

# L'assurance autonomie: Une innovation essentielle pour répondre aux défis du vieillissement

Réjean Hébert

*Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke*

*Centre de recherche sur le vieillissement, Sherbrooke*

---

## ABSTRACT

The aging population and the epidemic of chronic diseases requires an accompanying finance reform of long-term care that will become increasingly dominant. Many countries have faced this situation and have set up a separate public funding for such care on the basis of a universal insurance covering both home care and institutions. Canada and Quebec must adopt such autonomy insurance and create a separate fund financed partly by a more judicious use of current budgets and tax credits, and also by a significant investment in home care. An autonomy support benefit could be allocated in kind to fund public services and by contract to pay for services delivered by private, voluntary, and social economy agencies. This benefit would be established following a standardized assessment of functional autonomy achieved by the case manager who will manage the services and control their quality.

## RÉSUMÉ

Le vieillissement de la population et la pandémie de maladies chroniques qui l'accompagne obligent une réforme du financement des soins de longue durée qui deviendront de plus en plus prépondérants. De nombreux pays ayant fait face à cette situation ont mis sur pied un financement public distinct pour ces soins sur la base d'une assurance universelle couvrant tant les soins à domicile qu'en institution. Le Canada et le Québec doivent se doter d'une telle assurance autonomie et créer une caisse financée d'une part par une utilisation plus judicieuse des budgets actuels et des crédits d'impôt, et d'autre part par un investissement significatif dans les soins à domicile. Une allocation de soutien à l'autonomie pourrait ainsi être versée en nature pour financer les services publics ou en espèce pour rembourser des organisations privées, bénévoles ou d'économie sociale. Cette allocation serait établie suite à une évaluation standardisée de l'autonomie fonctionnelle réalisée par le gestionnaire de cas qui assurerait la gestion et la qualité des prestations.

---

Manuscript received: / manuscrit reçu : 19/04/11

Manuscript accepted: / manuscrit accepté : 29/06/11

**Keywords:** long-term care, social insurance, case manager, funding, home care, disabilities

**Mots clés :** soins à long terme, assurance sociale, gestionnaire de cas, financement, soins à domicile, incapacités

La correspondance et les demandes de tirés-à-part doivent être adressées à : / Correspondence and requests for offprints should be sent to :

Réjean Hébert, M.D., M.Phil.  
Professeur, Faculté de médecine et des sciences de la santé  
Université de Sherbrooke  
Médecin-conseil, Institut national de santé publique du Québec  
Chercheur, Centre de recherche sur le vieillissement  
1036, Belvédère Sud  
Sherbrooke, QC J1H 4C4  
(Rejean.Hebert@USherbrooke.ca)

---

Le vieillissement de la population entraîne un changement majeur dans l'importance relative des maladies et des soins à apporter. D'une prépondérance de maladies aiguës au siècle dernier, nous passons maintenant à une ère où les maladies

chroniques deviennent plus prévalentes. Le système de santé hospitalocentrique développé aux 19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> siècles pour faire face aux maladies aiguës et infectieuses s'avère maintenant inapproprié pour répondre aux besoins d'une population vieillissante.

Le système de santé doit donc être recentré autour du lieu de résidence des personnes atteintes de maladies chroniques et nécessitant des soins à long terme (Hébert, 2010a).

De plus, les soins et services que requièrent les malades souffrant de problèmes chroniques vont bien au-delà des soins médicaux qui prennent alors une place plus marginale. Ce sont les incapacités découlant des maladies chroniques qui conditionnent surtout le recours aux soins et services (Hébert et al., 2001). L'objectif devient donc d'optimiser l'autonomie des individus en minimisant les incapacités et handicaps et en fournissant le soutien nécessaire pour les pallier.

Or, le système sociosanitaire actuel est loin d'avoir complété ce recentrage. D'une part, l'hôpital est encore au cœur du réseau et dispense des services qui pourraient être donnés de façon plus efficace et économique à domicile. Pire, l'hôpital constitue la porte d'entrée du système (urgences) et la réponse universelle aux besoins, même pour l'hébergement. D'autre part, les soins à domicile sont nettement insuffisants et les proches aidants qui devraient être reconnus comme des partenaires indispensables sont plutôt considérés comme des ressources et sont laissés à eux-mêmes sans soutien ni répit. L'insuffisance du soutien à domicile ne laisse aux aînés et à leurs proches qu'une seule alternative: l'hébergement en soins de longue durée avec souvent l'hôpital comme antichambre (Hébert, 2010b). Cette solution coûteuse et non souhaitée entraîne son lot de problèmes: dépersonnalisation et exigüité des lieux de vie, rupture de l'environnement historique et du réseau social, transmission des infections, séparation des couples, difficultés à reproduire un milieu de vie, etc.

Il est donc urgent de modifier l'approche en fournissant les services là où la personne se trouve et ce, sans égard au milieu de vie. Au lieu de demander aux personnes d'aller résider là où se trouvent les services, les services devraient être plutôt dispensés là où habitent les personnes. Une telle approche implique un investissement majeur dans le soutien à domicile et un financement basé sur les besoins des personnes et non le milieu de vie où elles habitent. Or, la Loi canadienne sur la santé qui est à la base de notre régime d'assurance maladie prévoit la couverture des soins « médicalement nécessaires ». Si cette définition était claire à une époque où les maladies aiguës étaient prépondérantes, elle devient très ambiguë dans le cadre d'une population vieillissante présentant surtout des maladies chroniques. Selon cette définition, les soins à domicile ne sont pas nécessairement couverts, ce qui a pour effet de reléguer les soins à domicile à la marge de la couverture de l'assurance maladie (Hébert, 2003). Bien plus, la réforme québécoise de 2004 créant les centres de santé et services sociaux en intégrant les fonctions hôpital, hébergement

et soins à domicile au sein d'une même structure, a ajouté aux tensions budgétaires et ce, au détriment des soins à domicile. Quand vient le temps d'établir des priorités, il est clair que l'hôpital et l'hébergement ont nécessairement un avantage important. Il est donc urgent de séparer le financement des soins de longue durée de celui de la santé pour protéger ce secteur négligé et lui imprimer les changements nécessaires vers les soins à domicile (Hébert, 2011). Dans ce contexte, il importe de créer une Caisse d'assurance pour le soutien de l'autonomie (CASA) avec un financement distinct de la santé. Une telle mesure faisait d'ailleurs partie des recommandations de la Commission Clair (Clair, 2000) et du comité Ménard (Ménard, 2005) pour assurer le financement de services de santé de qualité dans un contexte de vieillissement de la population. Un rapport du parlement canadien recommandait également en 2003 la création d'une telle caisse d'assurance (Le Goff, 2003).

Avant de décrire le projet proposé pour le Québec, il convient tout d'abord de réviser l'état actuel et projeté des dépenses pour les soins de longue durée, d'envisager l'hypothèse d'une couverture privée d'assurance pour financer ce secteur puis de décrire les systèmes d'assurance des soins à long-terme mis en place dans la plupart des pays occidentaux.

### **Les dépenses de santé pour les soins et services de longue durée**

Le Québec consacrait en 2009–2010 une somme de 2,8 milliards de dollars en fonds publics aux soins et services de longue durée pour les personnes âgées en perte d'autonomie sur les 25 milliards consacrés à la santé et aux services sociaux, soit 11%. Cela représentait environ 1,2% du produit intérieur brut (PIB) de la province, ce qui est la même proportion que le Canada qui se situe dans la moyenne inférieure des pays de l'OCDE à ce chapitre, devant l'Allemagne (0,9%) et la France (1,1%), mais en deçà du Japon (1,5%), des Pays-Bas (3,5%) et de la Suède (3,6%) (OECD, 2010).

L'utilisation des fonds publics dans ce secteur est toutefois fort différente d'un pays à l'autre. Alors qu'au Québec, seulement 17% de la somme (466 millions) est consacrée au maintien à domicile, on note une proportion beaucoup plus importante dans les autres pays de l'OCDE qui ont réagi au vieillissement de la population en privilégiant le soutien à domicile. Ainsi, les Pays-Bas consacrent au soutien à domicile 32% des sommes dévolues aux soins de longue durée, la Suède 41%, l'Allemagne 42%, la France 43%, la Norvège 50%, la Finlande 52% et le Danemark 73% (Huber, Rodrigues, Hoffmann, Gasior et Marin, 2009).

Le Québec génère même des incitatifs à utiliser l'hébergement lors d'une perte d'autonomie. D'abord

en finançant plus de 80% des soins et services dans ces milieux (Tousignant, Hébert, Dubuc, Simoneau et Dieleman, 2003) alors qu'il ne contribue qu'à peine plus de 15% aux soins à domicile (Tousignant, Dubuc, Hébert et Coulombe, 2007). Ensuite, le Québec est la province canadienne qui demande le moins de contribution aux résidents pour l'hébergement en soins de longue durée. En effet, au Québec en 2008 la contribution annuelle du résident à l'hébergement public était de 12 157 \$, alors qu'en Ontario elle était en moyenne de 18 936 \$, en Colombie Britannique 23 944 \$, au Nouveau Brunswick 25 550 \$ et à Terre-Neuve 33 600 \$ (Fernandes et Spencer, 2010). La différence tient essentiellement au fait que dans toutes les autres provinces, la contribution du résident est ajustée à son revenu alors qu'au Québec, il s'agit d'un taux fixe, sauf pour les personnes ne bénéficiant que de la pension de vieillesse et du supplément de revenu garanti ou encore pour les personnes de l'aide sociale où la contribution à l'hébergement est même moindre. La contribution du résident hébergé au Québec ne couvre que moins de la moitié du coût réel du gîte et couvert en établissement. En utilisant les données budgétaires d'un établissement d'hébergement de grande taille (760 lits), on constate qu'il faudrait une somme annuelle moyenne de \$35 000 pour couvrir uniquement les coûts relatifs aux services de soutien, aux équipements (non médicaux) et aux bâtiments. En plus de fournir la majorité des soins requis, l'État subventionne donc largement les frais de subsistance des résidents en institution, ce qui contraste avec les personnes à domicile où l'État ne fournit que les soins et cela dans une très faible proportion de ce qui serait requis (15%).

### Évolution des dépenses de soins de longue durée

Le vieillissement attendu de la population, particulièrement rapide au Québec, affectera surtout les dépenses publiques de soins et services de longue durée (Rochon, 2002). En effet, ces dépenses sont surtout conditionnées par les incapacités qui augmentent avec l'âge. Il faut toutefois se garder de faire des projections simplistes basées essentiellement sur l'évolution démographique. Les travaux de Chen et Millar (2000) à Statistiques Canada, ont bien montré que l'état de santé des baby-boomers qui formeront la nouvelle génération de personnes âgées est bien meilleur à âge égal que celui de la génération actuelle d'ainés. Cela ne s'est pas encore traduit par une amélioration de l'espérance de vie sans incapacités au Canada, quoique la mesure utilisée dans les grandes enquêtes de population soit plus restrictive et moins constante que pour d'autres pays de l'OCDE. Aux États-Unis, par exemple, on observe une compression nette des incapacités de 1982 à 2004 (Manton, Gu, et Lamb, 2006).

Lafortune et Balestat (2007) ont projeté l'augmentation du nombre de personnes présentant des incapacités graves (atteinte d'au moins une activité de la vie quotidienne) dans les pays de l'OCDE. Leurs analyses montrent que si la tendance actuelle se maintient au Canada et qu'il n'y a pas de compression des incapacités, ce nombre augmentera de 100 à 150 pour cent en 2030 par rapport à 2003. Aux États-Unis, si la compression observée des incapacités se poursuit, le nombre de personnes avec incapacités graves augmentera seulement de 50 pour cent par rapport à 2003. On voit donc l'importance de considérer cette variable dans les projections et de consacrer des efforts à comprimer les incapacités par la prévention des maladies chroniques et leur réadaptation.

L'OCDE a aussi réalisé des travaux pour estimer les dépenses publiques de soins et services de longue durée en 2050 (OECD, 2006). Plusieurs scénarios ont été utilisés pour tenir compte de certaines hypothèses. Ainsi, pour le Canada, le seul vieillissement de la population ferait passer les dépenses dans ce secteur de 1,2% qu'elles étaient en 2005 à 2,3% du PIB en 2050. Si les coûts demeurent les mêmes, la facture passerait à 3,2%, alors que dans un scénario de contrôle des coûts (priorité au soutien à domicile, utilisation de la technologie, etc.), on pourrait ramener les coûts à 2,4% du PIB. Selon un scénario de compressions des incapacités, déjà observé aux États-Unis, le taux pourrait même se situer plutôt à 1,9%. Toutefois, si la disponibilité d'aidants familiaux devenait moins importante, dû à un taux d'activité plus élevé, notamment chez les femmes de 50 à 64 ans, la part du PIB consacrée aux soins et services de longue durée pourrait atteindre 2,9% en 2050. Ces divers scénarios permettent donc de prévoir que la part du PIB pour les dépenses publiques en soins et services de longue durée au Québec en 2050 devrait se situer entre 2 et 3 pour cent du PIB, soit une augmentation de 60 à 150 pour cent. Il faut toutefois reconnaître que dans les quarante prochaines années, plusieurs événements pourraient modifier ces données, tant du côté de la demande (traitement efficace de la maladie d'Alzheimer, par exemple) que de l'offre de soins (virage majeur vers le soutien à domicile). Force est aussi de constater que même dans le pire scénario, les coûts des services aux personnes âgées en perte d'autonomie seront relativement faibles si on les compare à la part consacrée actuellement à la santé ou, au moment du baby-boom, à la famille et l'éducation.

### L'assurance autonomie: la place du privé

On constate en général peu d'intérêt des assureurs privées à offrir des produits pour couvrir la dépendance. Barr (2010) a bien expliqué ce phénomène que Pestieau et Ponthière (2010) ont qualifié de « *long-term care*

*insurance puzzle* ». En fait, le mécanisme même des assurances actuarielles ne s'ajuste pas bien aux risques associés aux soins à long-terme de la dépendance. D'abord, l'assurance privée couvre habituellement des risques individuels qui sont relativement rares. L'entrée en incapacité est par contre un risque très fréquent, particulièrement après 50 ans lorsque les personnes deviennent effectivement conscientes du risque éventuel de dépendance et s'intéressent à ces produits. Kemper, Komisar, et Alecxih (2005) ont montré qu'une personne de plus de 65 ans a une probabilité de 0,69 de présenter au cours du reste de sa vie une incapacité modérée à grave (0,58 pour les hommes et 0,79 pour les femmes) et qu'elle vivra en moyenne 3 des 18 années de son espérance de vie avec une incapacité (2,2/15,7 pour les hommes et 3,7/19,8 pour les femmes). De tels produits d'assurance deviennent donc très chers, incidemment parce qu'il est bien démontré que les gens intéressés par de telles assurances ont en fait plus de risques de développer des incapacités, ce que les actuaires appellent le phénomène d'« *adverse selection* ». De plus, il existe un risque « moral » associé à la dépendance car le fait d'être assuré peut affecter la probabilité de devenir dépendant (négligence de se plier à des mesures préventives) ou encore le recours éventuel à des services couverts par les compensations.

De plus, le marché de ces assurances est restreint par les mesures de protection sociale en place dans la plupart des pays. Ces mesures confortent les personnes dans l'idée que l'État les prendra en charge en cas de besoins (effet du « bon samaritain »). Dans les pays où cette prise en charge est modulée en fonction des ressources financières, les personnes tenteront même de distribuer leurs biens en avance pour pouvoir se qualifier à l'aide de l'État. À cela s'ajoute la confiance des personnes en la solidarité familiale qui devrait leur fournir une aide en cas d'une éventuelle perte d'autonomie. L'ignorance ou plutôt le déni des personnes par rapport à une éventuelle perte d'autonomie participe aussi à la faible demande pour un tel produit. Finkelstein et McGarry (2003) rapportent qu'environ 50 pour cent des personnes âgées pense que leur probabilité de devenir dépendantes est de zéro! L'étroitesse du marché contribue donc aux prix élevés de ces assurances.

Les produits de ces assurances privés sont également peu attrayants car la plupart alloue une somme forfaitaire mensuelle lorsque la dépendance devient extrême (atteinte d'au moins 3 activités de la vie quotidienne). Cette compensation survient donc de façon tardive, souvent lorsque la personne est déjà en institution, et ne couvre qu'une faible partie des coûts inhérents à la prise en charge. Les produits d'assurance couvrant le remboursement des frais déboursés sont plus rares en raison de l'importance de ces coûts et de la difficulté pour les compagnies d'en évaluer le caractère essentiel

et surtout de prédire le coût de l'offre de services dans le futur. Aux États-Unis toutefois, des assurances de soins à long terme existent depuis plusieurs années, leurs primes sont conséquentes mais les bénéficiaires semblent jusqu'à maintenant satisfaits puisqu'elles couvrent la plupart des services nécessaires que ce soit à domicile ou en établissement (Doty, Cohen, Miller, et Shi, 2010).

La perte d'autonomie n'est donc pas un risque intéressant à couvrir pour les assureurs privés et leur contribution ne peut être que marginale et inéquitable d'un point de vue populationnel. L'ampleur du risque et les coûts inhérents à la perte d'autonomie justifient amplement l'intervention de l'État dans ce champ.

### **Les systèmes de financement des soins de longue durée à travers le monde**

Traditionnellement, les systèmes de santé des pays occidentaux se sont développés selon deux modèles de base: le modèle beveridgien de couverture universelle et le modèle bismarkien d'assurance sociale. Suite au rapport Beveridge dans les années 40, l'Angleterre, les pays scandinaves et plus tard le Canada ont opté pour des systèmes de santé à couverture universelle financés par les impôts. La majorité des services dans ces pays est dispensée par le réseau public et l'intervention des prestataires privés est plus marginale. Les soins de longue durée se sont ajoutés progressivement aux services offerts au cours des dernières décennies. Dans ces pays, c'est à l'État plutôt qu'à la famille que revient la responsabilité de fournir des services. Ces systèmes sont généralement plus généreux et en conséquence plus coûteux pour l'État, du moins dans les pays scandinaves. Les soins de longue durée sont devenus, notamment en Suède et au Danemark la responsabilité des municipalités qui répondent aux besoins des personnes en perte d'autonomie sans seuil minimal d'incapacités et sans considérer les ressources financières des bénéficiaires (Schultz, 2010a; Stuart et Weinrich, 2001). Les personnes sont évaluées par les professionnels et les services nécessaires sont fournis par des prestataires financés et gérés par les municipalités. La priorité est donnée au maintien à domicile et les services sont dispensés dans le milieu de vie de la personne, peu importe où elle habite. Une quote-part du bénéficiaire (co-paiement) est exigée, notamment en Suède, mais ne représente qu'une faible part des coûts (10%). Certaines régions de la Suède ont introduit en 2005 une allocation en espèces avec laquelle la personne peut acheter les soins nécessaires mais cette allocation ne peut être utilisée par les proches, suite aux protestations du mouvement féministe qui voulait prévenir le confinement des femmes dans des rôles peu rémunérés et sans protection sociale (Trydegard et Thorslund, 2010). En Angleterre,

alors que les soins infirmiers sont couverts par l'assurance maladie sans conditions de ressources, les soins personnels et l'aide ne sont assumés que lorsque la personne est admissible (ce qui se réduit aux cas les plus lourds), lorsqu'il n'y a pas de proches aidants et lorsque le revenu se situe sous un seuil de £27 000 annuellement. L'admissibilité est évaluée par un gestionnaire de cas qui gère un forfait de soins (« *care package* ») afin de mettre en place un plan d'aide. L'utilisateur peut aussi choisir de recevoir une allocation en espèce (« *direct payment* ») pour engager des prestataires qui ne peuvent toutefois pas résider dans le même logement. Avec les compressions budgétaires des dernières années, l'admissibilité a été considérablement restreinte mais une réforme est annoncée pour offrir une couverture gratuite plus universelle (Comas-Herrera, Wittenberg, et Pickard, 2010).

Le modèle d'assurance sociale créé à l'origine en Allemagne par Bismark à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle est basé sur des cotisations obligatoires prélevées en cours d'emploi afin de couvrir les risques les plus importants pour soi et sa famille: retraite, accidents du travail, famille et santé. Les personnes non-salariées sont couvertes par une assurance publique. La plupart des pays européens continentaux ont développé ce type de couverture sociale au XX<sup>ème</sup> siècle et la dépendance s'est ajoutée comme un 5<sup>ème</sup> risque au cours des dernières décennies par la création d'assurances spécifiques pour les soins à long terme (Joel et Dufour-Kippelen, 2002). Mises en place d'abord aux Pays-Bas (1968) puis en Autriche (1993) et en Allemagne (1994), ces assurances couvrent tant les personnes âgées que les personnes handicapées et ce, sans tenir compte des ressources financières du bénéficiaire. Dans ces régimes, l'État agit par subsidiarité lorsque la personne ou la famille ne peut subvenir aux besoins.

L'admissibilité est définie par des critères distinguant différents niveaux de dépendance donnant droit à des allocations spécifiques. Un processus d'évaluation utilisant un examen médical (Autriche et Allemagne) ou un outil standardisé comme aux Pays-Bas (Schut et Van Den Berg, 2010) déterminent l'admissibilité à l'allocation. Cette allocation peut être utilisée en nature ou en espèces, sauf en Autriche où seule l'allocation en espèces est possible. En Allemagne, comme au Luxembourg, le coût des prestations privées est négocié avec les consortiums d'assurances dépendances et il n'y a pas de surfacturation possible aux clients. On y retrouve un mélange de prestataires publics et privés et des allocations en espèces (« *cash-for-care* ») sont disponibles (Da Roit et Le Bihan, 2010). L'allocation en espèces (« *cash-for-care* ») est souvent versée directement aux personnes et ce, sans restriction. Elles peuvent s'en servir pour rémunérer les proches aidants ou des employés, ce qui a donné lieu dans certains de ces pays au dével-

oppement d'un « marché gris », constitué principalement d'immigrants souvent clandestins. Il n'y a habituellement pas de franchise (co-paiement) mais le reste à charge pour certains services peut être élevé, notamment en institution.

Ces assurances étaient à l'origine financées exclusivement par le biais de cotisations des employeurs et des employés. En Allemagne, par exemple, les travailleurs et les employeurs (à parts égales) doivent consacrer 1,95% des salaires à cette assurance et une surprime de 0,25% est exigée des adultes de plus de 23 ans sans enfants (Gabel, 2004; Rothgang, 2010; Schulz, 2010b). On note maintenant dans plusieurs pays une variété des sources de financement qui incluent l'impôt, comme c'est le cas en France, au Japon, en Corée du Sud, au Luxembourg et en Espagne.

En France (Le Bihan et Martin, 2010), l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) a été instaurée en 2002 (Loi 2001-647) faisant suite à la Prestation spécifique dépendance (PSD) créée en 1997 (Loi 97-60). Son financement relève en partie de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), créée en 2004 (Loi 2004-626) et mise en place en 2005. Le reste de l'APA est assumé par les départements via la fiscalité locale et des transferts d'impôts de l'État. La CNSA est financée par les employeurs (abolition d'un congé férié), un pourcentage des revenus des contribuables et une part de la contribution sociale générale. L'APA est déterminée suite à une évaluation standardisée réalisée par des équipes multidisciplinaires départementales (conseils généraux) qui recommandent un plan d'aide. L'admissibilité à l'APA repose sur l'atteinte d'un certain niveau de dépendance (4 des 6 niveaux). Le plan d'aide déterminé par l'équipe d'évaluation tient compte des aides apportées par les proches et établit les services complémentaires à mettre en place et à financer. L'APA peut être utilisée en nature ou en espèces et peut être utilisée pour rémunérer des proches (mais pas le conjoint) qui effectuent des tâches définies par le plan d'aide selon des ententes de gré-à-gré, le plus souvent avec un chèque emploi-service. Une quote-part (co-paiement ou ticket modérateur) est aussi établi selon les revenus de la personne et peut s'élever jusqu'à 90% de l'APA; en 2009, ce ticket modérateur représentait en moyenne 18% de l'APA total (Debout et Lo, 2009). Le reste à charge pour les usagers peut souvent s'avérer élevé, d'autant plus que les tarifs des prestataires ne sont pas fixés par des ententes.

Au Japon (Ikegami, 2007; Ng, 2007; Tsutsui & Maramatsu, 2005, 2007), le « *Kaigo Hoken* » (KH) a été instauré en 1997 dans le cadre d'un processus de « socialisation des soins » dont le slogan était: « Des soins par la famille vers des soins par la société ». Là encore, l'admissibilité repose sur des critères de dépendance (6 des 7 niveaux) établis suite à une évaluation standardisée révisée par un comité d'expert et ce, sans tenir

compte des ressources financières du bénéficiaire. L'allocation sert exclusivement à rembourser les soins dispensés par des agences privées et ne peut être utilisée en espèces ou pour rémunérer les proches. Un gestionnaire de cas est attribué à chaque bénéficiaire pour évaluer les besoins, élaborer le plan de soins, courter et coordonner les services, surveiller la qualité des prestations et réévaluer la personne. Comme en Suède, la rémunération des proches a fait l'objet d'un débat où les groupes féministes ont manifesté leur opposition à une telle mesure. Une quote-part forfaitaire de 10% est exigée du bénéficiaire. Le financement du KH est assuré par des déductions sur les pensions de vieillesse (1/6), une prime prélevée chez les travailleurs de 40 à 64 ans (1/3) et les taxes municipales et nationales (1/2).

Au *Luxembourg* (Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance, 2009), l'Assurance dépendance a été implantée en 1998 et est gérée par la Caisse nationale de santé financée par l'État, une redevance sur l'électricité et une contribution dépendance des employés établie sur la base du revenu. Le système en place dans ce petit pays est centralisé avec une équipe nationale d'évaluation qui établit le nombre d'heures de soins nécessaires. La personne est admissible si elle nécessite plus de 3,5 heures de soins par semaine et l'allocation peut être octroyée en nature ou en espèces et peut servir à rémunérer les proches, sans quote-part du bénéficiaire. Plus récemment (2006), *l'Espagne* (Costa-Font et Gonzalez, 2010) a implanté un système de protection sociale pour les personnes en situation de dépendance et a créé l'Imsero, une caisse financée par l'État, les Communautés autonomes et les municipalités. L'admissibilité est établie suite à une évaluation standardisée réalisée par une équipe locale qui classe les personnes selon 6 niveaux d'incapacité. L'allocation peut être versée en espèces ou en nature et peut servir à rémunérer les proches. Une quote-part du bénéficiaire est établie selon les revenus mais elle ne peut excéder 25% de l'allocation. *L'Italie* (Costa-Font, 2010) a un système d'allocation en espèces dont le financement est plutôt assuré par l'impôt. Les critères d'admissibilité sont beaucoup plus vagues et il n'y a pas d'évaluation standardisée. Cette allocation peut être utilisée pour rémunérer les proches ou des employés avec le développement là aussi d'un « marché gris » important, les « badanti ». La *Corée du Sud* a aussi créé une assurance publique pour les soins à long-terme des personnes âgées en 2008 (Seok, 2010) financée par l'État et les cotisations des salariés.

Le tableau 1 compare les principales caractéristiques de ces différents systèmes. On retient de cette analyse internationale, les éléments suivants:

- La nécessité de créer une caisse séparée pour financer les soins à long-terme;
- La variété des sources de financement: impôts (Suède, Espagne), primes chez les retraités (Japon), primes chez les travailleurs (Allemagne, Japon), surprime chez les adultes sans enfants (Allemagne), redevances de services publics (Luxembourg);
- L'importance d'une évaluation standardisée;
- La nécessité d'établir des critères d'attribution de l'allocation;
- La mise en place d'allocations sans tenir compte des ressources financières de la personne, mais avec souvent une quote-part exigée du bénéficiaire;
- Une allocation en nature ou en espèces, ce qui ajoute de la flexibilité et donne au bénéficiaire une possibilité de choisir les prestataires;
- Une modulation des allocations à domicile ou en institution qui permet de favoriser le maintien à domicile avec plus ou moins d'incitation;
- L'utilité d'un gestionnaire de cas (comme au Japon) qui permet d'évaluer les personnes, de planifier les soins requis, de coordonner les soins et de suivre la qualité des services;
- L'existence de risques inhérents à une allocation en espèces sans restriction ou contrôle, en termes de création d'un « marché gris »;
- Des réflexions intéressantes (en Suède et au Japon, notamment) quant aux risques inhérents à la rémunération des proches, notamment pour le maintien en emploi des femmes;
- L'efficacité d'une gestion locale de l'allocation;
- La possibilité de couvrir d'autres besoins avec l'allocation comme en Allemagne: aménagement du logement, aides techniques, produits, vacances des aidants, avantages sociaux des aidants, répit;
- La conclusion d'entente avec les prestataires pour fixer les tarifs et ainsi contrôler l'offre de service et le coût pour l'utilisateur.

## Une assurance autonomie pour le Québec

Étant donné le vieillissement important de sa population et la pandémie de maladies chroniques qui l'accompagne, le Québec doit se doter d'une assurance autonomie afin de répondre aux besoins des aînés et de leurs proches tout en contrôlant davantage les coûts inhérents aux soins et services de longue durée. À la différence de plusieurs pays qui ont implanté de telles innovations sociales, le Québec compte sur de nombreux atouts: une évaluation standardisée déjà en place, une classification des besoins pour la gestion des services, un réseau intégré de services en implantation avec des gestionnaires de cas. Il faudrait donc créer une assurance autonomie avec la mise en place d'une Allocation de soutien à l'autonomie (ASA) financée par une Caisse d'assurance pour le soutien de l'autonomie (CASA).

Cette assurance autonomie devrait répondre aux six principes suivants:

Tableau 1. Comparaison des principaux régimes de couverture des soins de longue durée dans différents pays

		Bismarckiens				
		Danemark	Pays-Bas	Allemagne	Japon	France
Beveridgiens						
Suède						
Historique	1992 (Réforme Ädel): décentralisation et réforme des soins à long terme	1988: plus de nouveaux centres d'hébergement; 1995: création des soins intégrés	1968: création de l'Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ)	1995: création du <i>Pflegeversicherung (assurance dépendance)</i>	1997: création du <i>Kaigo Hoken</i> (Assurance des soins à long terme); Implantation en 2000	1997: création de la Prestation spécifique dépendance (PSD); 2004: création de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
Gestion Couverture*	Municipalités 2 systèmes: PA ( $\geq 65$ ) et PH	Municipalité Tous âges	Régions Tous âges	Régions Tous âges	Municipalités $\geq 65$ (40-64 avec conditions gériatriques)	Départements $\geq 60$
Assurance privée	Non	Non	Complémentaire	Substitutive (doit avoir même couverture): 10% de la population	Non	Complémentaire pour les lourds incapacités seul.
Admissibilité	Toutes formes d'incapacités	Toutes formes d'incapacités	6 des 7 catégories selon le degré d'incapacités et besoin de soins	3 niveaux d'indépendance + soins exceptionnels (démence)	6 des 7 niveaux d'indépendance	4 des 6 niveaux d'incapacités
Évaluation	Professionnels locaux (care manager)	Professionnels	Équipe nationale (Center for needs Assessment)	Medical Review Board (public) Medicproof (privé)	Professionnel Révisé par comité d'expert	Équipe régionale
Instrument	Pas d'instrument standardisé	Évaluation globale standardisée (inclut le Barthel)	Instrument d'évaluation national (108 items; nombre d'heures de soin)	Grille médicale unique	Grille de 79 items: Incapacités, heures de soins, médical.	Grille d'incapacités (AGGIR)
Allocations	En nature surtout	En nature (choix d'un prestataire public ou privé)	En nature ou en espèces (75%)	En nature ou en espèces (50%) ou combiné	Remboursement des agences privées de soins	En nature ou en espèces (avec contrôle)
Allocation en espèces	Introduite en 2005 dans certaines régions seul ( <i>attendance allowance</i> ); Seul 0,1% des bénéficiaires		<i>Dutch Persoonsgebonden Budget</i> : Peut être utilisée pour rémunérer les aidants	Allocation de soins ( <i>Pflegegeld</i> ): Versée directement à la personne	Rémunération des prestataires; Gestionnaires de cas sont chargés de faire un plan de soins, de couvrir les services et de s'assurer de la qualité	L'APA finance un plan de soins déterminé par l'équipe d'évaluation
Rémunération des aidants	Non		oui	oui	non	Oui (sauf conjoint)
Mécanisme de reddition de comptes	n/a		oui	Non (marché gris)	n/a	Oui
Quote-part des bénéficiaires (minimale)	Non		Non	Non	Fixe: 10% pour tous les services	Non
Financement	Impôt	Impôt	Selon les revenus (mais demeure minimale)	1,95% des revenus (max: 3675 €/mois) + 0,25% pour adultes $\geq 23$ sans enfants	1/6; déductions sur pensions de vieillesse; 1/3: prime chez les 40-64 ans	Selon les revenus (peut atteindre jusqu'à 90% de l'APA) Contribution employeur (congé férié); 0,3% des avoirs et du revenu; 0,1% contribution sociale généralisée; Transfert de crédits
% PIB	3,3	1,8	3,5	0,9	1,5	1,1

\* PA: personnes âgées; PH: personnes handicapées.

- Universalité: couvrant tous les citoyens sans tenir compte de leurs ressources financières;
- Solidarité: financée publiquement à partir d'un mode de taxation spécifique (impôt sur le revenu ou taxe de vente) ou de cotisations;
- Capitalisation (du moins en partie): pour prévoir l'augmentation des coûts liée au vieillissement de la population dans une perspective d'équité intergénérationnelle;
- Individualisation: allocation déterminée suite à une évaluation des besoins de la personne;
- Régionalisation: gérée au niveau local ou régional pour tenir compte du contexte;
- Neutralité: sans égard au lieu de résidence.

L'ASA serait un montant dont la valeur est établie suite à l'évaluation des incapacités de la personne. Les informations permettant son calcul sont déjà collectées par les outils actuellement utilisés au Québec. L'Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), actuellement en place dans tout le réseau pour l'évaluation des usagers des services de maintien à domicile ou en besoin d'hébergement comprend le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) (Hébert et al., 2003). Cet instrument évalue les incapacités dans 29 fonctions couvrant les activités de la vie quotidienne et domestique, la mobilité, la communication et les fonctions mentales. À partir de cette évaluation, un système de classification a été développé pour soutenir la gestion des services. Ainsi, les milliards de profils d'incapacités possibles peuvent être regroupés en 14 Profils Iso-SMAF (Dubuc, Hébert, Desrosiers, Buteau, et Trottier, 2006) qui conditionnent chacun une offre de services et un coût. Les Profils Iso-SMAF sont actuellement implantés au Québec pour la gestion des établissements et services publics.

L'ASA serait donc établie selon le Profil Iso-SMAF de l'individu. Cette allocation serait versée en nature pour les personnes hébergées en institutions et servirait au financement de ces établissements. Elle serait aussi versée en nature dans des ressources intermédiaires ou des résidences privées par contrat de service avec les établissements du réseau (achat de places). Lorsque la personne reçoit des services à domicile par les établissements publics, le financement lié à ces services proviendrait également de l'ASA. On pourrait donc, par ce moyen, opérationnaliser le principe voulant que « l'argent suit le client » et assurer aux établissements un financement ajusté aux clientèles qu'ils desservent.

Pour les autres situations, l'ASA prendrait la forme d'une allocation en espèces pour acheter des services d'un organisme communautaire (ex: popote roulante), d'une entreprise d'économie sociale (ex.: aide aux tâches domestiques) et d'organisations privées (ex.: services de soins et d'aide). L'ASA pourrait être aussi utilisée pour financer les soins dispensés dans des organisations privées desservant plusieurs personnes

en perte d'autonomie (ex. résidences privées). Des ententes formelles devraient être conclues avec les organismes prestataires pour fixer les tarifs et conditions de prestations. Des normes, en particulier concernant le nombre et la formation des membres du personnel devraient être intégrés à ces ententes pour assurer une prestation de qualité. Un processus d'évaluation périodique permettrait de s'assurer du respect de ces normes lors du renouvellement des ententes.

À l'instar de la France et du Luxembourg, il ne devrait pas y avoir de différentiel de plafond de la PSA pour les services à domicile ou en institution. L'absence d'un différentiel constitue un incitatif puissant pour le maintien à domicile.

Comme c'est le cas en Suède et au Japon, l'ASA ne devrait pas être utilisée pour rémunérer les proches aidants, sauf dans des situations exceptionnelles où les services ne peuvent être assumés par un prestataire (ex.: services de soir ou de nuit). Dans ce cas, l'attribution de l'ASA devrait se faire par l'utilisation du Chèque emploi-service qui garantit le respect de normes minimales de travail et le versement d'avantages sociaux. Des allocations libres en espèces ne permettent pas de favoriser le maintien des femmes sur le marché du travail ni d'assurer des services de qualité car il n'y a pas de contrôle sur la prestation. À une époque où le renforcement de la professionnalisation des prestations est un objectif incontournable, il n'apparaît pas opportun de rémunérer l'intervention non-professionnelle. De plus, une allocation libre en espèce ouvre la voie au travail au noir et au développement d'un « marché gris », sans parler des risques d'abus où des pressions de membres de la famille sans scrupule peuvent amener le versement d'une allocation sans prestation effective de services. Par contre, l'ASA pourrait couvrir les mesures de répit, les vacances de l'aidant ou même les bénéfices sociaux lorsque l'aidant doit quitter son emploi de façon partielle ou transitoire.

Les gestionnaires de cas qui sont actuellement déployés dans le cadre de la mise en place des réseaux de services intégrés aux personnes âgées seraient responsables de l'évaluation continue des besoins, de la planification des services, de la gestion de l'ASA et pourraient être impliqués dans le processus d'évaluation de la qualité des prestataires. Cela donnerait aux gestionnaires de cas un levier important pour mettre en place les services nécessaires. Une telle mesure n'a pu être implantée dans les expériences PRISMA (Hébert et al., 2010) et SIPA (Béland et al., 2006), alors qu'elle fait habituellement partie des éléments des modèles d'intégration de service.

À l'instar du Japon et de plusieurs pays européens, une Caisse d'assurance pour le soutien de l'autonomie (CASA) devrait être créée pour assurer le financement



de l'ASA et des coûts connexes à la perte d'autonomie. Le financement des aménagements du logement et des aides techniques devraient par exemple être transférés à cette caisse. La gouvernance de cette Caisse devrait se calquer sur le modèle de la Régie des rentes, de la Régie de l'assurance maladie, de la Commission de la santé et sécurité au travail ou de la Société d'assurance automobile du Québec. Cette caisse devrait financer les besoins actuels des bénéficiaires et capitaliser une partie de son avoir pour prévoir l'augmentation des coûts due au vieillissement de la population dans une perspective d'équité intergénérationnelle. Une étanchéité stricte de cette caisse devrait être assurée pour éviter que d'éventuels surplus soient transférés pour équilibrer le budget gouvernemental.

Comment financer cette caisse? Une partie du financement est déjà incluse dans le budget actuel de la santé et des services sociaux, soit les 2,8 milliards de dollars consacrés actuellement aux soins de longue durée. On peut toutefois ajouter à cette contribution les quelques 606 millions consacrés chaque année aux multiples programmes de crédits d'impôts: pour maintien à domicile, pour aidants naturels, pour répit à un aidant naturel, pour services médicaux touchant l'invalidité (Gibeault, 2009). Ces crédits d'impôts ne sont pas attribués selon les besoins des personnes et leur valeur est souvent conditionnée par le revenu, ce qui les rend inéquitable. En plus, ils sont souvent utilisés au bénéfice des résidences privées d'hébergement qui aident leurs résidents à compléter les formulaires de demandes souvent complexes.

Lorsqu'on ajoute cet effort gouvernemental, on constate que dans les faits, 3,4 milliards de dollars en fonds publics sont déjà consacrés aux soins et services de longue durée, soit 1,4% du PIB. Mais il faut aussi une injection significative supplémentaire pour opérer un réel virage vers les soins à domicile. À partir des données d'une étude réalisée en Montérégie (Tousignant et al., 2007), nous avons calculé qu'un investissement de 400 millions de dollars serait nécessaire pour faire passer le taux de réponse aux besoins de 15% à 40%. Ajoutons à cela une somme de 100 millions pour améliorer les services de réadaptation et de nutrition à domicile et on obtient au total une dotation de 3,9 milliards de dollars, soit en fait près de 2% du PIB, ce qui est comme nous l'avons vu la borne inférieure de l'évolution des dépenses dans ce secteur en 2050, compte-tenu du vieillissement de la population. Dans l'intervalle, un tel investissement réalisé immédiatement permettrait d'imprimer au système le virage nécessaire vers les soins à domicile, de diminuer le taux d'hébergement et même de capitaliser des surplus éventuels.

L'ASA remplacerait aussi les mesures de financement direct implantées au cours des dernières années: allocation directe, programme d'exonération financière pour le soutien à domicile (PEFSAD). Cette simplification du financement améliorerait sans doute l'accès aux services.

Il conviendra d'examiner plus en détails le moment venu la façon dont seront prélevées les contributions pour la caisse: transfert de l'impôt ou encore utilisation d'une partie de la taxe de vente, cotisations sur les salaires, redevances sur l'électricité, etc.

Pour ceux qui prétendront que le Québec ne peut se permettre de payer plus pour une telle innovation sociale, il faut réaliser que nous devons tous payer davantage pour d'éventuelles pertes d'autonomie, soit par le biais de nos impôts, soit par des assurances privées, soit directement par l'achat de services, soit encore en nature par la prestation bénévole dans le rôle de proche aidant. À la loterie de la perte d'autonomie, le risque est très élevé et le fardeau économique individuel des malchanceux trop important pour continuer d'agir aveuglément et sans prévoyance. La question est ici d'adopter la façon la plus équitable et efficace de financer ce risque. La création d'une assurance autonomie publique est de loin préférable à l'alternative de l'assurance privée que seulement certains pourraient se payer et qui ne couvrira que les pertes d'autonomie graves en fin d'évolution. De plus, un investissement significatif dans les soins à domicile, de l'ordre de 500 millions de dollars se traduirait par la création de plus de 10 000 emplois par année supplémentaires, ce qui a un impact important sur l'économie, la participation sociale et les recettes fiscales.

## Conclusion

L'assurance autonomie est la condition essentielle à un financement adéquat et à une gestion efficiente des soins à long terme. C'est la seule façon de renverser la prépondérance de l'hébergement comme solution à la perte d'autonomie. En améliorant les services aux personnes victimes d'incapacités, elle agira sur l'hôpital, tant en amont (diminution du recours aux urgences et à l'hospitalisation) qu'en aval (raccourcissement des durées de séjours et diminution des patients en attente d'hébergement). Cela permettra de diminuer la pression exercée sur les hôpitaux en leur laissant jouer leur véritable rôle de plate-forme technologique soutenant des interventions diagnostiques et thérapeutiques spécialisées, tout en limitant les coûts de santé.

L'assurance autonomie permettra aux individus et à leur famille de choisir la gamme de services dont ils ont besoin et les prestataires qu'ils préfèrent. Elle donnera aux aînés un véritable choix quant aux services qu'ils souhaitent, sans introduire d'incitatifs indus à

utiliser l'hébergement en institution. Elle permettra aussi d'ajuster les services lors de la perte d'autonomie sans changement de milieu de vie. Elle améliorera l'équité dans l'accès aux services nécessaires pour pallier les incapacités et ce, peu importe le milieu de vie choisi par la personne.

Si l'assurance santé fut l'innovation sociale du XX<sup>ème</sup> siècle dans les pays industrialisés afin de permettre à tous les citoyens d'être égaux et solidaires devant la maladie, l'assurance autonomie sera sans doute l'innovation sociale du XXI<sup>ème</sup> siècle pour étendre la solidarité aux incapacités qui accompagnent la prépondérance de maladies chroniques associées au vieillissement des populations.

## Références

- Barr, N. (2010). Long-term care: A suitable case for social insurance. *Social Policy & Administration*, 44(4), 359–374.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, A.M., Tousignant, P., Contandriopoulos, A.P., et al. (2006). A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 61A, 367–373.
- Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance. (2009). *L'assurance dépendance: guide pratique*. Luxembourg, Luxembourg: Ministère de la sécurité sociale.
- Chen, J., et Millar, W.J. (2000). *Les générations récentes sont-elles en meilleure santé? Rapports sur la santé*, 11(4), 9–26.
- Clair, M. (2000). *Commission d'étude sur la santé et les services sociaux. Des solutions émergentes*. Rapport de la Commission d'étude sur la santé et les services sociaux. Québec, Québec, Canada: Gouvernement du Québec.
- Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., et Pickard, L. (2010). The long road to Universalism? Recent developments in the financing of long-term care in England. *Social Policy and Administration*, 44(4), 375–391.
- Costa-Font, J. (2010). Devolution, diversity and welfare reform: Long-term care in the "Latin rim." *Social Policy and Administration*, 44(4), 481–494.
- Costa-Font, J., et Gonzalez, A.G. (2010). Long-term care reform in Spain. *Health Policy Development. Eurohealth*, 13(1), 20–22.
- Da Roit, B., et Le Bihan, B. (2010). Similar and yet so different: Cash-for-care in six European countries' long-term care policies. *The Milbank Quarterly*, 88(3), 286–309.
- Debout, C., et Lo, S.H. (2009). L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009. *Études et analyses DREES*, 710, 1–6.
- Doty, P., Cohen, M.A., Miller, J., et Shi, X. (2010). Private long-term care insurance: Value to claimants and implications for long-term care financing. *The Gerontologist*, 50(5), 613–622.
- Dubuc, N., Hébert, R., Desrosiers, J., Buteau, M., et Trottier, L. (2006). Disability-based classification system for older people in integrated long-term care services: The Iso-SMAF profiles. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 42, 191–206.
- Fernandes, N., et Spencer, B.G. (2010). The private cost of long-term care in Canada: Where you live matters. *Canadian Journal on Aging*, 29(3), 307–316.
- Finkelstein, A., et McGarry, K. (2003). *Private information and its effect on market equilibrium: New evidence from LTC market*. Washington, DC: NBER WP 9957.
- Gabel, M. (2004). L'inévitable réforme de l'assurance dépendance. *Bulletin économique du CIRAC*, 68.
- Gibeault, A. (2009). *La fiscalité, les soins de longue durée et le maintien à domicile*. Sherbrooke, Québec, Canada: Université de Sherbrooke.
- Hébert, R. (2003). Oui aux services à domicile, mais n'oublions pas les personnes âgées. Éditorial: Perspectives sur le Rapport de la Commission Romanow. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 22(1), 11–12.
- Hébert, R. (2010a). Home care: From adequate funding to integration of services. *Health Care Papers*, 10(1), 68–69.
- Hébert, R. (2010b). An urgent need to improve life conditions of seniors. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 14(8), 711–714.
- Hébert, R. (2011). Public Long-Term Care Insurance: A way to ensure sustainable continuity of care for frail older people. *Health Care Papers*, 11(1), 69–75.
- Hébert, R., Desrosiers, J., Dubuc, N., Tousignant, M., Guilbeault, J., et Pinsonnault, E. (2003). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La Revue de gériatrie*, 28(4), 323–334.
- Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L., et al. (2001). Resources and costs associated with disabilities of elderly people living at home and in institutions. *Canadian Journal on Aging*, 20(1), 1–21.
- Hébert, R., Raïche, M., Dubois, M.-F., Gueye, N.R., Dubuc, N., Tousignant, M., et the PRISMA Group. (2010). Impact of PRISMA, a coordination-type integrated service delivery system for frail older people in Quebec (Canada): A quasi-experimental study. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B, 107–118.
- Huber, M., Rodrigues, R., Hoffmann, F., Gasior, K., et Marin, B. (2009). *Facts and figures on long-term care: Europe and North America*. Vienna, Austria: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- Ikegami, N. (2007). Rationale, design and sustainability of Long-Term care insurance in Japan – In retrospect. *Social Policy and Society*, 6(3), 423–434.

- Joël, M.E., et Dufour-Kippelen, S. (2002). Financing systems of care for older persons in Europe. *Aging Clinical and experimental research*, 14(4), 293–299.
- Kemper, P., Komisar, H.L., et Alecxih, L. (2005). Long-Term Care over an uncertain future: What can current retirees expect? *Inquiry*, 42, 335–350.
- Lafortune, G., Balestat, G., et the Disability Study Expert Group Members. (2007). *Trends in severe disability among elderly people: Assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications*. OECD Health Working Papers No. 26. Paris: OECD Publishing.
- Lafortune, L., Béland, F., et Bergman, H. (2008). Fragilité, incapacité et dépendance des personnes âgées: Comment compléter l'architecture du système de santé? In F. Béland, A.P. Contandriopoulos, A. Quesnel-Vallée, & L. Robert (Eds.), *Le privé en santé: les discours et les faits*. Montréal, Québec, Canada: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Le Bihan, B., et Martin, C. (2010). Reforming long-term care policy in France: Private-public complementarities. *Social Policy and Administration*, 44(4), 392–410.
- Le Goff, P. (2003). *Home Care, and caring for persons suffering from a long-term loss of independence: A funding model for Canada*. Ottawa, Ontario, Canada: Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament.
- Manton, K.G., Gu, X., et Lamb, V.L. 2006. Change in chronic disability from 1982 to 2004/2005 as measured by long-term changes in function and health in the US elderly population. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 103(48):18374–18379
- Ménard, J. (2005). *Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec. Pour sortir de l'impasse: la solidarité entre les générations*. Rapport du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec. Québec, Québec, Canada: Gouvernement du Québec.
- Ng, G.T. (2007). Learning from Japanese experience in aged care policy. *Asian Social Work and Policy Review*, 1, 36–51.
- OECD. (2006). *Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What are the main drivers?* OECD Economics Department Working Papers, No. 477. Paris: OECD Publishing.
- OECD. (2010). *Health Data 2010. Statistics and indicators for 30 countries*. Paris: OECD.
- Pestieau, P., et Ponthière, G. (2010). *Long-term care insurance Puzzle*. Working Paper No. 2010-14. Paris: School of Economics.
- Rochon, M. (2002). Vieillesse démographique et dépenses de santé et de prise en charge de la dépendance au Québec, 1981-2051. *Santé, société et solidarité*, 2, 155–171.
- Rothgang, H. (2010). Social insurance for long-term care: An evaluation of the German model. *Social Policy and Administration*, 44(4), 436–460.
- Schulz, E. (2010a). *The long-term care system in Denmark*. Discussion Papers No. 1038. Berlin, Germany: German Institute for Economic Research (DIM Berlin).
- Schulz, E. (2010b). *The long-term care system in Germany*. Discussion papers No. 1039. Berlin, Germany: German Institute for Economic Research (DIM Berlin).
- Schut, F., et Van den Berg, B. (2010). Sustainability of comprehensive universal long-term care insurance in the Netherlands. *Social Policy and Administration*, 44(4), 411–435.
- Seok, J.E. (2010). Public long-term care insurance for the elderly in Korea: Design, characteristics, and tasks. *Social Work in Public Health*, 25, 185–209.
- Stuart, M., et Weinrich, M. (2001). Home- and community-based long-term care: Lessons from Denmark. *The Gerontologist*, 41(4), 474–480.
- Tousignant, M., Dubuc, N., Hébert, R., et Coulombe, C. (2007). Home-care programmes for older adults with disabilities in Canada: How can we assess the adequacy of services provided compared with the needs of users? *Health and Social Care in the Community*, 15(1), 1–7.
- Tousignant, M., Hébert, R., Dubuc, N., Simoneau, F., et Dieleman, L. (2003). Application of a case-mix classification based on the functional autonomy of the residents for funding long-term care facilities. *Age and Ageing*, 32(1), 60–66.
- Trydegard, G.B., et Thorslund, M. (2010). One uniform welfare state or a multitude of welfare municipalities? The evolution of local variation in Swedish elder care. *Social Policy and Administration*, 44(4), 495–511.
- Tsutsui, T., et Maramatsu, N. (2005). Care-needs certification in the long-term care insurance system in Japan. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 522–527.
- Tsutsui, T., et Maramatsu, N. (2007). Japan's universal long-term care system reform of 2005: Containing costs and realizing a vision. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 1458–1463.