

LA DÉPENDANCE EN EUROPE : PERSPECTIVES

Pierre Pestieau

REPRINT | 3293

CORE

Voie du Roman Pays 34, L1.03.01

B-1348 Louvain-la-Neuve

Tel (32 10) 47 43 04

Email: lidam-library@uclouvain.be

<https://uclouvain.be/en/research-institutes/lidam/core/core-reprints.html>

LA DÉPENDANCE EN EUROPE : PERSPECTIVES

PIERRE PESTIEAU*

D'ici à 2050, la population des plus de 80 ans va plus que doubler dans la plupart des pays européens¹. Il en résultera une augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies chroniques productrices de dépendance fonctionnelle avec, comme conséquence, une hausse des besoins en soins de longue durée. Pour faire face à cette situation, il est urgent de développer des mesures qui permettent de réduire la prévalence de ces maladies, d'en ralentir l'évolution et de retarder la survenue de la dépendance fonctionnelle. Devant la demande croissante d'aide à la dépendance, deux questions se posent : qui va payer ? qui va fournir cette aide ? Cette dernière question est d'autant plus pertinente que l'on doit s'attendre à une réduction du nombre d'aidants informels et il n'est pas certain que l'offre d'aide formelle puisse compenser cette réduction. Une réponse mal dimensionnée à la dépendance des personnes âgées peut avoir des conséquences néfastes. Dans cet article, nous analysons le rôle des trois principales institutions qui financent et fournissent l'aide à la dépendance, à savoir par ordre décroissant d'importance la famille, l'État et le marché, et ce, dans une perspective européenne. Nous plaçons pour le développement d'une assurance dépendance qui ait la générosité et l'universalité de l'assurance maladie.

1

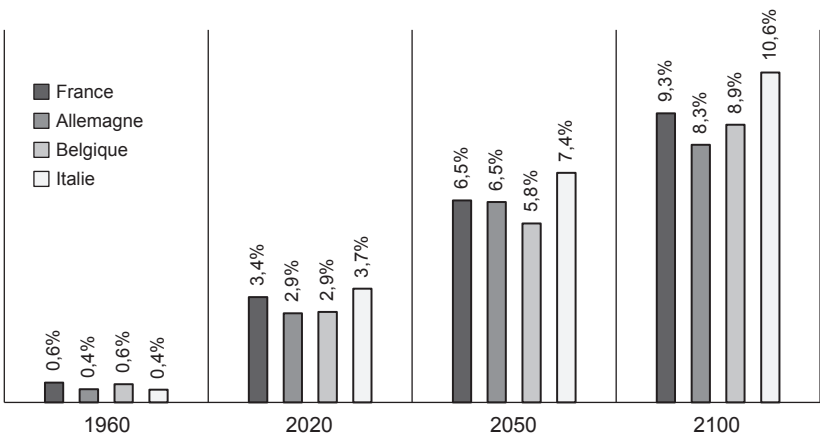
CROISSANCE DES BESOINS

La population européenne vieillit. L'augmentation de l'espérance de vie, conjuguée à la baisse des taux de natalité, devrait entraîner une

* Professeur d'Economie, HEC, ULiege et CORE, UCLouvain. Contact : p.pestieu@ulg.ac.be.
L'auteur remercie Sergio Perelman et Jérôme Schoenmaeckers pour leurs commentaires, de même que la Chaire « Marché des risques et création de valeur » de la FdR/SCOR pour son soutien financier.

augmentation de l'importance des personnes âgées dans l'Union européenne. Le nombre des plus de 65 ans devrait augmenter de 41 % au cours des trente prochaines années. De plus, le nombre des plus de 80 ans devrait augmenter encore plus, de 88 %, en 2050. En conséquence, le ratio de dépendance des personnes âgées² devrait augmenter de manière significative, passant de 34 % en 2019 à 59,2 % en 2070, soit une augmentation de plus de 70 %³ pour l'ensemble des pays de l'Union européenne. Le graphique (*infra*) donne pour quatre pays européens l'évolution de la proportion de personnes de plus de 85 ans dans la population totale. C'est à ces âges que le taux de dépendance est le plus élevé. De 2020 à la fin du siècle, on assistera à un triplement de cette proportion.

Graphique
Proportion des plus de 85 ans dans la population totale



Source : Human Mortality Base.

Le vieillissement de la population devrait donc exercer des pressions importantes sur les besoins d'aide à la dépendance et tout particulièrement les systèmes de soins de longue durée (SLD). En même temps, la diminution de la part de la population en âge de travailler rendra plus difficile le financement des dépenses liées au vieillissement, y compris pour les SLD, ce qui mettra en péril la viabilité des systèmes de santé actuels. La baisse de la natalité conjuguée à l'allongement de la vie contribue en effet à une forte croissance du ratio de dépendance, à savoir la proportion des plus de 65 ans sur la population active. Cela apparaît nettement sur le tableau 1 (*infra*).

L'aide à la dépendance est fournie par trois canaux : la famille, le marché et l'État. Il est intéressant d'analyser ce que l'on peut attendre de chacun d'eux à l'avenir.

Tableau 1
Ratio de dépendance (65+/20-64), 2019-2070
[en %]

	2019	2045	2070	2019-2070
Belgique	32,5	47,7	53,23	20,8
France	36,5	53,1	56,9	20,4
Pays-Bas	32,9	49,3	55,2	22,4
Allemagne	36,1	54,6	59,2	24,7
Europe	34,4	54,6	59,2	24,7

Source : EC (2021b).

LES TROIS CANAUX DES SLD

Le marché

Le marché joue un rôle minime dans tous les pays. Il faut souhaiter que ce rôle s'accroisse dans le futur, mais rien n'est moins sûr. Cette discrétion du marché interroge les économistes. Comment ne pas trouver d'assureur pour un risque qui touche l'ensemble de la population et qui à première vue paraît quantifiable ? C'est ce que l'on appelle le puzzle de l'assurance dépendance et que l'on explique par différents facteurs : les prix élevés de l'assurance privée, le recours à la solidarité familiale ou à l'assistance sociale, un mélange de myopie et d'ignorance et surtout, sans doute, des contrats qui ne sont pas attractifs dans la mesure où ils ne couvrent pas les risques de dépendance lourde et longue. Trainar (2023) montre que du point de vue pratique de l'assureur, la dépendance n'est pas un bien aussi assurable qu'il ne paraît. Beaucoup d'incertitudes planent sur les besoins à venir qui devraient être couverts. Sur base d'une enquête canadienne, Boyer *et al.* (2023) allèguent que ce puzzle de l'assurance s'explique par l'ignorance dans laquelle se trouvent les assurés potentiels.

3

On peut espérer que certains de ces facteurs joueront un rôle moins prégnant à l'avenir. Face à la demande croissante, les sociétés d'assurance devraient réduire leur marge et offrir des contrats plus attrayants ; le rôle de la famille diminuerait et l'assistance publique devrait moins attirer les classes moyennes.

La famille

Les SLD sont à forte intensité de main-d'œuvre et dépendent largement des soins informels. Toutefois, à l'avenir, l'offre de soins informels devrait se réduire en raison de la disponibilité en déclin des soignants informels résultant de l'évolution des modèles familiaux (notamment l'augmentation du nombre de ménages monoparentaux et la croissance de ménages sans enfants), de la participation croissante

des femmes au marché du travail, de la mobilité accrue de la main-d'œuvre et des nouvelles augmentations attendues de l'âge de la retraite.

Les soins informels familiaux sont par nature difficiles à mesurer. Barczyk et Kredler (2019) ont fourni des estimations précises pour un ensemble de pays européens, suggérant que les soins informels sont très importants. Ils mesurent (1) le pourcentage de personnes âgées dépendantes qui sont prises en charge à domicile de manière informelle par des membres de la famille, (2) le pourcentage de celles qui reçoivent des soins à domicile à la fois de la part d'aidants informels et formels et (3) le pourcentage de celles qui reçoivent des soins à domicile formels ou résident dans un EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)⁴. Ils observent de fortes variations entre régions européennes avec un gradient nord-sud bien marqué. Si on additionne les deux premières catégories, on obtient un pourcentage de 52 % pour les pays du Nord et de 89 % pour les pays du Sud, en passant par 79 % pour les pays du Centre, dont la France. Si l'on ne retient que la première catégorie, ces pourcentages se ramènent à 20 %, 60 % et 31 % respectivement. Gramain *et al.* (2023) montrent que l'équivalent monétaire des soins informels représente 75 % du total de l'aide à la dépendance en France.

4

L'État

Le dernier rapport sur le vieillissement dans l'Union Européenne nous livre les dépenses publiques actuelles des SLD en pourcentage du PIB et les projections correspondantes pour 2070 (CE, 2021b). En moyenne, dans l'UE (Union européenne), les dépenses publiques consacrées aux SLD devraient passer de 1,7 % du PIB en 2019 à 3,1 % du PIB en 2070, dans le scénario de référence, lequel repose sur l'hypothèse qu'il n'y a pas de changement de politiques de SLD et que la moitié des gains d'espérance de vie projetés sont réalisés sans handicap.

Un autre scénario qualifié de risqué suppose en outre que les coûts unitaires et la couverture des soins de longue durée convergeraient vers le haut. Du coup, l'augmentation des dépenses publiques consacrées aux SLD devrait être plus prononcée dans ce « scénario à risque » que dans le « scénario de référence ». Pour l'ensemble de l'UE-27, les dépenses publiques consacrées aux soins de longue durée devraient passer de 1,7 % en 2019 à 4,8 % en 2070. Les différents pays membres connaissent des variations différentes comme il apparaît sur le tableau 2 (*infra*).

Les projections ne sont, bien entendu, valables que dans les limites des scénarios et des hypothèses spécifiques utilisés pour leur calcul. Des

Tableau 2
Dépenses de SLD
(en % du PIB)

	2019	2070 Scénario de base	2070 Scénario risqué
UE-27	1,7	3,1	4,8
Belgique	2,2	4,6	5,7
France	1,9	2,9	5,2
Pays-Bas	3,7	6,8	7,8
Allemagne	1,6	1,6	3,3

Source : CE (2021b).

scénarios plus pessimistes quant au rôle de la famille ou à la croissance des situations de dépendance donnent lieu à des projections plus élevées.

Ce qu’il est important de noter est que ces scénarios plus ou moins pessimistes concernent des programmes qui aujourd’hui s’avèrent déjà nettement insuffisants. Par exemple, la projection de 2,9 % voire de 5,2 % du PIB pour la France est opérée pour une assurance dépendance publique présentant les mêmes lacunes que l’assurance actuelle.

CINQUIÈME BRANCHE

5

Le cadre institutionnel et les différences locales et régionales affectent fortement l’accès effectif aux services et aux prestations de SLD. La fragmentation des dispositions entre les services de santé et les services sociaux entraîne souvent un manque de coordination entre les entités, ce qui a une incidence sur les délais d’attente et les procédures administratives. On retrouve cette incohérence même dans les pays comme la Suède ou les Pays-Bas qui consacrent beaucoup de ressources aux SLD.

On ressent une demande croissante pour un système d’assurance sociale pour la dépendance qui aurait la même cohérence et la même efficacité que les systèmes de retraite ou d’assurance maladie. C’est dans cette perspective que les trois derniers présidents de la République française ont commencé leur mandat en promettant de créer une cinquième branche de la sécurité sociale, qui s’ajouterait aux quatre préexistantes que sont la « Maladie », la « Famille », les « Accidents du travail et maladies professionnelles » et la « Retraite ». Comme souvent ces promesses firent long feu.

Un tel système pourrait suivre les propositions que fit l’économiste britannique Andrew Dilnot dans un rapport qui à l’époque fit grand bruit, mais qui ne fut pas suivi d’effet (Dilnot Commission, 2011).

Il proposait un programme d'assurance sociale pour la dépendance dont l'objectif était de viser un maximum de bien-être social en tenant compte de la contrainte des ressources de l'État et du rôle de la famille, voire du marché, là où il existe. Selon lui, un tel programme devrait comporter deux volets principaux. Le premier aurait pour objet de venir en aide aux dépendants les plus démunis, ceux qui faute de ressources ou d'aide familiale ont vraiment besoin d'assistance. Ce volet serait fondé sur des tests de ressources efficaces, qui prendraient en compte non seulement les revenus, mais aussi le patrimoine, y compris le patrimoine récemment transmis aux enfants. Le second volet serait inspiré par le principe de la franchise⁵ ; il impliquerait que la personne dépendante finance les premières années de soins avec son propre argent, mais qu'au-delà d'un certain nombre d'années qui dépendrait de la sévérité de la dépendance, elle serait totalement indemnisée par le programme d'assurance sociale. À cet égard, on notera, dans ce numéro de la REF, la contribution de Bonnet *et al.* (2023) qui simulent pour quelques pays européens la possibilité de développer un tel programme.

6 La pertinence d'une assurance fondée sur le principe de la franchise apparaît clairement quand on observe dans tous les pays la forte dispersion des durées de dépendance. Aux États-Unis, une étude sur la dépendance indique qu'un peu plus de la moitié (52 %) des personnes qui atteignent l'âge de 65 ans en souffriront (Klimaviciute et Pestieu, 2019). La période de dépendance devrait durer en moyenne deux ans. Cependant, pour 26 % des individus, elle durera plus longtemps. Il apparaît ainsi que 17 % des femmes de plus de 65 ans connaîtront une durée de dépendance de cinq ans et plus. La même étude observe une relation inverse entre la durée de la dépendance et le revenu. Alors que 22 % des individus du quintile de revenus supérieur auront besoin de soins pendant plus de deux ans, cette proportion passe à 31 % pour le quintile inférieur. On trouve le même ordre de grandeurs en France et dans les autres pays européens⁶. Dans ce numéro, Arrondel *et al.* (2023) montrent bien que le patrimoine se réduit avec la perte d'autonomie. Et naturellement, plus cette perte d'autonomie dure, plus le ménage doit puiser dans ses ressources.

Au Royaume-Uni, en France et dans de nombreux pays, des rapports se succèdent qui demandent la création de cette cinquième branche. Malheureusement les faits sont là : la dépendance n'est pas une priorité pour nos gouvernements. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette inaction. Les personnes âgées, et *a fortiori* les personnes dépendantes, n'ont pas le poids politique d'autres groupes sociaux. De ce fait, elles ne représentent pas une priorité pour des gouvernements devant gérer de lourds déficits budgétaires.

L'OBJECTIF DU GOUVERNEMENT

Mais quelle devrait être la priorité de la puissance publique ? Les politiques sociales s'adressent aux personnes âgées sous trois angles : santé, autonomie et revenus. Dans le meilleur des mondes, on pourrait imaginer que ces politiques puissent aboutir à ce que chacun jouisse d'une bonne santé, d'une pleine autonomie et dispose de ressources suffisantes. Et pourtant, même dans ce « meilleur » des mondes, subsisterait un problème : tout le monde ne serait pas également heureux. Ces différences de bonheur, alors qu'autonomie, revenu et santé seraient les mêmes pour tous, peuvent s'expliquer par différents facteurs. J'en retiendrai deux qui me semblent les plus importants : la capacité innée à être heureux et l'environnement social, à savoir la famille et les amis.

Dans une étude portant sur les personnes âgées dans une vingtaine de pays européens, Flawinne *et al.* (2023), dans ce numéro, montrent que contrôlant pour les différences de revenus, le bonheur, d'une part, et la santé/autonomie, d'autre part, n'étaient pas fortement corrélés. En d'autres termes, on trouvait dans chacun des pays étudiés, des personnes en bonne santé et parfaitement autonomes qui se disaient malheureuses et des personnes fortement dépendantes qui se disaient heureuses.

7

Une objection bien naturelle pourrait être émise à propos de la capacité à mesurer ces différentes variables. Par ordre de difficulté, on aurait le revenu, la santé, l'autonomie, l'environnement social, le bonheur et enfin la capacité à être heureux. On passera sur cette objection pour les besoins de l'argumentation et on supposera que l'on peut quantifier ces différentes dimensions. Se posent alors deux questions. Est-ce bien le rôle de l'État-providence de viser au plus grand bonheur des individus et plus précisément de compenser les individus qui ont un environnement social défavorable et une faible capacité à être heureux ? Ensuite, si la réponse à cette première question est positive, quels instruments peuvent amener cette compensation ?

En améliorant l'habitat des personnes âgées, on pense aux habitations intergénérationnelles ou à des EHPAD davantage conviviaux, on peut améliorer la qualité de leur environnement social. Mais ce sera limité. Quant à la capacité à être heureux, la seule solution pourrait être des compensations monétaires qui permettraient d'augmenter le bien-être des tristouneaux de ce monde.

Dans la pratique, l'État-providence tend à mettre l'accent sur les dimensions de revenu, de santé et d'autonomie, négligeant les autres facteurs expliquant le bonheur. Comment expliquer ce positionnement ? Est-ce pour des raisons d'information ? On n'agirait que sur

les dimensions qui sont observables. Ou est-ce pour des raisons éthiques ? Ce ne serait pas à l'État-providence de s'occuper du bonheur des gens. Il existe cependant une troisième explication qui repose sur le concept de dissonance cognitive : « si quelqu'un désire quelque chose, mais qu'il le trouve inatteignable, il réduit sa dissonance en le critiquant ». Vous ne pouvez acheter une voiture. Vous vous en accommodez en jugeant que la marche est bonne à la santé et que les transports en commun réduisent la pollution. Elster (1996) qualifie ce type de comportement de « formation d'une préférence adaptée ». En d'autres termes, les individus auraient tendance à trouver leur bonheur dans l'adversité, que ce soit la maladie, le handicap ou la pauvreté.

Si cette hypothèse devait être vérifiée, baser une politique publique sur un indicateur de bonheur pose problème. En d'autres termes, cet argument de dissonance cognitive valide la politique observée qui consiste à assurer aux personnes âgées la meilleure santé possible et la plus grande autonomie.

RESTER CHEZ SOI OU ALLER DANS UN EHPAD

8

La décision de partir dans un EHPAD a fait l'objet de nombreuses recherches au cours des dernières décennies. L'état de santé, physique ou mental, apparaît comme le facteur principal. On cite aussi l'absence d'aide informelle. La solitude qui est d'autant plus fréquente que la personne est âgée et qui concerne surtout les femmes est un autre facteur explicatif. Les revenus jouent un rôle ambigu ; leur effet dépend de la présence d'aides publiques.

Il est certain que la récente pandémie de Covid et la perception que beaucoup ont eue d'EHPAD mortifères ont dû jouer dans ce choix. Certains EHPAD ont été obligés de réduire leur voilure. D'une part, plusieurs de leurs résidents y avaient perdu la vie. D'autre part, de nombreuses personnes âgées, qui auraient dû normalement rejoindre un EHPAD, y ont renoncé par crainte pour leur santé. Ajoutons à cela les révélations venues de toutes parts sur les maltraitements (Castanet, 2022).

L'une des explications souvent évoquées dans les nombreux rapports⁷ sur les maisons de retraite est l'insuffisance et le manque de personnel soignant. À cela s'ajoute que l'ensemble des compétences que le personnel soignant doit posséder est de plus en plus diversifié : des compétences « traditionnelles » liées aux soins et une expertise technologique liée aux progrès des technologies de la santé. Parallèlement, l'attrait du secteur formel des soins pour les travailleurs potentiels est miné par les perceptions négatives liées aux mauvaises conditions de travail, aux environnements de travail stressants, à l'absence de plans de

carrière clairement définis et au manque de possibilités de développement. La recherche effrénée du profit est souvent présentée comme une cause de maltraitance dans les EHPAD.

Dans une étude récente portant sur les États-Unis, Gupta *et al.* (2022) étudient les effets de l'actionnariat privé sur le bien-être des patients dans les maisons de retraite. Ils montrent que cet actionnariat augmente la mortalité à court terme des résidents de 10 %, soit 20 150 vies perdues au cours de la période d'échantillonnage de douze ans. Ce phénomène s'accompagne d'une baisse d'autres mesures du bien-être des patients, telles qu'une mobilité réduite. Tout à la fois, les dépenses des résidents augmentent de 11 %.

Pour éviter les dérives de cet actionnariat débridé, Dewatripont (2023), dans ce numéro, plaide en faveur d'une transformation des entreprises cotées en bourse en « entreprises à mission », structure juridique qui permet de poursuivre explicitement, à côté des intérêts des actionnaires, propriétaires légaux de l'entreprise, ceux des résidents ou du personnel des EHPAD en l'occurrence.

Faut-il pour autant favoriser le « rester chez soi » et l'aide informelle ? Rien n'est moins sûr dans des cas de dépendance lourde. D'abord, des situations de maltraitance domestique sont aussi à déplorer. Ensuite, le *burn-out*, qui en partie explique la maltraitance, crée chez les aidants familiaux des problèmes de santé aux coûts individuels et sociaux trop souvent méconnus. De nombreuses études rapportent un état de santé physique et mental dégradé chez les aidants et elles détectent aussi dans cette population des risques de surmortalité (Focus Santé en Île de France, 2020).

Lefebvre et Schoenmaeckers (2023), dans ce numéro, montrent qu'en moyenne, il y a surmortalité dans les EHPAD, mais cette surmortalité varie fortement d'un pays à l'autre. Leur étude recourt à l'enquête SHARE et couvre un grand nombre de pays européens.

LES ROBOTS AU SECOURS DE LA DÉPENDANCE

L'un des problèmes les plus aigus qui se posent aux responsables en charge de la dépendance est de trouver une réponse à la pénurie de personnes soignantes que ce soit en EHPAD ou à la maison. Une solution pourrait être le recours généralisé aux robots tant dans les maisons de retraite que dans les domiciles. L'expérience du Japon peut être particulièrement instructive, étant donné le déclin de sa population, la proportion croissante de personnes âgées et son aversion pour l'immigration à grande échelle, ainsi que ses prouesses technologiques dans de nombreux aspects de la robotique et de l'automatisation. Bien

qu'il soit reconnu que les robots peuvent être un piètre substitut pour de nombreuses tâches exigeant de l'empathie et de la dextérité dans les professions de soins, le Japon a été l'un des premiers à adopter les robots pour répondre à la pénurie de personnel soignant par rapport à la demande croissante de services de soins de longue durée, y compris l'aide aux activités de base de la vie quotidienne telles que l'alimentation, la toilette et le bain. Au Japon, les projections prévoient une forte pénurie de travailleurs dans le domaine des soins, en partie parce que ces travailleurs souffrent de divers maux, tels que des douleurs lombaires, tout en recevant des salaires dépassant à peine le salaire minimum. En réaction, le Japon a activement encouragé le développement et l'utilisation de robots dans les soins de longue durée.

Il existe peu d'études empiriques sur cette question. L'une d'entre elle aboutit à des résultats surprenants et instructifs. Dans cette étude (Eggleston *et al.*, 2021), des chercheurs ont étudié la relation entre l'adoption des robots et la dotation en personnel des maisons de retraite au Japon. Ils ont constaté que les maisons de retraite ayant adopté les robots avaient entre 3 % et 8 % de personnel en plus que les autres. Les maisons de retraite équipées de robots semblaient également avoir une meilleure qualité de gestion et étaient mieux à même de réduire la charge de travail des soignants. Il apparaît ainsi que les robots ne se substituent pas aux aidants, mais leur facilitent la tâche et, ce faisant, la rendent plus attractive.

10

CONCLUSION

L'aide à la dépendance est à la croisée des chemins. D'une part, du fait du vieillissement démographique et des progrès de la médecine, les besoins augmentent. D'autre part, la soutenabilité de l'aide n'est pas assurée. Le canal traditionnel qui est la famille s'essouffle pour des raisons diverses et le marché de l'assurance dépendance demeure d'une discrétion assourdissante. Reste l'État qui, pour l'instant, hésite à franchir le pas qui conduirait à un régime d'assurance sociale d'aide à la dépendance.

10 septembre 2023

NOTES

1. Les données statistiques citées dans cet article sont issues de CE (2021a, 2021b).
2. Rapport entre l'effectif de la population âgée de 65 ans et plus et l'effectif de la population en âge de travailler.
3. Ces données sont tirées de CE (2021a).
4. J'utiliserai le terme EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) de manière générique pour couvrir un ensemble de structures d'accueil pour les personnes dépendantes. En Belgique, on parle de maisons de retraite ou de maisons de soins et de repos. Aux États-Unis, on utilise le terme de *nursing homes*.
5. Le théorème de la franchise que l'on doit à Kenneth Arrow nous dit qu'en présence de frais de chargement (c'est-à-dire de coûts d'assurance proportionnels à l'indemnisation), il est optimal de recourir à un contrat de franchise, à savoir de s'assurer complètement à partir d'un certain seuil. En deçà de cette franchise, les pertes ne sont pas couvertes ; au-delà, toute quantité de risque supplémentaire est couverte à 100 %.
6. Voir le site : <https://bmjopen.bmj.com/content/10/3/e033881> et le site : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>.
7. Voir le site : <https://nap.nationalacademies.org/catalog/26526/the-national-imperative-to-improve-nursing-home-quality-honoring-our>.

BIBLIOGRAPHIE

- ARRONDEL L., MAHIEU R. et SOULAT L. (2023), « Anticipation du risque de dépendance et patrimoine », *Revue d'économie financière*, n° 152.
- BARCZYK D. et KREDLER M. (2019), « Long-Term Care Across Europe and the US: the Role of Informal and Formal Care », *Fiscal Studies*, vol. 40.
- BONNET C., JUIN S. et LAFERRÈRE A. (2023), « Financer la perte d'autonomie : la piste des prêts viagers hypothécaires et de l'assurance obligatoire », *Revue d'économie financière*, n° 152.
- BOYER M., DE DONDER P., FLUET C., LEROUX M.-L. et MICHAUD P.-C. (2023), « Réalité et perception du risque de dépendance », *Revue d'économie financière*, n° 152.
- CASTANET V. (2022), *Les Fossoyeurs*, Grasset.
- CE (Commission européenne) (2021a), *Trends, Challenges and Opportunities in an Ageing Society, 2021 Long-Term Care Report*, vol. 1 et 2, Rapport préparé par le Social Protection Committee et la Commission européenne.
- CE (2021b), *The 2021 Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the 27 EU Member States (2019-2070)*, Commission européenne et Economic Policy Committee.
- CREMER H. et PESTIEAU P. (2014), « Social Long-Term Care Insurance and Redistribution », *International Tax and Public Finance*, vol. 21, pp. 955-974.
- CREMER H. et ROEDER K. (2013), « Long-Term Care Policy, Myopia and Redistribution », *Journal of Public Economics*, vol. 108, pp. 33-43.
- DEWATRIPONT M. (2023), « Quel statut juridique et quelles missions pour des EHPAD à visage humain ? », *Revue d'économie financière*, n° 152.
- DILNOT COMMISSION (2011), *Fairer Care Funding: the Report of the Commission on Funding of Care and Support*, Londres, Commission on Funding of Care and Support.
- EGGLESTON K., LEE Y. S. et IIZUKA T. (2021), « Robots and Labour in the Service Sector », *Vox EU*, <https://voxeu.org/article/robots-and-labour-service-sector>.
- ELSTER J. (1996), « Rationality and the Emotions », *The Economic Journal*, vol. 106, pp. 1386-1397.
- FLAWINNE X., PERELMAN S. et SCHOENMAECKERS J. (2023) « Indicateurs de dépendance sur base de l'enquête SHARE : réflexions sur l'espérance de vie en bonne santé », *Revue d'économie financière*, n° 152.

REVUE D'ÉCONOMIE FINANCIÈRE

FOCUS SANTÉ EN ÎLE DE FRANCE (2020), *Santé des proches aidants et interventions en santé publique. Analyse de la littérature internationale*, https://www.orsidf.org/fileadmin/datastoragekit/ors/etudes/2020/aidants/focus_sante_aidant.pdf.

GRAMAIN A., ROQUEBERT Q. et TENAND M. (2023), « Aide informelle à domicile et en EHPAD : déterminants, valeur monétaire et implication pour la répartition des coûts de la dépendance », *Revue d'économie financière*, n° 152.

GUPTA A., HOWELL S. T., YANNELIS C. et GUPTA A. (2022), « Does Private Equity Investment in Healthcare Benefit Patients? Evidence from Nursing Homes », NBER, *Working Paper*, n° 28474.

KLIMAVICIUTE J. et PESTIEAU P. (2019), « Dépendance et franchise », *Revue d'économie financière*, n° 133, pp.147-153.

LEFEBVRE M., PESTIEAU P. et SCHOENMAECKERS J. (2023), *LTC Social Insurance with Different Types of Dependence*, non publié.

LEFEBVRE M. et SCHOENMAECKERS J. (2023), « Différences de mortalité en EHPAD et à la maison en Europe », *Revue d'économie financière*, n° 152.

PESTIEAU P. et PONTIÈRE G. (2012), « The Long Term Care Insurance Puzzle », in Courbage C. (éd.), *Financing Long Term Care in Europe: Institutions, Markets and Models*, Palgrave Macmillan.

TRAINAR P. (2023), « Le marché de l'assurance dépendance », *Revue d'économie financière*, n° 152.