts de sa prise en charge, cette participation est proportionnée aux ressources du résident et prévoit un plafonnement des restes-à-charge même pour les individus aisés, quand de nombreux pays de l'OCDE assurent une telle accessibilité financière seulement pour les plus modestes (Oliveira Hashiguchi et Llena-Nozal, 2020). Une agence centrale et indépendante organise l'évaluation des besoins, qui permet de définir si le degré de dépendance de la personne est suffisant pour un accompagnement en institution. L'évaluateur détermine également le profil de dépendance du bénéficiaire par le biais de forfaits de soins (dits ZZP), qui correspondent à différentes combinaisons et niveaux d'intensité de soins.

Aux Pays-Bas, les maisons de retraite sont des organisations privées à but non lucratif, qui doivent être conventionnées (encadré 1). Les tarifs journaliers qui leur sont versés par l'assurance dépendance varient en fonction du forfait de soins des bénéficiaires, mais ne se répercutent pas sur la participation financière que doit acquitter le résident.

Encadré 1 Quelques définitions

Maison de retraite et établissement non conventionné

On désigne par le terme de *Verpleeg- & Verzorghuizen* les établissements spécialisés dans l'accueil des personnes âgées dépendantes et conventionnés par l'assurance sociale dépendance (Wlz). Ces établissements, que nous appelons *maisons de retraite* dans cet article, sont tous privés non lucratifs et ont vocation à accueillir les résidents âgés de manière permanente. Depuis 2014, seuls les niveaux de dépendance modérée à lourde ouvrent droit à entrée en maison de retraite, dans un cadre équivalent à celui des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) en France.

En parallèle, des établissements privés (lucratifs ou non) peuvent offrir des lits ou unités de vie non conventionnés, dans des conditions librement définies.

Logement ordinaire versus logement institutionnel

Les adresses de résidence sont connues par le biais des registres de population, dans lesquels tout individu est tenu de mettre à jour son adresse. Sur la base de ces registres, l'Institut statistique néerlandais (CBS) distingue les individus résidant en logements institutionnels de ceux vivant en logements ordinaires : les premiers regroupent un certain nombre d'individus bénéficiaires de l'assurance sociale Wlz. C'est à partir de cette imputation de CBS qu'il est possible de repérer si un individu réside dans un « établissement » plutôt qu'en logement ordinaire (pour plus de détails, voir encadré 3)

MPT, VPT et PGB : comment fonctionnent ces modalités alternatives ?

Pour les personnes âgées éligibles à une institutionnalisation, plusieurs possibilités sont offertes. Premièrement, la personne peut choisir d'entrer dans une maison de retraite. Deuxièmement, elle peut opter pour un « budget personnel » (*Persoonsgebonden*, ou PGB), une prestation monétaire dédiée à la rémunération de proches aidants ou de prestataires professionnels librement choisis par le bénéficiaire. La troisième possibilité offerte est le « forfait global à domicile » (*Volledig Pakket Thuis*, ou VPT), qui permet de recevoir chez soi¹ un ensemble global d'aides en nature : des professionnels conventionnés par l'assurance sociale dépendance réalisent courses, préparation des repas, aides ménagères, blanchisserie, soins aux corps et soins infirmiers. Dernière option, le « forfait modulaire à domicile » (*Modulair Pakket Thuis*, MPT) fonctionne de manière similaire au forfait global mais donne accès à un forfait plus restreint d'aides et de soins (les courses, préparation des repas et blanchisserie étant laissées à la responsabilité du bénéficiaire et de ses proches)² tout en permettant au bénéficiaire de panacher les prestataires auxquels il a recours.

Partage des coûts et logique de complément

Du point de vue du partage des coûts de la prise en charge, il convient de noter que VPT, MPT et PGB diffèrent d'un séjour « classique » : en maison de retraite, les soins et aides médico-sociales mais aussi les frais de gîte et de couvert se trouvent partiellement financés par l'assurance sociale dépendance ; avec les forfaits à domicile et le budget personnel, les coûts d'hébergement (loyers dans le parc privé ou social et charges afférentes) restent essentiellement à la charge des bénéficiaires. Ce partage a trois conséquences principales. La première est qu'il facilite une logique de complément (*topping-up* en anglais) : l'assurance sociale dépendance garantit l'accessibilité financière d'un socle de services et de soins, que le bénéficiaire est ensuite libre de compléter par des heures additionnelles ou des services marchands payés de sa poche. Un tel schéma contraste avec un séjour « classique », censé offrir à tous les résidents ayant un même niveau de besoins un même ensemble de services et de soins. Deuxième conséquence, VPT, MPT et PGB peuvent être mobilisés par des individus dont le domicile est une chambre ou une unité de vie non conventionnée. En cela, ces modalités de financement alternatives pourraient contribuer au développement de formes résidentielles intermédiaires, entre le domicile privé individuel et la chambre en maison de retraite³. Mais elles pourraient également participer au développement d'une forme d'institutionnalisation en dehors du cadre de l'assurance sociale dépendance, prenant à rebours à la fois la promotion du maintien à domicile et l'objectif

¹ Le « T » des acronymes VPT et MPT est celui du mot *thuis*, qui signifie le « chez-soi » ou le domicile.

² C'est l'évaluateur qui décide si, compte tenu de la situation du bénéficiaire, un forfait global ou un forfait modulaire doit être appliqué. Dans le second cas, il indique quelles sont les aides spécifiques qui doivent être incluses dans le forfait.

³ Et notamment dans des cadres pensés pour des résidents aux besoins spécifiques, comme les personnes souffrant de maladies neuro-dégénératives (Ned Tijdschr Geneesk, 2017).

de contrôle de la qualité de la prise en charge auquel répond le conventionnement des maisons de retraite.

La troisième implication du fonctionnement des forfaits à domicile et du budget personnel a trait à la solidarité et à l'équité du financement de l'accompagnement de la dépendance entre les plus modestes et les plus aisés. Pour l'illustrer, le tableau 1 s'appuie sur la comparaison de deux individus fictifs dont nous avons calculé les participations financières à verser pour une prise en charge en maison de retraite et par VPT respectivement⁴. Si un individu reçoit la VPT, il doit s'acquitter non seulement de la participation financière sur VPT mais également d'un loyer. Bien que peu d'éléments sur la tarification des établissements non conventionnés soient disponibles, un rapport récent indique que le tarif pour l'hébergement varie entre 500 et 3 000 euros mensuels (Plaisier et den Draak, 2019). En supposant un tarif de 1 500 euros, on voit que si le bénéficiaire modeste souhaite résider dans un établissement non conventionné, son reste-à-charge total (participation financière Wlz plus loyer) sera largement supérieur à celui qu'il supporterait en maison de retraite. Pour un bénéficiaire aisé en revanche, entrer en maison de retraite ou recevoir une VPT dans une unité non conventionnée reviendrait financièrement au même. Dès lors qu'il est possible pour les résidents de recevoir des services hôteliers supplémentaires et d'avoir davantage de latitude dans l'organisation de leur prise en charge, l'incitation à privilégier un séjour en établissement non conventionné peut se révéler forte pour les plus aisés.

Tableau 1 – Coût total, restes-à-charge et dépenses publiques selon le revenu et l'option de prise en charge choisie

	Coût total	Participation financière à l'assurance sociale dépendance		Reste-à-charge total avec prise en compte des frais d'hébergement		Dépense publique	
		Individu modeste	Individu aisé	Individu modeste	Individu aisé	Individu modeste	Individu aisé
Maison de retraite	€ 6.077	€ 728	€ 2.365	€ 728	€ 2.365	€ 5.349	€ 3.712
VPT	€ 4.292	€ 164	€ 862	€ 1.664	€ 2.362	€ 4.128	€ 3.430

Notes : Valeurs mensuelles. Les bénéficiaires modeste et aisé sont supposés avoir un revenu disponible mensuel de 1 200 et 3 000 euros respectivement. Illustration supposant un loyer mensuel de 1 500 euros. Les valeurs de la participation financière qu'un résident d'une maison de retraite doit verser à l'assurance sociale dépendance (Wlz) ont été calculées par les auteurs sur la base du barème en vigueur en 2019. Un barème différent s'applique aux forfaits à domicile et budget personnel d'une part, et à un séjour en maison de retraite d'autre part. La participation financière ne dépend jamais du niveau de dépendance du bénéficiaire. Le coût total pour une prise en charge de type VPT est le coût moyen observé en 2017. Le coût total pour une prise en charge en maison de retraite est calculé comme la moyenne pondérée du coût d'un séjour par ZZP (valeur moyenne en 2017), sur la base de la répartition par ZZP des bénéficiaires des forfaits à domicile et du budget personnel en 2017.

Cet exemple illustre le fait que le principe égalitariste (« à chacun selon ses besoins, de chacun selon ses capacités financières ») se trouve questionné par les modalités alternatives de financement, et tout particulièrement lorsque celles-ci sont mobilisées pour une prise en charge dans un établissement non

⁴ Ces participations financières sont fonction du revenu ainsi que de la richesse détenue (hors résidence principale).

conventionné. Il nous conduit ainsi à l'hypothèse que le recours aux VPT, MPT et PGB dans un cadre résidentiel est plus fréquent pour les personnes aisées, alors que cette configuration est financièrement peu attractive, voire inaccessible, pour les plus modestes. Si toutefois on adopte le point de vue de finances publiques, le tableau 1 met en exergue que pour les individus les plus aisés, le recours à un forfait à domicile plutôt qu'une entrée en maison de retraite pourrait engendrer des économies⁵. Le redéploiement des deniers ainsi économisés vers une meilleure solvabilisation des bénéficiaires les plus modestes pourrait améliorer l'équité dans le financement des prestations dépendance.

Recours aux modalités alternatives et établissements privés : tendances récentes

Au-delà de ces considérations théoriques, quel est le rôle que jouent effectivement VPT, MPT et PGB dans le système de prise en charge de la dépendance ? Nous mobilisons plusieurs sources statistiques afin de documenter les développements récents dans le recours aux forfaits et au budget personnel, de cerner le profil de ceux qui optent pour ces alternatives et, parallèlement, d'évaluer le développement des établissements non conventionnés. Avertissons d'emblée le lecteur : si les données administratives néerlandaises sont généralement riches et de bonne qualité, elles ne contiennent que des informations parcellaires sur ce qui constitue l'objet de cet article. Nous avons complété les données administratives par des sources complémentaires (encadré 2) mais notre état des lieux est tributaire des limites du système d'information statistique.

Budget personnel et forfaits à domicile : combien de personnes âgées y recourent ?

Les données agrégées mises à disposition par CBS indiquent une forte hausse des dépenses publiques sur les forfaits globaux (VPT) et modulaires (MPT) et les budgets personnels (PGB). Entre 2014 et 2017, les dépenses de VPT ont augmenté de 80 %, et de 700 % depuis 2011 ; les dépenses de PGB ont progressé de 32 % entre 2015 et 2016. Parallèlement, la dépense moyenne pour un équivalent-année de VPT a augmenté (de 36 500 euros en 2011 à 51 500 euros en 2017), ce qui suggère un accroissement de la dépendance du résident moyen. À l'inverse, les dépenses publiques sur les séjours en maisons de retraite sont restées stables entre 2012 et 2018 (entre 8 et 9 milliards d'euros). Parallèlement, le coût unitaire moyen en maison de retraite a fortement augmenté, traduisant la sévérité accrue de la dépendance du résident moyen. En 2017, les dépenses de VPT et PGB

⁵ L'existence d'une telle économie de dépense publique ne se vérifie pas nécessairement pour tous les niveaux de dépendance. Par ailleurs, elle suppose que les individus recourent aux forfaits à domicile et budget personnel en substitution d'une entrée en maison de retraite. Si ce recours se fait en lieu et place d'un maintien à domicile s'appuyant sur la mobilisation d'aidants informels et de services d'aide à domicile plus restreints, les dépenses publiques à destination des plus aisés pourraient au contraire s'en trouver accrues.

représentent 8 % des dépenses consacrées à la dépendance des personnes âgées dans le cadre de l'assurance sociale Wlz⁶.

Par ailleurs, les registres administratifs individuels (encadré 2) permettent de mieux cerner les choix individuels de prise en charge. Ils indiquent que, au 1^{er} janvier 2017, 140 000 personnes de 65 ans et plus bénéficiaient d'une prise en charge financée par l'assurance sociale dépendance (Wlz). Parmi elles, 17 % ont opté pour une modalité de financement alternative à un séjour en maison de retraite : 6 000 ont opté pour un budget personnel (PGB) et 18 000 pour un forfait à domicile (12 000 pour le forfait modulaire et 6 000 pour un forfait global).

Encadré 2 **Données mobilisées**

Dans le cadre de cette étude, nous avons mobilisé principalement trois types de données :

- Des données agrégées sur le recours aux aides financées par l'assurance sociale Wlz et mises à disposition par CBS sur les plateformes publiques *Statline* et *Monitor Langdurige Zorg*. Voir CBS (2019a, 2019b).
- Des données administratives individuelles issues de plusieurs sources et liées entre elles par un identifiant unique anonymisé. Ces données incluent des informations journalières sur l'éligibilité à une prise en charge par l'assurance dépendance, le recours à une aide en nature (séjour en maison de retraite, VPT ou MTP) ou à une prestation monétaire (PGB). Elles sont apparées aux registres de population, qui permettent de repérer les personnes de 65 ans et plus, d'identifier leur foyer fiscal et leur adresse. Le revenu du foyer fiscal de l'année précédente est issu des données fiscales. Nous utilisons le revenu disponible (après impôts et prestations) et l'échelle d'équivalence « racine carrée » (OCDE, 2011) pour calculer, pour chaque individu, le revenu disponible par unité de consommation.
- Un recensement des prestataires de soins réalisé par la Fédération de Patients des Pays-Bas publié dans un annuaire en ligne (*Zorgkaart Nederland*). Les internautes peuvent publier une recension d'un prestataire dont ils ont fait l'expérience. Cet annuaire inclut les maisons de retraite conventionnées par l'assurance sociale dépendance, mais également des établissements non conventionnés. Un désavantage de cette liste est qu'elle semble inclure des établissements fermés. Afin de ne pas surestimer le nombre d'établissements non conventionnés (*a priori* davantage susceptibles de mettre la clef sous la porte que les maisons de retraite conventionnées), nous faisons l'hypothèse que les établissements qui ont reçu au moins une recension dans l'année étaient bel et bien en activité, et laissons de côté les autres établissements.

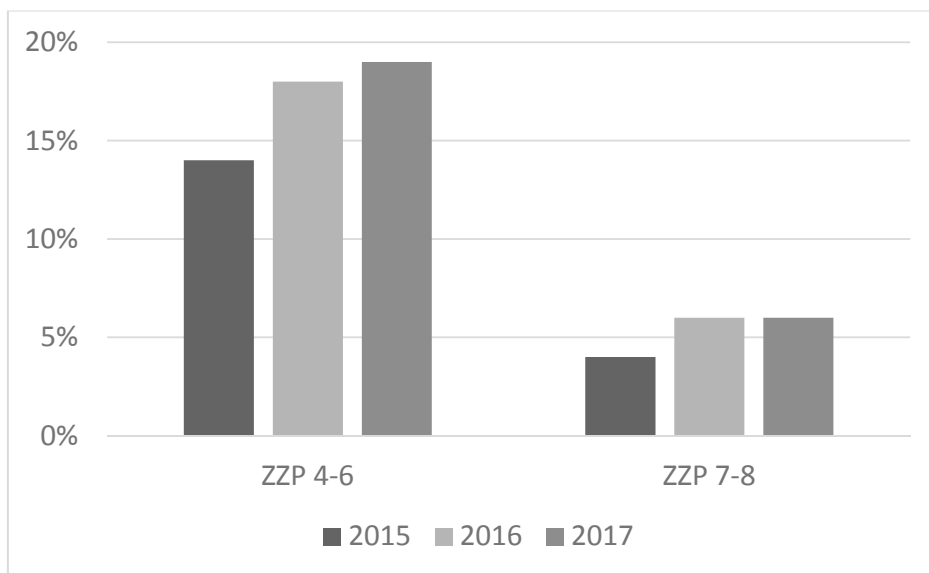
⁶ Le montant agrégé des dépenses sur le forfait modulaire (MPT) parmi les 65 ans et plus n'est pas disponible.

Un recours moins fréquent en cas de dépendance lourde

Le maintien à domicile est en pratique d'autant plus difficile que la personne se trouve dans une situation de dépendance lourde. Si les forfaits à domicile et les prestations monétaires visent à pallier les difficultés de coordination des aides reçues à domicile, ce type de financement alternatif vise davantage à retarder l'entrée en institution d'individus en dépendance modérée qu'à décourager la prise en charge en maison de retraite de personnes lourdement dépendantes. La littérature économique récente suggère en effet que le coût global d'un accompagnement à domicile pour ces derniers excède celui d'une prise en charge en institution (Bakx *et al.*, 2020).

Nous évaluons si VPT, MPT et PGB sont davantage choisis par les bénéficiaires les moins dépendants. Les données administratives renseignent sur le forfait de soins (ZZP) auquel chaque bénéficiaire est éligible du fait de son état fonctionnel. Les ZZP sont numérotés de 4 à 8 : le ZZP 4 indique une dépendance modérée, tandis que le ZZP 8 indique une dépendance très lourde (besoin de surveillance constante et soins infirmiers fréquents). Les bénéficiaires en ZZP 4 et 5 représentaient respectivement 21 et 46 % des bénéficiaires, contre 19 % pour ceux en ZZP 6 et 9 % pour les bénéficiaires en ZZP 7 et 8 (dépendance lourde)⁷.

Figure 1 – Taux de recours aux modalités alternatives de financement, selon le niveau de dépendance



Échantillon : Population des 65 ans ou plus résidant aux Pays-Bas et recevant une prise en charge Wlz entre 2015 et 2017 (ZZP 4 à 8).

⁷ Les 9 % restants représentent des bénéficiaires en ZZP 1 à 3 (dépendance légère), devenus éligibles avant qu'une réforme durcisse les conditions d'accès à une prise en charge en maison de retraite.

La propension à recourir à une modalité de financement alternative apparaît plus élevée pour les bénéficiaires ayant une dépendance modérée que pour les bénéficiaires en dépendance lourde. Comme l'indique la figure 1, pour les 3 années pour lesquelles les données sont disponibles, le taux de recours aux forfaits à domicile et au budget personnel est plus élevé pour les bénéficiaires en ZZZP 4 à 6 que pour ceux ayant un ZZZP 7 ou 8 ; pour les premiers, le taux de recours a crû de 14 % à 19 % en 3 ans. Ce taux est maximal parmi les bénéficiaires en ZZZP 4, confirmant que ces outils sont davantage mobilisés par les personnes âgées pour lesquelles le coût total d'une prise en charge à domicile s'avère *a priori* moins coûteuse qu'une prise en charge en institution.

Des bénéficiaires souvent dans un logement institutionnel

Peu d'informations permettent de quantifier précisément le développement des établissements non conventionnés accueillant des personnes âgées dépendantes. Si chaque bénéficiaire de l'assurance sociale dépendance peut être clairement identifié dans les données administratives, il est en revanche impossible de savoir directement s'il réside dans une résidence collective. En croisant des informations sur le recours aux prestations Wlz et les adresses des bénéficiaires, il est toutefois possible d'identifier quels individus résident selon toute vraisemblance dans un logement institutionnel, et plus particulièrement dans un établissement accueillant des personnes âgées dépendantes (voir encadré 3).

Sur la base de ce repérage, nous évaluons quelle proportion des personnes âgées dépendantes, bénéficiaires d'une prestation Wlz, ne résident pas dans un logement ordinaire. Si ces personnes bénéficient d'une prise en charge classique en institution, il n'y a lors rien d'étonnant : le logement institutionnel doit correspondre à une maison de retraite conventionnée. En revanche, si des personnes bénéficiant d'un forfait à domicile ou d'un budget personnel se trouvent en institution, nous interprétons ce paradoxe comme une preuve de ce que ces modalités alternatives de financement sont utilisées pour un hébergement non conventionné.

Nos estimations indiquent qu'en janvier 2017, 57 % des bénéficiaires du forfait global (VPT) et 25 % des bénéficiaires d'une prestation monétaire (PGB) résidaient dans un établissement pour personnes âgées dépendantes⁸. Comme notre définition minimise les faux-positifs (personnes classées comme en établissement alors qu'elles sont en logement ordinaire), mais peut conduire à des faux-négatifs (personnes non classées comme en établissement alors qu'elles le sont), nous estimons une borne inférieure de la proportion de bénéficiaires des modalités alternatives de financement qui résident en institution. Ce qui implique qu'il est très fréquent que VPT et PGB soient utilisés dans un établissement non conventionné plutôt que pour leur permettre un maintien à domicile. La popularité croissante des forfaits à domicile et des prestations monétaires pourrait avoir nourri le développement du nombre d'établissements non conventionnés, même si ce dernier est difficile à cerner précisément (cf. encadré 4).

⁸ Les données ne nous permettent malheureusement pas de réaliser l'estimation pour les bénéficiaires de MPT.

Encadré 3 **Comment identifier les personnes vivant dans un établissement dans les données administratives ?**

CBS s'appuie sur les données administratives pour estimer si un individu donné réside dans un « logement institutionnel accueillant des personnes âgées dépendantes » ou non. Les étapes principales de cette estimation sont les suivantes :

Pour chaque bénéficiaire de l'assurance dépendance Wlz de 18 ans ou plus, l'immeuble (*pand*) dans lequel se situe son logement (*adres*) est identifié.

Le logement sera classé comme logement institutionnel si une des conditions suivantes est vérifiée :

- Au moins un tiers des habitants de l'immeuble sont des bénéficiaires de Wlz, et au moins la moitié des habitants du logement sont des bénéficiaires de Wlz (tous les habitants dans le cas où le logement compte seulement un ou deux habitants) ;
- Dans un immeuble où moins d'un tiers des habitants sont bénéficiaires de Wlz, dès lors qu'un logement compte au moins 3 habitants et que chacun de ses habitants est bénéficiaire de Wlz. Un logement avec un ou deux habitants recevant (tous deux) une prestation Wlz ne sera pas considéré comme un logement institutionnel.

CBS se réfère ensuite au type de prise en charge pour restreindre le champ des logements institutionnels accueillant des personnes âgées dépendantes. Tous les habitants d'un logement institutionnel de type 'dépendance' sont alors considérés comme des résidents d'un établissement.

L'inconvénient de cette approche est qu'elle conduit à classer des personnes seules ou en couple résidant dans une maison individuelle comme résidents d'un établissement dès lors qu'elles reçoivent une prestation Wlz, alors même que ce logement peut correspondre à leur domicile privé. Afin de ne pas surestimer la proportion de bénéficiaires de l'assurance dépendance qui résident en institution, nous avons mis en œuvre un repérage plus restrictif des individus résidant en institution. À notre demande, CBS a croisé les informations sur le nombre d'habitants dans les immeubles occupés par les bénéficiaires de prestations Wlz, de façon à ce que nous puissions nous focaliser sur les immeubles ayant au moins 5 habitants (et donc peu susceptibles d'être des maisons individuelles ou mitoyennes dans lesquelles résideraient deux couples de personnes âgées dépendantes).

Encadré 4

Un développement des établissements non conventionnés ?

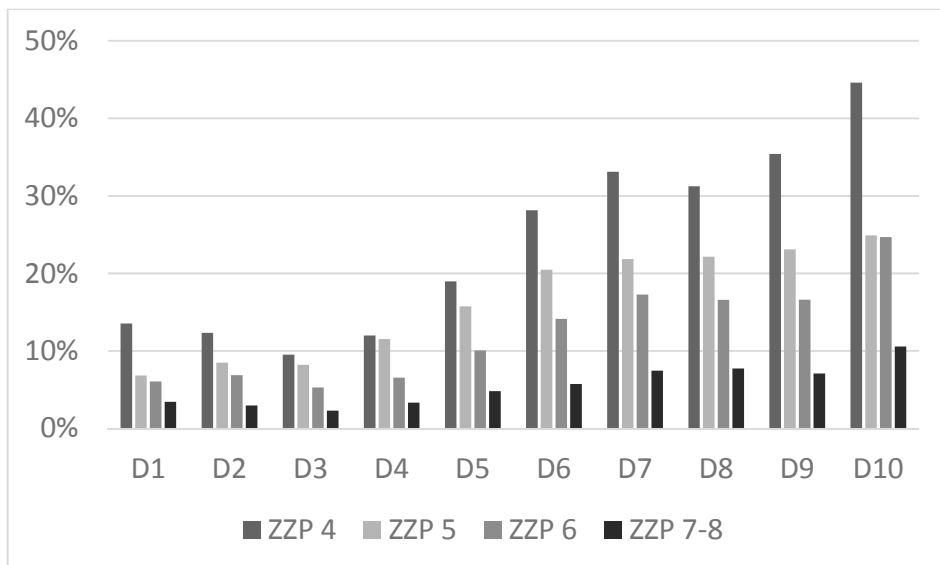
Le site internet *zorgkaartnederland.nl* (encadré 2) recensait fin 2018 2 463 établissements pour personnes âgées dépendantes ayant fait l'objet d'une recension dans l'année. Parmi ces établissements, 12 % étaient non conventionnés. Les recensions pour des établissements non conventionnés représentaient seulement 3 % des recensions pour des établissements accueillant des personnes âgées, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les établissements non conventionnés semblent généralement de petite taille (Plaisier et den Draak, 2019).

Entre 2015 et 2018, le nombre d'établissements non conventionnés ayant fait l'objet d'au moins une recension (d'environ 60 à 180) a plus fortement augmenté que le nombre d'établissements conventionnés, bien que la hausse du nombre de recensions pour des établissements non conventionnés n'a pas été plus rapide que celle enregistrée pour les établissements conventionnés. La tendance à la recension des établissements pour personnes âgées dépendantes étant récente, la hausse du nombre d'établissements recensés surestime probablement la hausse du nombre d'établissements existants. De même, il est possible que la forte hausse du nombre d'établissements non conventionnés recensés exagère l'accroissement de ce secteur. D'un autre côté, ces chiffres ne reflètent pas le fait que certaines maisons de retraite proposent également des unités de vie et des lits non conventionnés, dans le cadre desquels VPT, MPT et PGB peuvent être mobilisés pour le financement des soins⁹.

Un gradient socio-économique aux modalités alternatives

Pour finir, nous croisons les données de recours aux prestations de l'assurance sociale dépendance et le revenu des individus (encadré 2). La figure 2 révèle un gradient socio-économique dans le recours aux modalités alternatives de financement très net : quel que soit le niveau de dépendance, les individus plus modestes ont une probabilité de recours moindre que les plus aisés, avec un rapport de 1 à 4 entre le décile inférieur de revenu (dans lequel 7 % environ des individus optent pour une prise en charge autre qu'un séjour en maison de retraite) et le décile supérieur (28 % recourent aux VPT, MPT ou PGB). Il reste vrai qu'à tout niveau de revenu, la propension à recourir à un forfait à domicile ou une prestation monétaire diminue fortement avec le niveau de dépendance.

⁹ En témoignent les sites internet de nombreuses maisons de retraite qui proposent aux résidents potentiels soit un séjour classique, soit un hébergement accompagné de services dans un cadre semi-collectif (appartement ou chambre privé, espaces collectifs).

Figure 2 – Taux de recours au VPT, MPT ou PGB selon le décile de revenu (2015-2017)

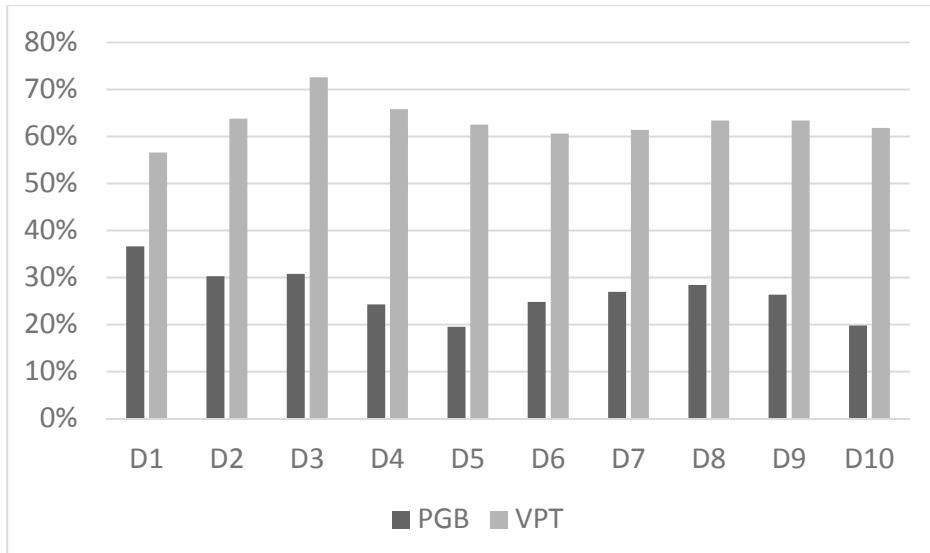
Échantillon : Population des 65 ans ou plus résidant aux Pays-Bas et recevant une prise en charge Wlz entre 2015 et 2017 (ZPP 4 à 8).

Notes : Calculs des auteurs. D1 (resp. D10) regroupe les 10 % des individus de 65 ans et plus ayant le revenu disponible par unité de consommation le plus faible (resp. le plus élevé).

La figure 3 indique que la proportion des individus qui semblent vivre dans un établissement non conventionné parmi ceux qui ont recours à un forfait global (VPT) oscille autour de 60 % quel que soit le niveau de revenu. Parmi ceux recevant une prestation monétaire (PGB), nous estimons la proportion des individus résidant dans un établissement non conventionné à 38 % dans le premier décile et seulement à 18 % dans le dernier décile. Ceci pourrait traduire le fait que la prestation monétaire permet aux bénéficiaires, et notamment les moins aisés, de résider dans un cadre collectif tout en réduisant leur reste-à-charge sur les aides et soins reçus puisqu'elle permet de rémunérer un professionnel non conventionné ou un proche.

Combinés au fait que la probabilité de recours au PGB, VPT et MPT est bien plus élevée pour les plus aisés que pour les moins aisés (figure 3, cf. *supra*), il en résulte que la probabilité pour un bénéficiaire de l'assurance sociale dépendance de résider dans un établissement non conventionné est significativement plus élevée pour les personnes aisées¹⁰.

¹⁰ Il est également possible que notre repérage des établissements (cf. encadré 3 et section 3.2), puisse conduire à des faux-négatifs relativement plus fréquents chez les personnes plus aisées, si ces dernières sont davantage susceptibles de résider dans un établissement offrant des logements dans des ensembles de petite taille. Si c'est le cas, le gradient socio-économique dans la probabilité de résider dans un établissement non conventionné plutôt qu'à domicile serait encore plus marqué que nos estimations le suggèrent.

Figure 3 – Proportion des bénéficiaires d'un VPT ou PGB résidant dans un établissement non conventionné

Échantillon : Population des 65 ans ou plus résidant aux Pays-Bas et recevant une prise en charge Wlz entre 2015 et 2017 (ZZP 4 à 8). En noir, l'échantillon est restreint aux individus recevant un PGB entre 2016 et 2017 ; en gris, l'échantillon est restreint aux individus recevant un VPT entre 2015 et 2017.

Notes : Calculs des auteurs. D1 (resp. D10) regroupe les 10 % des individus ayant le revenu disponible par unité de consommation le plus faible (resp. le plus élevé).

Discussion et conclusion

Aux Pays-Bas, les forfaits global et modulaire à domicile (VPT et MPT) et le budget personnel (PGB) constituent des modalités de financement de la dépendance alternatives au séjour classique en maison de retraite. Les données individuelles et agrégées concordent sur le fait que ces alternatives se sont fortement développées ces dernières années. En 2017, environ 17 % des personnes âgées dépendantes bénéficiaires de l'assurance sociale dépendance (Wlz) avaient recours à un forfait à domicile ou à une prestation monétaire plutôt qu'à un séjour en maison de retraite. Nos estimations mettent en avant deux déterminants majeurs du recours à ces modalités alternatives de financement : le niveau de dépendance et le revenu. Les bénéficiaires les moins lourdement dépendants ainsi que les individus plus aisés y recourent davantage. S'appuyant sur des données originales, notre étude suggère également qu'une proportion élevée des bénéficiaires de forfaits à domicile et de prestations monétaires vivent en réalité dans un établissement pour personnes âgées, non conventionné par l'assurance dépendance.

Si elles viennent éclairer des débats jusqu'à ce jour peu étayés par des chiffres, nos estimations sont tributaires des angles morts du système d'information statistique néerlandais. Ce dernier, qui s'appuie essentiellement sur les registres des

assurances sociales, est d'une très grande qualité dès lors qu'il s'agit de repérer l'utilisation de services financés sur fonds publics. Il montre toutefois ses limites dans le contexte d'un développement d'alternatives privées. À notre connaissance, aucune source fiable ne permet d'évaluer la qualité relative de l'accompagnement en maison de retraite non conventionnée.

Sous réserve d'une certaine prudence dans l'interprétation de nos résultats, quels enseignements tirer de l'expérience néerlandaise ? Les objectifs assignés aux modalités alternatives de financement ont-ils été atteints ? Le tableau est contrasté. D'un côté, VPT, MPT et PGB semblent contribuer à la baisse des effectifs de personnes âgées en maison de retraite. Ces prestations sont davantage mobilisées par les personnes ayant une dépendance modérée, pour lesquels le coût monétaire d'un accompagnement en logement ordinaire (et en particulier le coût pour la puissance publique) est probablement inférieur au coût d'un séjour en maison de retraite¹¹. En cela, leur utilisation semble contribuer à la maîtrise des dépenses publiques de dépendance. D'un autre côté, l'objectif de maintien à domicile se trouve partiellement dévoyé par la mobilisation des forfaits à domicile et des budgets personnels pour financer des aides et soins reçus dans des établissements non conventionnés, dont les tarifs ne font l'objet d'aucune régulation. Par le biais de ces modalités de financement, parmi les 10 % des bénéficiaires d'une prestation dépendance les plus aisés, 25 % résideraient dans un établissement non conventionné, contre 10 % seulement parmi les 10 % des bénéficiaires les moins aisés.

Plus fondamentalement, ces développements récents sont à questionner au regard des principes sur lesquels est bâtie l'assurance sociale dépendance néerlandaise. Le barème de la participation financière dans le cadre des VPT, MPT et PGB fournit une incitation financière aux personnes aisées à choisir un établissement non conventionné plutôt qu'une maison de retraite. Si de telles alternatives privées sont appelées à se généraliser, l'équité dans le financement de la dépendance pourrait être mise à mal, les restes-à-charge supportés dans ces institutions privées dépendant moins fortement des ressources des bénéficiaires qu'en maison de retraite. Si les initiatives résidentielles privées confèrent aux personnes âgées davantage de liberté dans l'organisation de leur accompagnement, il est à craindre que celle-ci ne soit véritablement effective que pour les personnes les plus aisées et n'ouvre la voie à un système de prise en charge à deux vitesses. L'équité dans la prise en charge pourrait en faire les frais.

Pourtant, la moindre propension des plus aisés à opter pour une entrée en maison de retraite, également documentée de manière plus systématique par Marianne Tenand *et al.* (2020), permet de libérer des ressources publiques pour améliorer la couverture financière ou la qualité de la prise en charge des moins aisés. Recentrer l'assurance sociale dépendance sur un socle de prestations de qualité suffisante, tout en encourageant une logique de complément (*topping up*) pour ceux qui en ont le souhait et les moyens est peut-être le prix à payer pour

¹¹ Si on adopte une approche économique plutôt que comptable, la prise en compte du coût économique des aides informelles, dont bénéficient probablement des personnes même modérément dépendantes si elles restent en logement ordinaire, pourrait toutefois faire pencher la balance en faveur de l'institutionnalisation (Bakx *et al.*, 2020 ; Fontaine, Gramain et Wittwer, 2020).

maintenir une prise en charge universelle sans augmenter substantiellement la part de la richesse nationale qui lui est consacrée (Barr, 2010)¹².

Alors que les décideurs publics semblent s'accommoder de la mobilisation des forfaits à domicile et des prestations monétaires dans des cadres résidentiels collectifs, l'opinion publique semble quant à elle plutôt mal à l'aise face à ces évolutions. L'exemple des Pays-Bas porte probablement l'empreinte de la tension entre libéralisme et égalitarisme qui caractérise la société néerlandaise, mais il nous semble également fournir une illustration éclairante des difficultés à articuler libre choix, encouragement du maintien à domicile, équité dans la prise en charge et dans son financement.

RÉFÉRENCES

- Bakx, P., Wouterse, B., van Doorslaer, E. et Wong, A. (2020). Better off at home? Effects of nursing home eligibility on costs, hospitalizations and survival. *Journal of Health Economics*, 73, 102354. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2020.102354>
- Barr, N. (2010). Long-term care: a suitable case for social insurance. *Social Policy & Administration*, 44(4), 359-374. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2010.00718.x>
- Bozio, A., Gramain, A., Martin, C. et Masson, A. (2016). Quelles politiques publiques pour la dépendance ?. *Notes du conseil d'analyse économique*, (8), 1-12. <https://doi.org/10.3917/ncae.035.0001>
- CBS. (2019a). *StatLine. Monitor Langdurige Zorg*. Repéré à : <https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/>
- CBS. (2019b). *Monitor Langdurige Zorg*. Repéré à : <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/>
- Fontaine, R., Gramain, A. et Wittwer, J. (2020). *Soutien à l'autonomie des personnes âgées : sur quels principes fonder un nouveau modèle de financement ?* Document de travail, Bureau d'Économie Théorique et Appliquée, Strasbourg, 2020-32.
- Hussem, A., Tenand, M. et Bakx, P. (2020). *Publieke middelen voor particuliere ouderenzorg*. Netspar Industry Series, Design Paper 143, Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement.
- Kattenberg, M. et Bakx, P. (2020). Substitute services: a barrier to controlling long-term care expenditures. *European Journal of Ageing*, (18), 85-97. <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00570-x>
- Kok, L., Berden, C. et Sadiraj, K. (2015). Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores. *The European journal of health economics*, 16(2), 119-131. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0557-1>

¹² Ajoutons cependant que le soutien politique à un système coûteux (car généreux), qui repose sur la solidarité entre revenus, dépend probablement de la garantie offerte à chacun, notamment aux plus riches, de pouvoir en bénéficier.

- Libault, D. (2019). *Rapport de la concertation Grand âge et autonomie, remis à Agnès Buzin le 28 mars 2019*. Repéré à : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf
- Maarse, J. H. et Jeurissen, P. P. (2016). The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy*, 120(3), 241-245. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.014>
- Ned Tijdschr Geneesk. (2017). *De ontwikkeling van kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie Van verpleeghuis naar dementievriendelijk ontwerp*. 161 : C3612. Repéré à : <https://www.ntvg.nl/artikelen/de-ontwikkeling-van-kleinschalig-groepswonen-voormensen-met-dementie>
- OCDE (2011). *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising*. Paris, Organisation pour la coopération et le développement économique.
- OCDE (2020). *OECD. Stat. Long-Term Care Resources Utilisation*. Organisation pour la coopération et le développement économique. Repéré à : https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR
- Oliveira Hashiguchi, T. et Llana-Nozal, A. (2020). *The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?* Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 117, Paris, OCDE. <https://doi.org/10.1787/2592f06e-en>
- Plaisier, I. et den Draak, M. (2019). *Wonen met zorg. Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen met zorg*, SCP-Publicatie 2019-11, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag. <https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2019/07/02/wonen-met-zorg>
- Tenand, M., Bakx, P. et Van Doorslaer, E. (2020). Equal long-term care for equal needs with universal and comprehensive coverage? An assessment using Dutch administrative data. *Health Economics*, 29(4), 435-451. <https://doi.org/10.1002/hec.3994>

e-mail auteur : m.tenand@cpb.nl ; arjen.hussem@pggm.nl ; bakx@eshpm.eur.nl

Financements

Cette recherche a bénéficié du soutien du Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement (Netspar) dans le cadre du projet « Optimal saving and insurance for old age: the role of public long-term care insurance ». Le réseau ODISSEI (Open Data Infrastructure for Social Science and Economic Innovations) a apporté son soutien au financement de l'accès aux données mobilisées dans cette étude.

Remerciements

Les auteurs remercient l'Institut statistique néerlandais (CBS) pour l'accès aux données. Une version antérieure de cette étude a été publiée à destination d'un public néerlandais (Hussem, Tenand et Bakx, 2020). Les erreurs que pourrait contenir cet article relèvent de la seule responsabilité des auteurs.

Informations relatives aux données exploitées

Cette recherche met à profit des données individuelles confidentielles de l'Institut statistique néerlandais (CBS). Dans certaines conditions et sous réserve d'un accord de confidentialité, ces données sont accessibles à des fins de recherche statistique et scientifique. Pour davantage d'informations : microdata@cbs.nl. Cette étude exploite également des données confidentielles mises à disposition des auteurs par CBS et par la Fédération de Patients des Pays-Bas (Zorgkaart Nederland, Patiëntenfederatie Nederland). L'exploitation de ces données et leur publication ont été réalisées dans le respect de la réglementation européenne sur les données individuelles (RGPD du 25 mai 2018).

DOI: 10.3917/gst.1.165.0287