



HAL
open science

Encourager le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes par des modalités alternatives de financement public ? L'expérience récente des Pays-Bas

Marianne Tenand, Arjen Hussem, Pieter Bakx

► To cite this version:

Marianne Tenand, Arjen Hussem, Pieter Bakx. Encourager le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes par des modalités alternatives de financement public ? L'expérience récente des Pays-Bas. 2020. hal-02985777

HAL Id: hal-02985777

<https://hal.science/hal-02985777>

Preprint submitted on 2 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Encourager le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes par des modalités alternatives de financement public ?

L'expérience récente des Pays-Bas

Marianne Tenand^a Arjen Hussem^b Pieter Bakx^c

Juillet 2020

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 (PGB). Celles-ci permettent à la personne âgée de bénéficier d'une prise en charge globale tout en restant théoriquement 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 privés non-conventionnés. En participant au développement d'un système de prise en charge à deux vitesses, ils pourraient 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-clefs : Dépendance des personnes âgées ; Maintien à domicile ; Financement public ; Équité.

^a Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), Erasmus Center for Health Economics Rotterdam (EsCHER) Erasmus University, Rotterdam, the Netherlands. Contact: marianne.tenand.pro@gmail.com

^b PGGM, Zeist, the Netherlands.

^c Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), Erasmus Center for Health Economics Rotterdam (EsCHER) Erasmus University, Rotterdam, the Netherlands.

Title (English):

Promoting aging in place through flexible care options: recent developments from the Netherlands

Abstract (English):

Free choice, ageing in place, financial accessibility and the containment of public spending are focal topics in the public debate about long-term care policies. In order to better balance these objectives, the Netherlands have developed new financing options, in-between between publicly subsidized home care and nursing home care for individuals with moderate to severe care needs. Those may choose to receive either vouchers (PGB), with which they can arrange care themselves, a Full Package at Home (VPT), or a Modular Package at Home (MPT). With VPT and MPT, a comprehensive package of care is provided in-kind, but in theory outside a regular nursing home. Little is known about the role played by these care options. This article describes the design of PGB, VPT and MPT, notably in terms of the cost-sharing between the recipient and the public long-term care insurance. In addition, it leverages aggregate statistics and individual-level administrative data to shed light on the use of these care options. Individuals with more limited care needs and higher-income individuals are more likely to take up these alternative care options, which are suggested to contribute to the development of non-contracted private nursing homes. By favoring the development of a two-tier system, these care options might undermine equity in long-term care receipt and in its financing, which underpins the Dutch social long-term care insurance. The Dutch case illustrates the trade-off between universal access and free choice in care.

Key-words: Long-term care; Ageing in place; Public financing; Equity.

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 :

Une version de cette étude destinée à un public néerlandais a été publiée en tant que *Netspar Design Paper* (Arjen *et al.*, 2020). Les auteurs remercient l'Institut statistique néerlandais (CBS) pour l'accès aux données. Les erreurs que pourraient 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).

1. Introduction

Dans un contexte de vieillissement démographique marqué, l'organisation des systèmes de prise en charge de la dépendance et leur financement font 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 bénéficiaires de prestations dépendance (Libault, 2019) qu'avec les considérations budgétaires qui amènent à reconsidérer l'importance jouée par l'accompagnement en maison de retraite. Le développement du maintien à domicile butte 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 & Bax, 2020). Dans le cas français par exemple, 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 à un financement public d'un nombre limité d'heures d'aide et ne permet pas de financer des aides ménagères ou des soins infirmiers. Cette architecture complique tant l'accompagnement à domicile des situations de dépendance relativement lourdes, qui nécessitent la provision d'un volume conséquent d'aide par différents professionnels (aides ménagères, assistance à la vie quotidienne, soins aux corps et soins infirmiers), que le développement de formes d'hébergement intermédiaires, entre logement ordinaire et établissement collectif (Bozio *et al.*, 2016).

Un constat similaire s'observe également dans d'autres pays de l'OCDE, conduisant les décideurs publics à réfléchir à des modalités de financement public de l'accompagnement de la dépendance innovantes et plus souples. C'est notamment le cas aux Pays-Bas. Conséquence d'un financement public relativement généreux, le taux d'institutionnalisation des personnes âgées y a été historiquement élevé : 6,6 % des néerlandais âgés de 65 ans ou plus vivaient dans une maison de retraite ou un autre établissement spécialisé en 2010 (OCDE, 2020). Par ailleurs, le pays a connu une augmentation forte des dépenses publiques relatives aux politiques de la perte d'autonomie. La Commission Européenne estimait en 2015 qu'en l'absence de réformes additionnelles, cette dépense publique augmenterait de 4.1 % du Produit intérieur brut (PIB) en 2013 à 7.5 % à l'horizon 2060 (Commission Européenne, 2015).

Au cours de la dernière décennie, les gouvernements néerlandais se sont attelés à réformer le système de prise en charge de la dépendance au cours (Maarse & Jeurissen, 2015). Le pays a notamment mis en œuvre un certain nombre de mesures visant à favoriser le maintien à

domicile. Entre 2012 et 2014, le financement public des unités de vie en résidence autonomie pour les personnes âgées en situation de dépendance légère a été progressivement 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 (partiellement) pris en charge 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) permettent aux personnes âgées éligibles à une prise en charge en institution de rester à leur domicile et d'y recevoir 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 un `budget personnel` (Persoonsgebonden Budget, ou PGB), lequel se présente comme une prestation monétaire permettant aux personnes âgées et à leurs familles d'organiser elles-mêmes les aides qu'elles souhaitent recevoir.

Si ces modalités nouvelles de financement sont censées encourager le maintien à domicile, elles pourraient également contribuer au développement d'établissements privés, où les soins seraient financés en partie par la puissance publique mais les prestations d'hébergement seraient facturées intégralement par l'établissement aux résidents. Par ailleurs, si MPT, VPT et PGB doivent permettre aux bénéficiaires de choisir plus librement l'organisation de leur accompagnement, elles favorisent aussi 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 elle se vérifie, cette logique rompt avec celle du système néerlandais garantissant des modalités de prise en charge universelle et homogène. Pour cette raison sans doute, 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 tant sur l'utilisation de ces modalités de financement par les personnes âgées que sur leur contribution au développement d'établissements privés accueillant des résidents dépendants.

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 permet de disposer d'éléments empiriques permettant d'éclairer le débat public sur les évolutions récentes. Dans un contexte plus général et international, qui allie promotion du libre-choix des personnes âgées et encouragement du maintien à domicile, 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 de financement public dont peuvent bénéficier les personnes âgées dépendantes éligibles à une prise en charge en institution, en les situant dans le contexte institutionnel de la prise en charge de la dépendance aux Pays-Bas. 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 du d`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 dans le système de prise en charge de la dépendance.

2. La prise en charge de la dépendance aux Pays-Bas : éléments de contexte et rôle des modalités alternatives de financement

2.1. Une assurance sociale pour l'accompagnement de la dépendance

Précurseur en matière d'organisation d'un système public d'accompagnement du handicap et de la dépendance, le pays a mis en place dès 1968 une assurance sociale contre le risque de perte d'autonomie, garantissant l'accessibilité financière aussi bien des aides à domicile que des accompagnements en institution (Schut *et al.*, 2013), dans un cadre fournissant une qualité des soins relativement élevée. Les Pays-Bas se sont toutefois engagés dans une réforme importante du système de prise en charge de la dépendance. En 2015, l'assurance sociale dépendance (Wlz) a été recentrée sur l'accompagnement en institutions. Les aides à domicile de type aides aux corps et soins infirmiers se trouvent maintenant organisées et financées au niveau régional par les assureurs privés dans le cadre de l'assurance sociale maladie (Zvw),¹ tandis que les aides moins qualifiées (aides ménagères, autres aides à la vie quotidienne) restent financées par un dispositif universel (Wmo) dont le financement et la mise en œuvre sont confiés aux municipalités (Maarse & Jeurissen, 2016). Aux objectifs affichés de la réforme de 2015 (notamment amélioration de la coordination entre les différents professionnels de l'aide à domicile, gains d'efficacité stimulés par la responsabilité budgétaire reposant sur les assureurs privés) s'est superposé un objectif de maîtrise des dépenses publiques.

¹ L'Assurance maladie néerlandaise, universelle et obligatoire, fonctionne par mise en concurrence régulée d'assureurs privés (Schut *et al.*, 2013).

Les principes fondateurs du système néerlandais de prise en charge de la dépendance restent toutefois les piliers de l'assurance sociale Wlz : solidarité entre générations (financement par cotisations sociales prélevées sur les salaires), solidarité entre riches et pauvres (participation financière aux coûts des séjours en maison de retraite calibrée en fonction des ressources financières) et équité dans l'accès à une prise en charge de qualité (conventionnement et tarification des maisons de retraite). Conformément à la logique universaliste et égalitariste du système néerlandais, l'assurance sociale dépendance permet à toute personne âgée dépendante de bénéficier d'un accompagnement en maison de retraite. En d'autres termes, le financement public ne se limite pas aux résidents ayant des revenus faibles : si le système néerlandais requiert que chaque résident participe financièrement aux coûts de sa prise en charge, il garantit que cette participation financière soit proportionnée aux ressources financières du résident et prévoit un plafonnement des restes-à-charge même pour les individus aisés, quand de nombreux pays de l'OCDE assure l'accessibilité financière d'un accompagnement en maison de retraite seulement pour les plus modestes (Oliveira Hashiguchi & Llana-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 une éligibilité à une prise en charge en institution. Le cas échéant, 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 d'aides médico-sociales.

Aux Pays-Bas, les institutions habilitées à accueillir des bénéficiaires de l'assurance sociale dépendance sont des organisations privées à but non lucratif, qui doivent être conventionnées par les agences régionales de l'assurance sociale dépendance. Les tarifs, négociés entre les institutions et les agences régionales, définissent les montants versés par l'assurance dépendance aux établissements pour l'accueil de personnes âgées dépendantes. Ces tarifs varient en fonction du forfait de soins des bénéficiaires, mais ne se répercutent pas sur la participation financière que doit acquitter le résident : celle-ci sera la même quel que soit l'établissement conventionné qu'il choisit sur le territoire.

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

Pour les personnes âgées éligibles à une prise en charge en maison de retraite, plusieurs possibilités sont offertes. Premièrement, la personne peut choisir d'entrer dans une maison de retraite conventionnée par l'assurance dépendance. Deuxièmement, elle peut opter pour un 'budget personnel' (*Persoonsgebonden*, ou PGB), qui prend la forme d'une prestation

monétaire dédiée aux financements d'aides professionnelles, dont les prestataires peuvent être librement choisis par le bénéficiaire. Le budget personnel peut également être utilisé pour rémunérer un proche aidant. Le développement de cet outil a été promu comme un moyen de garantir aux personnes âgées un accompagnement selon leurs préférences et celles de leurs proches, tout en réduisant les coûts associés. La troisième possibilité offerte est le `forfait global à domicile` (*Volledig Pakket Thuis*, ou VPT), qui permet de recevoir en logement ordinaire 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), qui 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.

Les options alternatives que constituent PGB, VPT et MPT sont pensées comme des moyens pour les personnes modérément à lourdement dépendantes de rester chez elles si elles le souhaitent³, tout en bénéficiant d'aides et de soins dont le coût est partiellement pris en charge par l'assurance sociale dépendance.

Encadré 1: qu'entend-on par maison de retraite aux Pays-Bas ?

Aux Pays-Bas, 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 appellerons *maisons de retraite* dans cet article, sont tous privés non-lucratifs. Ils ont vocation à accueillir les résidents âgés de manière permanente. D'autres types d'établissements, financés par Wlz ou par l'assurance maladie, accueillent les personnes handicapées, les patients souffrant de maladies psychiatriques ou les patients ayant besoin temporairement de soins de suite.

Jusqu'en 2013, les maisons de retraite pouvaient accueillir des patients relativement peu dépendants : des personnes âgées ayant un ZZP 1 à 3 (cf. définition en section 2.1) étaient ainsi éligibles à une prise en charge institutionnelle, dans un cadre équivalent aux Établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) français (unités de vie adaptées

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

mais autonomes, cadre non-médicalisé, services de restauration etc.). Depuis 2014, seuls les niveaux de dépendance modérées à lourdes (ZZP 4 à 8) ouvrent droit à une prise en charge 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 par l'assurance sociale dépendance.

2.3. Partage des coûts et logique de complément

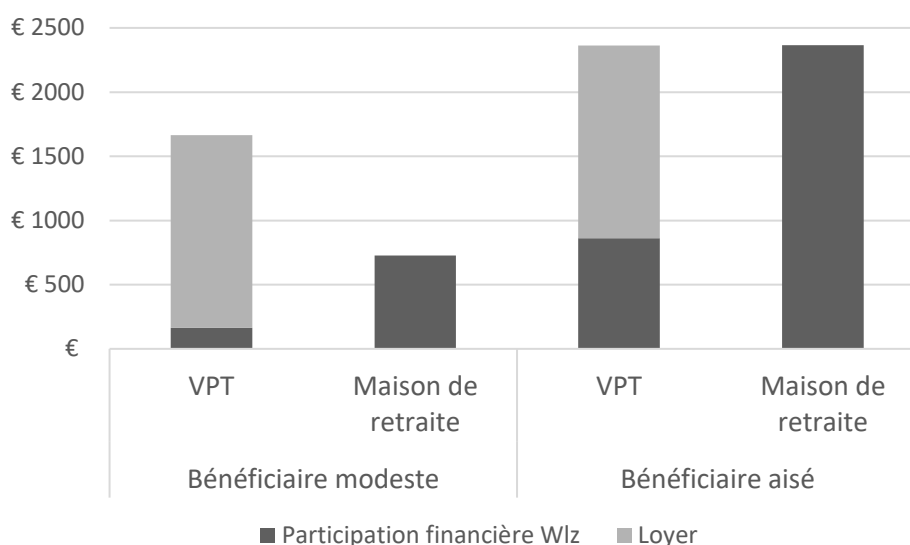
Du point de vue du partage des coûts de la prise en charge, il convient de noter que VPT, MPT et PGB diffèrent d'un séjour `classique` en institution: en maison de retraite, les soins médicaux, les aides médico-sociales mais aussi les frais de gîte et de couvert se trouvent partiellement financées par 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 assure 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 additionnels payés de sa poche. Un tel schéma contraste avec une prise en charge `classique` en maison de retraite, censée offrir à tous les résidents ayant un même niveau de besoins un même ensemble de services et de soins. Deuxième conséquence, les forfaits à domicile et budget personnel peuvent être mobilisés par des personnes âgées dépendantes dont le domicile est une chambre ou une unité de vie dans un établissement non-conventionné. 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 retraite⁴. 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 de contrôle de la qualité de la prise en charge auquel répond le conventionnement des maisons de retraite.

⁴ Et notamment dans des cadres pensés pour des résidents aux besoins spécifiques, comme les personnes souffrant de maladies neuro-dégénératives (Ned Tijdschr Geneesk, 2017).

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 le voir, prenons l'exemple de deux personnes, Madame X percevant la pension de retraite minimale (AOW, soit environ 1 200 euros de revenu disponible mensuel) et Monsieur Y, qui bénéficie d'une pension de retraite confortable, lui conférant un revenu disponible de 3 000 euros par mois. Si Madame X décide d'entrer en maison de retraite, elle devra acquitter une participation financière mensuelle de 728 euros. Si elle opte pour un forfait global (VPT), elle devra s'acquitter d'une participation financière de 164 euros, mais également du loyer du logement dans lequel elle réside. Tant que ce dernier est inférieur à 560 euros, la VPT est financièrement avantageuse pour Mme X ; en revanche, si elle souhaite occuper une unité de vie ou un lit dans un établissement privé non-conventionné, son reste-à-charge total (participation financière Wlz plus loyer) sera probablement supérieur au reste-à-charge qu'elle supporterait en maison de retraite. Bien que peu d'éléments sur la tarification des établissements non-conventionnés soient disponibles, un rapport récent indique que ce tarif varie entre 500 et 3 000 euros mensuels (SCP, 2019). En supposant un tarif de 1 500 euros, le reste-à-charge mensuel serait alors de 1 664 euros mensuels pour Mme X, comme l'illustre la Figure 1 (soit davantage que son revenu). Pour M. Y en revanche, entrer en maison de retraite ou recevoir une VPT dans un établissement non-conventionné reviendrait financièrement au même : ajoutée à un loyer de 1 500 euros, sa participation financière au forfait global (862 euros) correspondrait peu ou prou au reste-à-charge pour un séjour en maison de retraite (2 365 euros)⁵. 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.

⁵ Si le bénéficiaire choisit un forfait modulaire ou un budget personnel, sa participation financière sera plus faible que s'il opte pour un forfait global (23 euros pour Mme X et 721 euros pour M. Y). A noter qu'avec ces options, le coût des repas et de la blanchisserie sont entièrement à la charge du bénéficiaire.

Figure 1 : restes-à-charge selon le revenu et l'option de prise en charge choisie



Notes : Illustration supposant un loyer mensuel de 1 500 euros. Les valeurs de la participation financière qu'un résident d'une maison de retraite conventionnée doit verser l'assurance sociale dépendance (Wlz) sont celles en vigueur en 2019.

Cet exemple illustre le fait que le principe égalitariste (à chacun selon ses besoins, de chacun selon ses capacités financières) qui sous-tend la prise en charge par l'assurance sociale dépendance se trouve affaibli dans le cadre des modalités alternatives de financement, et tout particulièrement lorsque ces modalités de financement sont mobilisées pour une prise en charge dans un établissement non-conventionné. Par ailleurs, il nous conduit à l'hypothèse que le recours aux VPT, MPT et PGB dans un cadre résidentiel est plus élevé pour les personnes âgées aisées, alors que cette configuration est financièrement peu attractive, voire inaccessible, pour les plus modestes.

3. Recours aux modalités alternatives de financement de la dépendance et développement des 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 actuellement aux Pays-Bas ? L'objet de cette section est de mobiliser plusieurs sources statistiques afin de documenter les développements récents dans le recours aux forfaits global ou modulaire 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 accueillant des personnes âgées dépendantes. Avertissons d'emblée le lecteur : si les données administratives néerlandaises sont, généralement, très riches et de bonne qualité, elles ne contiennent que des informations parcellaires sur ce qui constitue l'objet de cet article. Si nous avons complété les données administratives par des sources complémentaires (cf. Encadré 2), notre état des lieux est tributaire des limites du système d'information statistique.

Dans un premier temps, nous documentons le recours aux forfaits à domicile et au budget personnel dans la population âgée néerlandaise ; nous montrons ensuite comment ce recours varie avec le degré de dépendance. Dans un troisième temps, nous proposons une estimation de la part des bénéficiaires de ces options de financement alternatives qui résident non pas en logement ordinaire, mais dans un cadre résidentiel collectif. Nous présentons ensuite les chiffres disponibles sur les établissements privés non-conventionnés, pour finir par l'estimation du gradient socio-économique dans le recours aux modalités alternatives de financement.

3.1. 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 et modulaires et les budgets personnels. 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 semble indiquer que le recours à cette modalité de financement par des personnes plus lourdement dépendantes est devenu plus fréquente. A l'inverse, les dépenses publiques sur les séjours en maisons de retraite conventionnées sont restées stables entre 2012 et 2018 (entre 8 et 9 milliards d'euros). Ces dépenses correspondaient à 157 000 équivalent-années de prise en charge en 2011, mais à 123 000 seulement en 2017 ; en d'autres termes, le coût unitaire moyen de la prise en charge en maison de retraite a fortement augmenté en quelques années, traduisant

la sévérité accrue de la dépendance du résident moyen. En 2017, les dépenses de VPT et PGB 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 (cf. 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 classique : 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). Les 83 % restant ont été pris en charge dans une maison de retraite conventionnée.

Encadré 2 : Données mobilisées

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

- a. 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* (traduisible par `Suivi des soins de longue durée`). Voir CBS (2019a, 2019b).
- b. Des données administratives individuelles issues de plusieurs sources et liées entre elles par un identifiant unique anonymisés. 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 appariées 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 mis à disposition par l'Institut statistique néerlandais, qui s'appuie sur 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.
- c. Un recensement des prestataires de soins réalisée par la Fédération de Patients des Pays-Bas, qui met cette information à destination du public dans un annuaire en ligne (*Zorgkaart Nederland*). Les internautes peuvent publier une recension d'un

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

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 ne semble pas à jour : 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.

3.2. Un recours au budget personnel et aux forfaits à domicile moins fréquent dans les situations de dépendance lourde

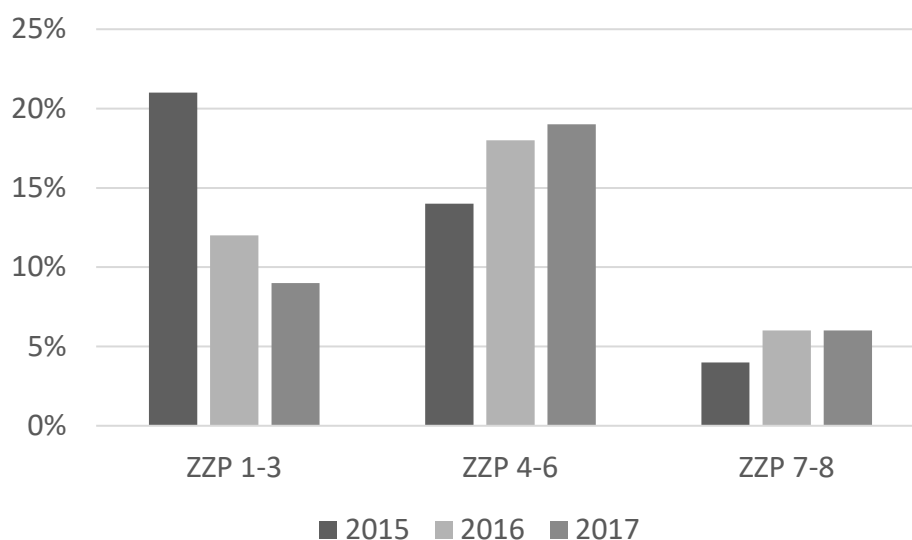
Le maintien à domicile est en pratique d'autant plus difficile que la personne âgée se trouve dans une situation de dépendance lourde. Si les forfaits à domicile et les prestations monétaires visent à pallier les difficultés de coordination des aides reçues à domicile, ce type de financement alternatif vise davantage à retarder l'entrée en institution d'individus relativement peu dépendants qu'à décourager la prise en charge en maison de retraite de personnes lourdement dépendantes. La littérature économique suggère en effet que le coût global d'un accompagnement à domicile pour ces derniers excède celui d'une prise en charge à domicile (voir notamment Bakx *et al.*, 2018).

Nous évaluons si, dans le contexte néerlandais, les financements alternatifs que représentent VPT, MPT et PGB sont davantage choisis par les bénéficiaires les moins dépendants. Les données individuelles de recours aux aides financées par l'assurance sociale dépendance contiennent le forfait de soins (ZZP) auquel chaque bénéficiaire est éligible du fait de son état fonctionnel et de sa santé. Les ZZP sont numérotés de 1 à 8 : le ZZP 1 indique une légère dépendance fonctionnelle, tandis que le ZZP 8 indique une dépendance très lourde (besoin de surveillance constante et soins infirmiers fréquents). Depuis 2014, seuls les individus ayant un ZZP 4 à 8 sont éligibles à une prise en charge financée par l'assurance sociale dépendance ; toutefois les individus entrés dans le dispositif avec une dépendance légère (ZZP 1 à 3) avant 2014 peuvent continuer d'en bénéficier. En janvier 2017, ils ne représentaient plus que 9 % de l'ensemble des bénéficiaires. Les bénéficiaires en ZZP 4 et 5 représentaient respectivement 21 et 46 % des bénéficiaires, contre 19 % pour ceux en ZZP 6 (qui regroupe essentiellement des

personnes ayant des troubles neuro-dégénératifs) et 9 % pour les bénéficiaires en ZZP 7 et 8 (dépendance lourde).

Si on met de côté le cas particulier des bénéficiaires en ZZP 1 à 3, la propension à recourir à une modalité de financement alternative est plus élevée pour les bénéficiaires ayant une dépendance modérée que pour les bénéficiaires en dépendance lourde. Comme l'indique la Figure 2, 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 ZZP 4 à 6 que pour ceux ayant un ZZP 7 ou 8 ; pour les premiers, le taux de recours a cru de 14 % à 19 % en 3 ans. Le taux de recours aux modalités alternatives de financement est le plus élevé parmi les bénéficiaires en ZZP 4, indiquant que ces outils sont bel et bien davantage mobilisés par les personnes âgées pour lesquelles le coût total d'une prise en charge à domicile s'avère moins coûteuse qu'une prise en charge en institution. Reste à savoir si ces bénéficiaires sont bel et bien `à domicile`.

Figure 2 : 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 1 à 8).

Notes : Les bénéficiaires avec un ZZP 1 à 3 sont particuliers, puisqu'ils sont théoriquement rentrés dans le dispositif avant 2014.

3.3. Des bénéficiaires des modalités alternatives de financement souvent en institution

Peu d'informations permettent de quantifier précisément le développement des établissements non-conventionnés accueillant des personnes âgées dépendantes. CBS estimait les dépenses privées engagées par les personnes âgées pour le financement de leur dépendance (hors participation financière dans le cadre de l'assurance dépendance) à 18 millions d'euros en 2015, soit 0.1% seulement des dépenses dépendance. Le périmètre de cette estimation n'est toutefois pas très clair ; en particulier, il pourrait ne pas inclure les loyers et services facturés par les établissements non-conventionnés – et est en cela difficilement comparable aux dépenses engagées pour l'accueil des résidents en maisons de retraite conventionnées.

Si chaque bénéficiaire de l'assurance sociale dépendance peut être clairement identifié dans les données administratives néerlandaises, il est (et cela est surprenant) impossible de savoir directement s'il réside dans un logement ordinaire ou dans une résidence collective (maison de retraite conventionnée ou établissement non-conventionné). 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 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, résident en réalité en institution. Si ces personnes bénéficient d'une prise en charge classique en maison de retraite, il n'y a lors rien d'étonnant : l'établissement en question 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 dans le cadre d'une institutionnalisation dans un établissement non-conventionné.

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

L'Institut statistique néerlandais s'appuie sur les registres de population et les données fiscales 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 :
 - (i) 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) ;
 - (ii) 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 (dépendance, soins psychiatriques, accompagnement du handicap) pour restreindre le champ des logements institutionnels accueillant des personnes âgées dépendantes. Tous les habitants d'un logement institutionnel 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. A notre demande, CBS a mis à 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).

Nos estimations indiquent qu'en janvier 2017, 57 % des bénéficiaires du forfait global (VPT) et 25 % des récipiendaires d'une prestation monétaire (PGB) résidaient dans un établissement pour personnes âgées dépendantes⁷. Comme notre définition minimise les faux-positifs (personnes classées comme en établissement alors qu'elles sont en logement ordinaire), mais

⁷ Les données ne nous permettent malheureusement pas de réaliser l'estimation pour les bénéficiaires de MPT.

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 utilisées par des personnes âgées dépendantes dans un établissement conventionné plutôt que pour leur permettre un maintien à domicile. La popularité croissante des forfaits globaux et modulaires et des prestations monétaires ces dernières années pourrait avoir nourri le développement du nombre d'établissements non-conventionnés, même si la réalité statistique de ce dernier est difficile à cerner précisément (cf. Encadré 4).

Encadré 4 : Un développement des établissements non-conventionnés ?

Le site internet zorgkaartnederland.nl, qui répertorie l'ensemble des prestataires de soins aux Pays-Bas qui ont fait l'objet d'une recension par un utilisateur (patient ou proche), recensait 2 463 fin 2018 établissements pour personnes âgées dépendantes ayant fait l'objet d'une recension dans l'année⁸. Parmi ces établissements, 12 % étaient non-conventionnés. Les recensions pour des établissements non-conventionnés représentaient seulement 3 % des recensions pour des maisons de retraite, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les établissements non-conventionnés semblent généralement de petite taille (SCP, 2019).

Entre 2015 et 2018, le nombre d'établissements non-conventionnés (d'environ 60 à 180) ayant fait l'objet d'au moins une recension 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. Là encore, ces données doivent être interprétées avec prudence : la tendance à la recension des établissements pour personnes âgées dépendantes étant récente, la hausse du nombre de maisons de retraite recensées surestime vraisemblablement la hausse du nombre de maisons de retraite existantes. 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 conventionnées proposent également des unités de vie et des lits non-

⁸ Ce site est géré par la Fédération de Patients des Pays-Bas.

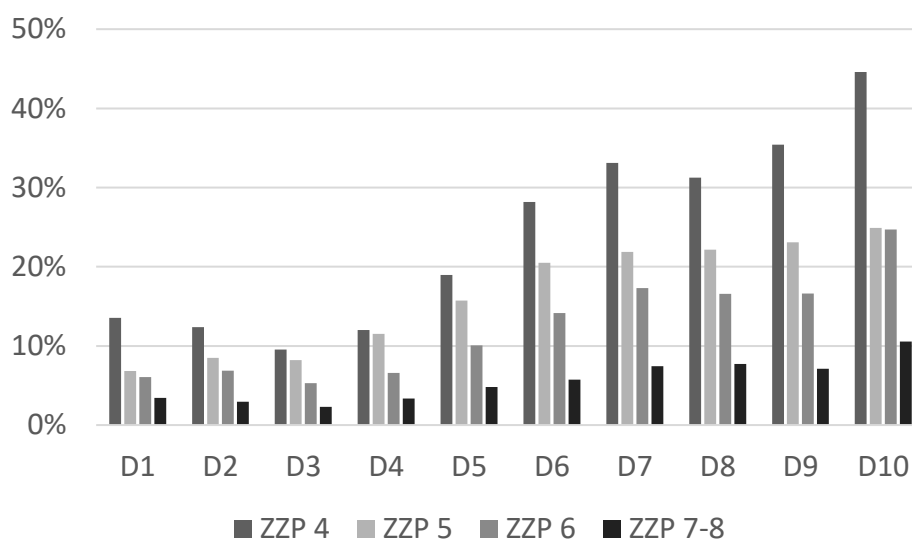
conventionnés, dans le cadre desquels VPT, MPT et PGB peuvent être mobilisés pour le financement des soins⁹.

3.4. Un gradient socio-économique dans le recours au budget personnel et aux forfaits à domicile

Pour finir, nous croisons les données de recours aux prestations de l'assurance sociale dépendance et des informations sur le revenu des individus (cf. Encadré 2) pour évaluer si, selon notre prédiction, le recours aux modalités alternatives de financement est plus fréquent chez les personnes aisées. La Figure 4 reflète 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 moindre de recourir au VPT, MPT ou PGB que 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 au 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 (ou ZZP) ; cependant, le gradient socio-économique dans le recours à ces modalités alternatives de financement ressort davantage (en valeur absolue), aux niveaux de dépendance modérée : 45 % des 10 % des bénéficiaires les plus aisés recourent à ces modalités, contre 14 % dans le décile inférieur de revenu.

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 4 : 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).

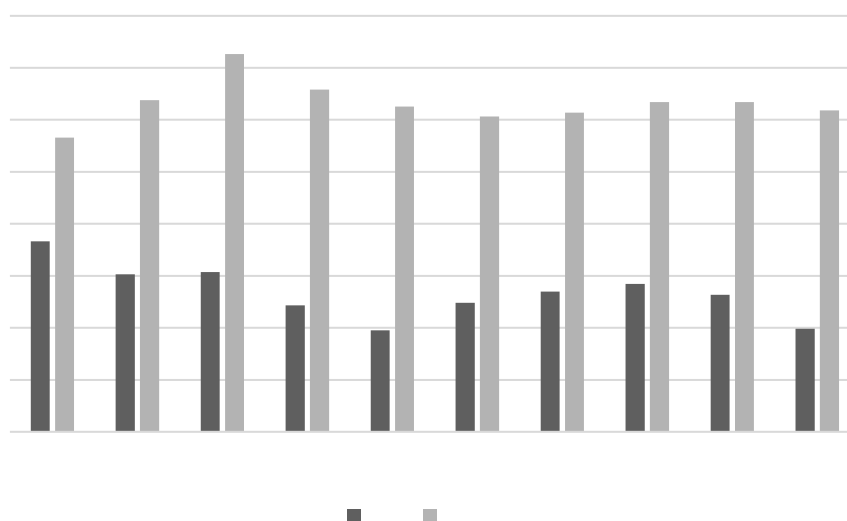
Notes : Calculs des auteurs. D1 (resp. D10) regroupe les 10 % des individus ayant le revenu disponible par unité de consommation le plus faible (resp. le plus élevé).

La Figure 5 indique que la proportion 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, puisque contrairement aux forfaits global ou modulaire 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 4, cf. *supra*), il en résulte cependant que la probabilité pour un bénéficiaire de l'assurance sociale dépendance de résider dans un établissement pour personnes âgées dépendantes non-conventionnés 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 nombre de faux-négatifs relativement plus importants chez les personnes plus aisées, si ces dernières sont davantage susceptibles de résider dans un établissement offrant des logements dans des ensembles de petite

Figure 5 : 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).

4. Discussion et conclusions

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 prise en charge 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 conventionnée. 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

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.

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'informations statistiques 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. A notre connaissance, aucune source fiable ne permet d'évaluer la qualité de l'accompagnement des personnes âgées dépendantes en maison de retraite comparativement aux établissements privés. 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 pris en charge dans une 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 (incluant la dépense publique et le reste-à-charge sur les aides professionnelles) 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, historiquement élevées aux Pays-Bas, du fait notamment de taux d'institutionnalisation élevés. 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 lequel est bâti l'assurance sociale dépendance néerlandaise. Pour les personnes souhaitant résider en institution, le barème de la participation financière dans le cadre des VPT, MPT et PGB offre une incitation financière aux personnes aisées à choisir un établissement non-

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.*, 2018; Fontaine *et al.*, 2020).

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 (de chacun selon ses moyens) pourrait être mise à mal, les restes-à-charge supportés dans ces institutions privées dépendant moins fortement des ressources des bénéficiaires que la participation financière demandée aux résidents des maisons de retraite. Si les initiatives résidentielles privées confèrent aux personnes âgées davantage de liberté dans l'organisation de leur prise en charge, il est à craindre que cette liberté de choix 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 (à chacun selon ses besoins), pilier de l'assurance sociale dépendance néerlandaise, 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 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. Dans un contexte de vieillissement démographique rapide, 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 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 alternatifs aux maisons de retraite, 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, à laquelle font face tous les systèmes d'accompagnement de la dépendance.

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

References:

- Bakx, P., Wouterse, B., van Doorslaer, E., & Wong, A. (2018). Better off at home? Effects of a nursing home admission on costs, hospitalizations and survival. Tinbergen Institute Discussion Paper, TI 2018-060-V.
- Barr, N. (2010). Long-term care: a suitable case for social insurance. *Social policy & administration*, 44(4), 359-374.
- Bozio, A., Gramain, A., Martin, C., & Masson, A. (2016). Quelles politiques publiques pour la dépendance?. *Notes du conseil d'analyse économique*, (8), 1-12.
- CBS (2019a). StatLine. Monitor Langdurige Zorg. <https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/>
- CBS (2019b). Monitor Langdurige Zorg. <https://www.monitorlangdurigezorg.nl/>
- Commission Européenne (2015). The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060). European Economy 3-2015.
- Fontaine, R., Gramain, A., & Wittwer, J. (2020). *Soutien à l'autonomie des personnes âgées: sur quels principes fonder un nouveau modèle de financement?*. Document de travail, Bureau d'Economie Théorique et Appliquée, Strasbourg, 2020-32.
- Hussem, A., Tenand, M., & Bakx, P. Publieke middelen voor particuliere ouderenzorg. Netspar Industry Series, Design Paper 143, Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement.
- Kattenberg, M., & Bakx, P. (2020). Substitute services: a barrier to controlling long-term care expenditures. *European Journal of Ageing*, 1-13.
- Libault, D. (2019). Rapport de la concertation Grand âge et autonomie, remis à Agnès Buzin le 28 mars 2019.
- Maarse, J. H., & Jeurissen, P. P. (2016). The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy*, 120(3), 241-245.
- Ned Tijdschr Geneeskd. (2017). De ontwikkeling van kleinschalig groepswonen voor mensen met dementie Van verpleeghuis naar dementievriendelijk ontwerp. 161:C3612
- OCDE (2011). *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising*. Organisation pour la coopération et le développement économique edn. Paris.
- OCDE (2020), OECD.Stat. Long-Term Care Resources Utilisation. Organisation pour la coopération et le développement économique. Lien : https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR
- Oliveira Hashiguchi, T. and A. Llana-Nozal (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?", *OECD Health Working Papers*, No. 117, OECD Publishing, Paris.
- SCP (2019). Wonen met zorg. Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen met zorg, SCP-Publicatie 2019-11, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.

Schut, E., S. Sorbe and J. Høj (2013), "Health Care Reform and Long-Term Care in the Netherlands", *OECD Economics Department Working Papers*, No. 1010, OECD Publishing, Paris.

Tenand, M., Bakx, P., & 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.