

Laurence Assous
Pierre Ralle

**La prise en charge de la dépendance
des personnes âgées :
une mise en perspective internationale**

Document de travail
Collection « Etudes »

n° 1 Juin 2000

Remerciements à Marie-Eve Joël et Nicole Kerschen pour leurs remarques.

INTRODUCTION.....	3
I. ETAT DES LIEUX.....	5
LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION.....	5
<i>La situation actuelle.....</i>	5
<i>Les évolutions prévisibles à horizon 20 ans.....</i>	8
LES SYSTÈMES DE SANTÉ ET DE PROTECTION SOCIALE.....	9
<i>Les modèles de Bismarck et de Beveridge.....</i>	9
<i>Les services nationaux de santé d'Europe du Nord.....</i>	10
<i>Les systèmes articulés autour de caisses d'assurance maladie.....</i>	11
<i>Les services de santé mixtes : les pays d'Europe du Sud.....</i>	11
II. LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE D'UN POINT DE VUE INSTITUTIONNEL.....	13
LES PROBLÉMATIQUES RELATIVES À LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE.....	16
<i>La dépendance : des besoins comportant trois volets distincts.....</i>	16
<i>Les problèmes de coordination entre services sociaux et services sanitaires / entre soins de longue durée et soins médicaux.....</i>	17
<i>Prestations en nature ou prestations en espèces ?.....</i>	18
<i>La question des conditions de ressources.....</i>	18
TROIS GRANDS TYPES DE SYSTÈMES INSTITUTIONNELS.....	19
<i>La prise en charge de la dépendance dans les pays beveridgiens : un niveau inégalé de protection dans les pays scandinaves, un système moins généreux dans les pays anglo- saxons.....</i>	19
<i>Les «Etats-Providence» bismarckiens : la reconnaissance de la dépendance comme un nouveau risque, mais avec des conditions limitatives.....</i>	21
<i>La situation dans les pays d'Europe du Sud : une logique principalement d'aide sociale</i>	23
III. LES DIFFÉRENTS MODES DE PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE.....	24
LE RÔLE PRÉPONDÉRANT DE LA FAMILLE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE.....	24
LES DISPOSITIFS DESTINÉS À ENCOURAGER L'AIDE INFORMELLE.....	27
DÉVELOPPEMENT DES SERVICES DE PROXIMITÉ ET DISPONIBILITÉ EFFECTIVE DES SERVICES.....	29
LA CORRÉLATION POSITIVE ENTRE PROPORTION DE PERSONNES ÂGÉES EN ÉTABLISSEMENT ET DISPONIBILITÉ DE SERVICES D'AIDE À DOMICILE : UNE CONSÉQUENCE DES POLITIQUES SOCIALES.....	30
CONCLUSION.....	33
FICHES PAYS.....	35
ALLEMAGNE.....	35
LUXEMBOURG.....	36
JAPON.....	37
SUÈDE.....	38
ROYAUME-UNI.....	39
ESPAGNE.....	40
BIBLIOGRAPHIE.....	41

Introduction

En cinquante ans, entre 1960 et 2010, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus dans les quinze pays de l'Union Européenne aura plus que doublé, passant de 34 à 69 millions, alors que la population totale augmentera dans le même temps de 315 à 385 millions. La conséquence la plus connue du vieillissement est de fragiliser l'équilibre financier des régimes de retraite et des systèmes de santé¹. Au delà de ce mouvement, un deuxième phénomène est en train de se produire : le nombre de personnes très âgées et leur proportion dans la population totale augmente et va augmenter. Certes, en chiffres relatifs, le groupe d'âge des 80 ans et plus reste de petite taille, mais il s'accroît à un rythme sensiblement plus rapide que la tranche des 65 ans et plus. Ainsi, dans les quinze pays de l'Union européenne, la part des personnes âgées de 80 ans et plus dans la population est passée de 1,6 % en 1960 à 3,8 % en 1997 et selon les projections de population d'Eurostat, elle devrait s'élever à 5,6 % en 2020.

Ce phénomène a pour conséquence d'accroître la proportion d'individus susceptibles de se trouver en état de dépendance. La notion de dépendance renvoie à l'idée d'un besoin en soins de santé, mais aussi en assistance à la vie quotidienne. Il s'agit généralement d'un besoin de longue durée lié à une perte d'autonomie. De manière extrêmement schématique, la personne âgée peut, soit rester autonome jusqu'à la fin de sa vie, soit rester autonome jusqu'à un certain âge, avant de devenir dépendante jusqu'à son décès. En effet, selon Colvez et al. (2000), la réversibilité des incapacités est extrêmement faible après 80 ans. La dépendance est donc un risque que l'on pourrait qualifier de «chronique».

Bien que la perte d'autonomie puisse survenir à tout moment, la fréquence de la dépendance s'élève fortement avec l'âge, une rupture s'opérant entre 80 et 85 ans. Ainsi, en France, dans les années 90, moins de 2 % des personnes âgées de 65 à 69 ans sont confinées au lit ou au fauteuil ou ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage ; elles sont 9 % dans ce cas à 80 ans, 25 % à 85 ans et 35 % à 90 ans (Badeyan et Colin, 1999). La situation présente n'a pas forcément vocation à se prolonger mécaniquement, et les effets du vieillissement pourraient être, en partie au moins, compensés par une amélioration relative de l'état de santé aux âges élevés. Toutefois, les éventuelles améliorations sanitaires ne remettent pas en cause le fait que l'analyse de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées soit pertinente.

Ce document souligne combien les couvertures du risque de dépendance sont différentes entre les pays : la dépendance peut en effet être conçue comme un risque particulier inhérent à la vieillesse ou bien comme un risque social pouvant survenir à tout âge de la vie. Ainsi, la France, contrairement à l'Allemagne ou aux pays scandinaves, a retenu une condition d'âge pour l'attribution de la prestation dépendance. La plupart des organismes européens ou internationaux recommandent d'ailleurs de traiter la prise en charge de longue durée comme un risque normal de l'existence, en répartissant la charge financière sur la population d'âge actif et la population âgée. En raison de la pression que le vieillissement de la population exerce sur les systèmes de santé et de soins des pays industrialisés, et du fait que les personnes âgées représentent

¹ Voir Algava et Plane (2000) pour plus de détails sur ce sujet.

la majorité des personnes dépendantes, on s'intéresse principalement dans cette étude aux personnes dépendantes âgées.

Pour l'instant, les pays les plus concernés par le problème de la dépendance sont ceux dont le cycle de vieillissement a commencé le plus tôt. L'offre collective de soins de longue durée a été développée à des degrés très variables d'un Etat à l'autre. Certains pays disposent de programmes de soins assez complets financés et fournis par l'Etat, d'autres ne bénéficient que de services limités et fragmentés. Néanmoins, et bien que le partage entre aide formelle marchande et aide informelle varie beaucoup d'un pays à l'autre, même dans les pays où les programmes publics sont très développés, l'essentiel des soins reste organisé de façon informelle - par les conjoints ou les enfants des personnes âgées dépendantes. Aussi, on peut penser que la diminution du potentiel de ressources informelles qu'entraînerait l'augmentation des taux d'activité féminins ou la diminution du nombre d'enfants ne serait pas sans poser de problèmes. Enfin, les besoins d'aide liés à la dépendance ne sont pas sans liens avec les besoins en matière de soins. Dès lors, la diversité des systèmes de soins (leur « générosité », leur caractère « bismarckien » ou « beveridgien », la répartition entre ce qui relève du national et ce qui relève du local) rejaillit sur les systèmes de prise en charge de la dépendance.

L'exposé de ces différents contextes nationaux fait l'objet d'une première partie où nous présentons un état des lieux en Europe et au Japon. Sont étudiés le poids du vieillissement, ainsi que les systèmes de santé et de protection sociale. Dans une deuxième partie, nous examinons la prise en charge de la dépendance d'un point de vue institutionnel : après la présentation de quelques données de cadrage, les problématiques relatives à la prise en charge de la dépendance sont analysées ; puis les trois grands types de systèmes institutionnels sont décrits. Dans une troisième partie sont présentés les différents modes de prise en charge de la dépendance. Sont étudiés le rôle de la famille, les dispositifs destinés à encourager l'aide informelle, le développement des services de proximité et le poids variable de la prise en charge en établissement et des services d'aide à domicile selon les pays. Enfin, dans un dernier temps, des fiches par pays apportent des illustrations plus précises.

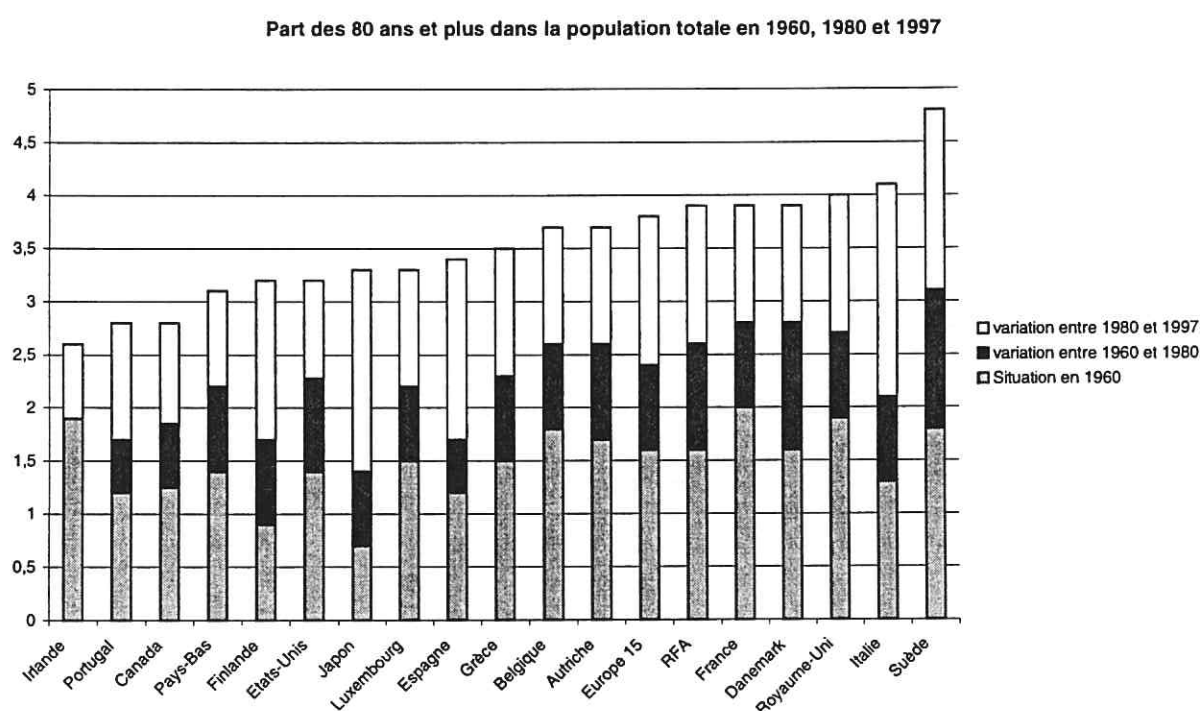
I. Etat des lieux

Le vieillissement de la population

La situation actuelle

Pour mesurer la pression potentielle que le vieillissement de la population fait peser sur les systèmes d'aide aux personnes âgées, un premier indicateur est l'évolution de la part des personnes de 80 ans et plus dans la population totale (graphique 1).

Graphique 1



Source : Eurostat, statistiques démographiques et OCDE

Lecture : en 1997, en Suède, la part des 80 ans et plus dans la population était de 4,8 % ; elle valait 1,8 % en 1960 et 3,1 % en 1980.

Dans les 18 pays représentés (l'Europe des Quinze, le Japon, les Etats-Unis et le Canada), la part des 80 ans et plus dans la population a progressé depuis une quarantaine d'années. Ainsi, en 1960, la part des 80 ans et plus dans les pays étudiés était comprise entre 0,7 et 2 % de la population alors qu'en 1997, elle varie entre 2,5 et 4,8 %. Cependant, l'évolution du vieillissement n'a pas été parallèle dans l'ensemble des pays.

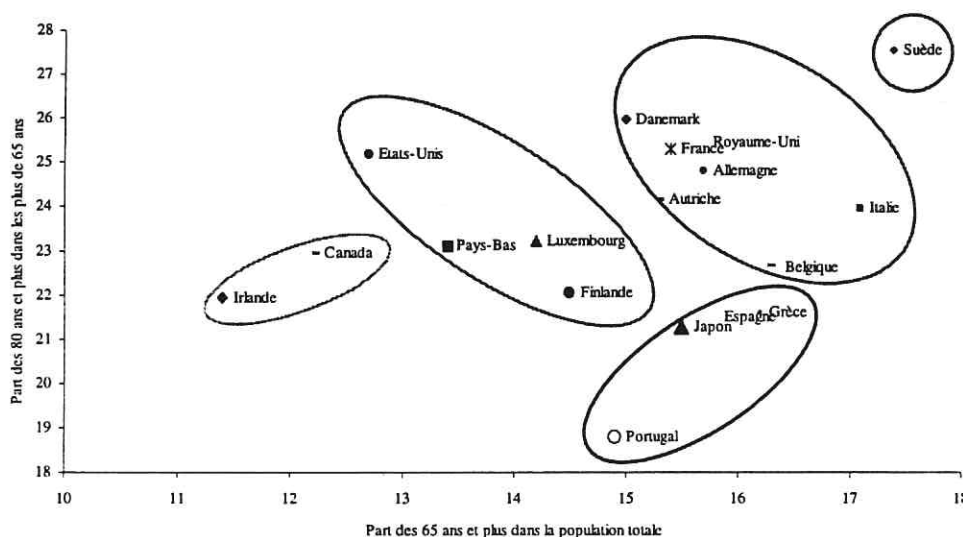
En 1960, Japon, Finlande, Portugal et Espagne font partie des pays où la proportion de personnes âgées de plus de 80 ans est la plus faible, alors que la Suède, l'Irlande, le Royaume-Uni et la France font partie de ceux où elles sont relativement plus

nombreuses. En Suède, la part des personnes les plus âgées a toujours été élevée. Le vieillissement a été précoce et régulier, et la Suède est, de loin, le pays le plus vieux de l'ensemble étudié. Dans la majorité des pays européens, le vieillissement a été relativement régulier. Toutefois, l'Italie, le Japon et la Finlande ont connu un vieillissement plus rapide : dans ces pays la part de la population âgée de 80 ans et plus a crû de plus de 2% entre 1960 et 1997. Enfin, l'Irlande a connu une évolution très particulière : alors que la part des 80 ans et plus y était élevée en 1960 (1,8 %), elle est restée pratiquement stable dans les deux décennies suivantes et n'a augmenté que de 0,7 point entre 1980 et 1997.

Ainsi, en 1997, six pays, sont au-dessus de la moyenne européenne, avec une part d'environ 4 % de personnes âgées de 80 ans et plus (la Suède, l'Italie², le Royaume-Uni, le Danemark, la France et l'Allemagne) et deux autres sont légèrement en dessous de cette moyenne avec une part toutefois supérieure à 3,5 % (l'Autriche et la Belgique). Dans cinq pays européens (la Grèce, l'Espagne, le Luxembourg, la Finlande et les Pays-Bas), les personnes âgées de 80 ans et plus représentent entre 3 et 3,5 % de la population totale. Cette situation est comparable à celle du Japon et des Etats-Unis. Enfin, au Portugal et en Irlande, la part de la population de 80 ans et plus est relativement faible (inférieure à 3 %).

Graphique 2

La part des personnes très âgées dans la population des 65 ans et plus en fonction de la part des personnes âgées dans la population totale



Source : Eurostat, statistiques démographiques, calculs DREES

Dans le graphique 2, la part des 80 ans et plus rapportée à celle des 65 ans et plus est utilisée comme indicateur en ordonnée. Cela permet d'éliminer les effets de « vieillissement par le bas » dus à une forte chute du taux de natalité (cas de l'Italie) en observant uniquement la structure par âge de la population âgée de plus de 65 ans. Ce

² L'Italie a connu une évolution démographique très particulière par rapport aux autres pays européens. Dans les années 1945-1960, son taux de fécondité est conforme voire inférieur à la moyenne européenne. Son baby-boom tardif dure toutefois jusque dans les années 1975, mais la décroissance de la natalité qui s'ensuit est spectaculaire.

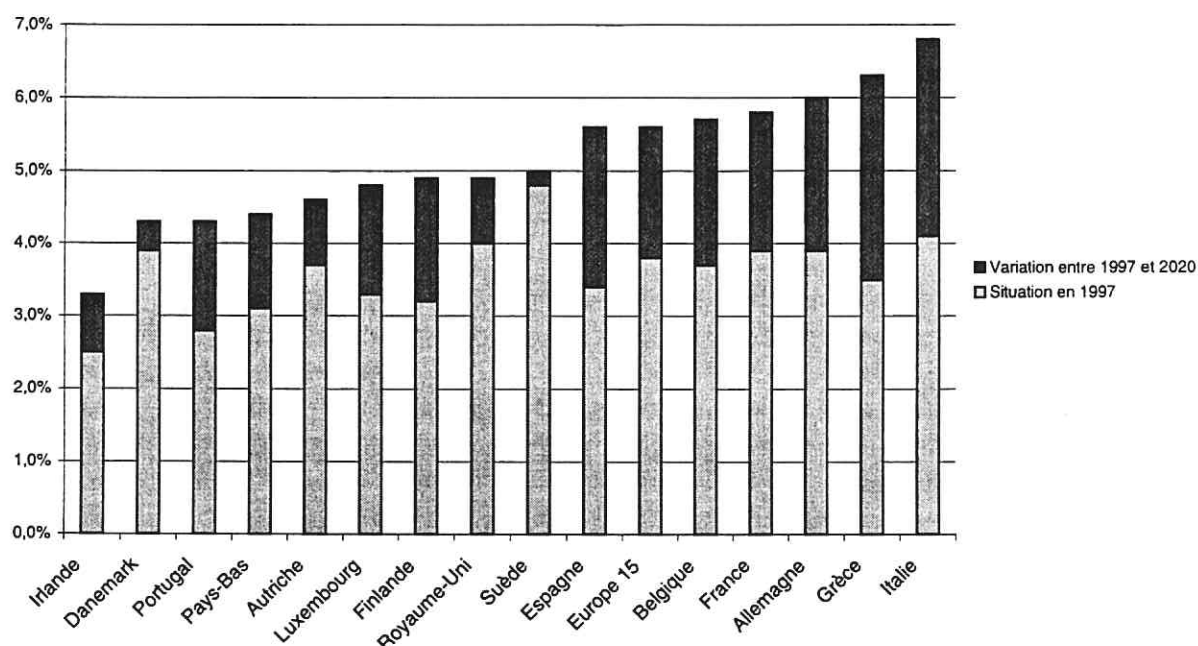
graphique, qui a en abscisse la part des 65 ans et plus dans la population totale, permet de distinguer cinq groupes de pays :

- Des pays jeunes (Irlande et Canada), avec 11 à 12% de la population âgée de 65 ans et plus et environ un cinquième de la population âgée ayant plus de 80 ans.
- Des pays relativement jeunes (Etats-Unis, Pays-Bas, Luxembourg et Finlande), avec une part de personnes âgées de 65 ans et plus comprise entre 12,7 pour les Etats-Unis et 14,5 pour la Finlande, mais avec une structure par âge de la population âgée assez hétérogène. Aux Etats-Unis, par exemple, plus du quart des personnes âgées de 65 ans et plus ont plus de 80 ans (chiffre équivalent à celui du Royaume-Uni et supérieur à celui de l'Italie), alors qu'en Finlande, 22% des personnes âgées ont 80 ans et plus.
- L'Espagne, le Portugal, la Grèce et le Japon où la part de la population âgée de 65 ans et plus est déjà importante (entre 15 et 16%) mais où la proportion des plus de 80 ans relativement aux 65 ans et plus reste encore assez faible (entre 19% au Portugal et 21,5% en Grèce). Ces pays sont légèrement décalés par rapport au calendrier européen du vieillissement.
- Les autres pays européens, où la part de la population âgée de 65 ans et plus est comprise entre 15% (Danemark) et 17,1% (Italie), mais où la part des 80 ans et plus est supérieure à celle des pays d'Europe du Sud et du Japon (entre 23% pour la Belgique et 26% pour le Danemark).
- La Suède, où 17,4% de la population ont plus de 65 ans et presque 28% des personnes âgées de plus de 65 ans ont plus de 80 ans, est le pays le plus «vieux» du monde.

Les évolutions prévisibles à horizon 20 ans

Graphique 3

Part des 80 ans et plus dans la population totale en 1997 et en 2020



Source : Eurostat, statistiques démographiques

Selon les projections d'Eurostat (1997)[graphique 3], si l'on considère à l'horizon 2020 la part des 80 ans et plus dans la population totale, ce classement devrait être sensiblement modifié. Ainsi, deux pays du sud, l'Italie et la Grèce deviennent les plus «vieux», avec respectivement 6,8% et 6,3% de leur population âgée de 80 ans et plus. Les autres pays au-dessus de la moyenne européenne, qui se situerait alors à 5,6%, sont l'Allemagne, la France et la Belgique, qui gardent leur situation relative. L'Espagne, quant à elle, est très proche de la moyenne européenne, juste au-dessus de la Suède dont 5% de la population totale aurait 80 ans et plus. Enfin, l'Irlande, le Danemark et le Portugal sont les pays où cette proportion serait relativement la plus faible (3,3% pour l'Irlande, 4,3% pour le Danemark et le Portugal). Ainsi, globalement, ce seraient les pays du sud qui deviendraient les plus «vieux», alors que les pays du nord auraient une part de personnes très âgées inférieure à la moyenne. En ce qui concerne le Japon, pour lequel on ne dispose pas des mêmes projections, il va connaître un accroissement spectaculaire de sa population âgée : en 25 ans, ce pays va voir doubler la part des personnes âgées de 65 ans et plus dans sa population, alors que ce même doublement a pris plus de 80 ans en Suède. En 2020, selon les projections du Ministère japonais de la Santé et de la Protection sociale, la population âgée de 75 ans et plus devrait représenter 12,5% de la population totale, ce qui place le Japon très loin devant les autres pays.

Ainsi l'augmentation, passée, présente et à venir, du nombre des personnes les plus âgées exerce une pression sur les systèmes d'aide de l'ensemble des pays européens, avec cependant des rythmes spécifiques à chaque groupe de pays : les pays du sud de

l'Europe et le Japon doivent faire face à un vieillissement spectaculaire de leur population ; la France, l'Allemagne et la Belgique sont dans une situation similaire, mais d'ampleur légèrement inférieure.

Les systèmes de santé et de protection sociale

Les personnes dépendantes ont besoin à la fois d'assistance à la vie quotidienne et de soins médicaux. Ces besoins sont des besoins qui relèvent globalement du champ de la protection et de la sécurité sociale : besoins de services sociaux et de services de santé. De plus ils ne sont pas indépendants les uns des autres. Ainsi, la prise en charge de la dépendance s'exerce de manière concomitante à la prise en charge médicale. Il n'est donc pas toujours facile de différencier ce qui relève de l'assurance maladie ou d'un système spécifique relatif à la dépendance. Ainsi, la diversité des systèmes de soins a un impact direct sur les systèmes de prise en charge de la dépendance, et les orientations prises par les différents pays en ce qui concerne la prise en charge de la dépendance sont en général en lien avec le système de santé (et plus généralement de protection sociale) existant.

Les modèles de Bismarck et de Beveridge

En Europe (et au Japon), les systèmes de protection sociale se sont inspirés dans leurs fondements de deux modèles différents :

- Le premier modèle d'assurance sociale est celui de «Bismarck». Ce système de protection sociale est destiné à couvrir le travailleur et sa famille contre les risques sociaux qui le privent temporairement ou définitivement de son travail et de son salaire. La protection sociale garantit, grâce au paiement de cotisations assises sur les salaires, le niveau de vie antérieur par le versement d'un revenu de remplacement en relation directe avec le salaire antérieur. Le droit civil maintient une obligation alimentaire large, notamment de la part des enfants envers leurs parents et leurs grands-parents (encadré 1). Ce régime de type assurantiel est qualifié par Esping-Andersen (1993) de « conservateur-corporatiste ».
- Le second modèle est celui de «Beveridge». Ce système de protection sociale est destiné à couvrir toute la population contre les risques sociaux. Il met en œuvre des droits directs appelés «droits universels», reconnus à tous les résidents, uniformes pour tous (qui ne tiennent pas compte du salaire antérieur), et financés par l'impôt ou par des contributions forfaitaires. Ce type de protection se distingue de l'assistance ou de l'aide sociale dans la mesure où aucune condition de ressources n'est mise en œuvre. Dans ce modèle, et contrairement au «modèle de Bismarck», la femme mariée et les enfants ont des droits propres et il n'y a pas d'obligation alimentaire légale. Le bien-être individuel est garanti par les pouvoirs publics et la famille est libérée de ses obligations d'aide sociale (Delalande et Join-Lambert, 1999). Il faut cependant distinguer le modèle scandinave des modèles anglais et irlandais. En effet, alors que selon la typologie d'Esping-Andersen, les systèmes scandinaves sont plutôt qualifiés de «social-démocrates» et d'«universalistes», que

leur objectif est d'assurer la cohésion sociale par un rapprochement des conditions de vie à un niveau élevé, les systèmes en place dans les pays anglo-saxons, qualifiés de libéraux, sont moins généreux. Ils laissent une grande place aux mécanismes de marché, et les prestations d'un faible niveau – qui visent à inciter au travail – sont délivrées sous conditions de ressources (Palier, 1999).

En réalité, au fil des ans, les pays européens se sont éloignés des modèles de référence et les différences entre les systèmes de protection sociale se sont largement estompées. Ces deux modèles comprennent tellement de dimensions que les systèmes de protection sociale des pays étudiés correspondent rarement totalement à l'un ou à l'autre. Dans les faits, on observe plutôt une convergence entre les systèmes de la plupart des pays, qui empruntent de plus en plus d'éléments à la fois aux modèles Beveridge et Bismarck. Dans la pratique, on peut aujourd'hui distinguer au sein de l'Union européenne (et au Japon) trois grandes catégories de systèmes de santé : les services nationaux de santé d'Europe du Nord, les systèmes articulés autour de caisses d'assurance maladie sous tutelle de l'Etat et les systèmes mixtes d'Europe du Sud (tableau 1).

Tableau 1 : Les grands types de systèmes de santé

Le systèmes nationaux de santé d'Europe du Nord	Les systèmes articulés autour de caisses d'assurance maladie	Les systèmes de santé mixtes d'Europe du Sud
Danemark Finlande Suède Royaume-Uni Irlande	Allemagne Autriche Belgique Japon Luxembourg	Espagne Italie Grèce Portugal

Les services nationaux de santé d'Europe du Nord

Dans les pays scandinaves, au Royaume-Uni et en l'Irlande, les services nationaux de santé se fondent sur les principes beveridgiens d'accès universel aux soins et de fiscalisation des dépenses de santé. La physionomie du modèle de service national de santé mis en place après-guerre en Grande-Bretagne, qui remplissait à la fois les fonctions d'assurance maladie et de prestataire de soins, a été totalement modifiée par la réforme du NHS (National Health Service) de 1991. Cette dernière a en effet introduit une logique de concurrence entre les prestataires.

Les « Etats-providence » scandinaves ont également connu des réformes. La grave crise économique qui a frappé la Finlande en 1990 et la Suède au second semestre 1992 a contraint ces deux pays à réduire leurs prestations sociales et à restreindre l'accès à certains services. Pour ce faire, ces pays ont engagé des réformes s'inspirant des principes mis en œuvre au Royaume-Uni. La situation est différente pour le Danemark et la Norvège, qui n'ont pas connu de crise pendant les années quatre-vingt-dix (Abrahamson, 1999).

Les systèmes articulés autour de caisses d'assurance maladie

Ce type de système s'observe dans des pays de protection sociale ancienne, d'inspiration bismarckienne. Dans cette conception, l'Etat est investi du devoir d'assurer le «bien-être» de ses membres, mais le bénéfice de l'assurance maladie est lié au travail. La nécessaire appartenance à une catégorie professionnelle pour bénéficier de la protection sociale s'est toutefois atténuée à partir des années 70, au profit d'une généralisation à l'ensemble des résidents.

Les services de santé mixtes : les pays d'Europe du Sud

Les modèles italiens, espagnols, portugais et grecs partagent certaines caractéristiques avec le système français de protection sociale. La pluralité des régimes d'assurance sociale ou le statut spécifique des agriculteurs, des professions indépendantes ou libérales en France conduit en effet à une configuration qui se rapproche par certains aspects de la mosaïque de régimes et de mutuelles, en place dans les pays d'Europe du Sud. Toutefois, alors que les systèmes de maintien de revenus des pays d'Europe du Sud sont caractérisés par une grande fragmentation institutionnelle en fonction des catégories professionnelles, leurs systèmes de santé sont caractérisés par une approche universelle de type NHS.

Instaurés entre la fin des années 70 et le milieu des années 80, ces systèmes se sont greffés sur des mosaïques de régimes et mutuelles déjà en place. Selon Ferrera (1997), « l'idée que les prestations en espèces doivent être fondées sur la situation dans l'emploi, mais que l'accès à la santé doit être, au contraire, fondé seulement sur la citoyenneté et que les soins doivent être délivrés sur une base universelle et dans des formes décentralisées constitue un projet de protection sociale relativement spécifique et original, propre aux pays du Sud ». Le choix de créer un service national de santé résultait, selon Duriez et Lequet (1998), d'une réaction contre des régimes sociaux antérieurs souvent fondés sur un mutualisme qui favorisait certaines catégories de population et qui n'avait pas vocation à s'étendre. Il répondait également dans la majorité des pays à la nécessité de mettre en place un programme de développement des structures sanitaires après la chute d'un régime autoritaire. En Italie, il s'agissait, à la fin des années 70, de retrouver une cohésion nationale dans une période d'essoufflement économique et de trouble politique.

ENCADRE 1

L'obligation alimentaire

Les pays de droit civil s'opposent aux pays de *Common law* en ce qui concerne les rapports entre individus, famille et Etat. Selon Martin (1997), ces derniers, inspirés par une philosophie individualiste, se refusent à laisser la puissance publique s'immiscer dans les affaires privées. Il n'existe donc pratiquement aucune règle de droit organisant les relations familiales. En revanche, les pays de droit civil se sont toujours montrés soucieux de garantir un principe de solidarité mutuelle et des obligations légales entre les membres d'une même famille.

Les principaux pays qui maintiennent un système de soutien obligé des enfants envers les générations les plus âgées sont la France, l'Allemagne et l'Autriche. En Allemagne, une obligation filiale existe entre parents et enfants, mais elle est soumise à des conditions de ressources. En Autriche, dans toutes les provinces, à l'exception de Vienne où les obligations filiales ont été abolies, une obligation alimentaire stricte existe, soumise néanmoins à des conditions de ressources (Jensen, 1999). Au Japon, les normes culturelles sont très fortes pour exiger des enfants qu'ils s'occupent de leurs parents (Ribault, 1999). En Espagne, il existe une éventuelle participation de la famille aux frais de prise en charge de la dépendance au titre de l'obligation alimentaire, mais cette possibilité reste théorique car peu d'actions sont engagées en ce sens. En Suède, les dispositions juridiques concernant la « piété filiale » ont disparu en 1956, le législateur considérant qu'elles étaient devenues « obsolètes et inutiles ». Le Danemark n'a quant à lui jamais eu de législation de ce type et la Norvège a conservée la sienne plus longtemps (Sundström, 1999).

Théoriquement, le droit civil français maintient une obligation alimentaire large, notamment des enfants envers leurs parents, leurs grands-parents, voire même leurs arrière-grands-parents. L'obligation alimentaire est due également aux parents du conjoint (elle prend fin en cas de divorce). Les époux entre eux ont un devoir de secours. En revanche, il n'existe pas d'obligation alimentaire entre frères et sœurs. Aucune hiérarchie n'est établie entre les « débiteurs d'aliments », un petit-enfant peut donc être condamné à verser une pension à un grand-parent, alors même que ses propres parents sont encore en vie. La contribution dépend des ressources respectives des différents « obligés alimentaires ». En France, c'est principalement pour assumer les frais d'hébergement en établissement que l'on fait appel à la famille d'une personne âgée dépendante.

Toutefois, l'usage de l'obligation alimentaire, immédiate ou différée, tend à disparaître. En France par exemple, la récupération des sommes versées au titre de l'aide sociale est loin d'être systématique : la décision est prise au cas par cas par la commission d'admission à l'aide sociale en fonction des circonstances (situation personnelle du bénéficiaire de l'aide, de ses héritiers...). Certains départements ont décidé de ne jamais faire appel aux proches tenus à l'obligation alimentaire envers une personne âgée, ou ne de pas solliciter ses petits-enfants, par exemple.

En fait, l'obligation alimentaire présente plusieurs défauts, dont le plus important est certainement qu'elle pénalise les personnes ayant eu des enfants par rapport à ceux qui n'en ont pas eus. Selon Breuil-Genier (1996), le recours sur succession, en revanche, est d'un point de vue économique moins discutable : « cette formule a l'avantage de ne pas être traumatisante pour la personne âgée en l'obligeant à se séparer de son vivant de son patrimoine. Elle va également dans le sens d'une plus grande justice : pourquoi en effet faire une différence entre les revenus liquides et les immobilisations ? ». Toutefois, la possibilité d'un recours sur succession peut représenter un effet dissuasif lors d'une demande de prestation.

II. La prise en charge de la dépendance d'un point de vue institutionnel

Tous les pays industrialisés sont concernés par le coût croissant des soins longue durée lié à l'accroissement de la population dépendante, et, dans de nombreux pays de l'OCDE, on examine actuellement de près le problème de leur financement. Certains ont déjà mis en place de nouveaux systèmes, d'autres sont à la recherche d'un mode de prise en charge adapté.

De nombreuses personnes, variables d'un pays à l'autre, sont impliquées dans la prise en charge de la dépendance (médecins, infirmiers, professionnels de l'aide à domicile, collectivités locales, services sociaux, associations, sécurité sociale, etc.). En raison de la complexité du système, il n'est pas toujours facile d'isoler dans les dépenses totales de l'assurance maladie ou de l'aide sociale, les dépenses consacrées à la prise en charge de la dépendance. Par ailleurs, les aides concernant la prise en charge à domicile ou le placement en institution sont généralement distinctes et ne relèvent pas des mêmes autorités. Enfin, c'est le secteur des solidarités familiales qui assure le plus grand nombre d'heures de soins dispensées aux personnes âgées dépendantes et on dispose malheureusement de peu d'information sur cette prise en charge.

La complexité des systèmes de la prise en charge de la dépendance rend donc malaisée l'évaluation précise des montants globaux qui lui sont consacrés, la variété des systèmes institutionnels induisant par ailleurs des modes de mesure différents.

Un rapport récent de l'OCDE estime toutefois que les dépenses totales de prise en charge de la dépendance des personnes âgées sont comprises entre 1 et 3% du PIB. Selon ce rapport, les niveaux de dépenses sont plus faibles en Europe du Sud. La part des dépenses publiques est très variable. Dans certains pays, la part du financement privé peut atteindre 50% des montants (tableau 2). Toutefois ces chiffres sont très fragiles dans la mesure où les diverses sources mobilisées ne mesurent pas toujours la même chose. Ainsi, au Japon le chiffre 0,15 correspond aux dépenses de prise en charge de personnes âgées (dépenses d'hospitalisation non comprises) tandis que le chiffre 0,62 correspond aux dépenses supplémentaires liées à l'assurance dépendance. Une partie de l'hébergement est en fait à la charge des hôpitaux. Jusqu'à présent, les indices d'une implication massive du secteur privé dans l'assurance dépendance restent limités, ce qui est tout à fait justifié par l'analyse économique (encadré 2). Même aux Etats-Unis, l'assurance privée ne couvre que 4% des populations concernées (Jacobzone, 1999a).

Tableau 2 : Estimation des dépenses de prise en charge de la dépendance

	Estimation des dépenses totales de prise en charge de la dépendance (1992-1995) % PIB	Estimation des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance (1992-1995) % PIB
Danemark	n.d.	2,24
Finlande	1,12	0,89
Suède	Env. 2,7	2,7
Royaume-Uni	1,3	1
Irlande	0,86	n.d.
Pays-Bas	2,7	1,8
Allemagne	n.d.	0,82
Luxembourg	n.d.	n.d.
Japon	n.d.	0,15 / 0,62
Autriche	1,4	n.d.
Belgique	1,21	0,66
France	n.d.	0,5
Espagne	0,56	n.d.
Grèce	0,17	n.d.
Italie	0,58	n.d.
Portugal	0,39	n.d.

Sources principales : Jacobzone (1999a), Pacolet (1997), Scheider (1994)

Le niveau de dépenses consenties reste néanmoins modeste, et dans tous les cas nettement inférieur aux montants consacrés aux retraites ou aux dépenses de santé. Pour les personnes âgées, la prestation dépendance vient généralement en complément d'une retraite³. Les prestations dépendance ne doivent donc pas être considérées indépendamment d'une part du niveau des pensions de retraite, et d'autre part de la générosité du système de protection sociale et de la couverture des soins de santé. Ainsi, il n'est pas impossible que certains pays dont les régimes de santé et de retraite assurent un niveau plutôt élevé de protection sociale aient moins ressenti que d'autres le besoin de mettre en place un système de prise en charge de la dépendance, les personnes âgées pouvant faire face à ce risque à partir de leurs ressources propres. A contrario, on pourrait penser que si la dépendance donnait lieu à une prise en charge importante, les dépenses consacrées aux retraites pourraient être plus faibles, dans la mesure où les personnes âgées auraient moins besoin de se prémunir contre ce risque potentiel en épargnant ou en contractant une assurance privée.

Ainsi, la couverture du risque de dépendance par le système français, dont l'assurance maladie est relativement généreuse, n'est peut être pas moins bonne que celle du système allemand. En effet, selon Schneider (1999), la mise en place de l'assurance dépendance en Allemagne n'empêcherait pas les patients d'avoir à verser d'importantes sommes. Selon lui, presque la moitié des bénéficiaires de soins demanderaient des prestations sociales malgré la mise en place de l'assurance dépendance⁴.

³ Contrairement aux personnes handicapées n'ayant pas atteint l'âge de la retraite, qui ont besoin en plus d'une prestation leur permettant de faire face à la prise en charge de leur dépendance, d'un revenu de base.

⁴ Pour avoir droit à une «aide pour soins», une prestation sociale destinée aux bénéficiaires de soins de tous âges, les avoirs personnels doivent avoir été dépensés. De plus, l'assistance sociale ne peut intervenir qu'après épuisement du soutien familial. En raison de la mise en œuvre de l'assurance dépendance, en 1996 et en 1997 les paiements sociaux de l'«aide pour soins» auraient baissé, pour la première fois depuis 1962.

ENCADRE 2

L'assurance privée est-elle adaptée au problème de la dépendance ? Le point de vue de l'analyse économique

Selon Wiener (1994), après les Etats-Unis, ce serait le Japon qui aurait connu la progression la plus rapide de l'assurance dépendance privée : en 1991, les compagnies d'assurance-vie et les compagnies d'assurance-dommages auraient respectivement vendu 370 000 et 1,2 million de polices incluant un élément « soins de longue durée ». Aux Etats-Unis, le nombre de contrats vendus au début des années 90 s'élevait à 1,9 millions et le nombre d'assureurs proposant des couvertures de la dépendance à 134 (Scanlon, 1992). En France, douze compagnies d'assurance proposent pour l'instant des contrats d'épargne ou d'assurance dépendance. Le nombre de contrats vendus en France fin 1998 s'élève au total à 600 000, dont 300 000 contrats individuels (180 000 AG2R) et 300 000 contrats collectifs (250 000 CNP). En 1999 Groupama, le troisième grand acteur dans le domaine de l'assurance dépendance avait vendu 130 000 contrats⁵.

Jusqu'à présent, l'assurance privée couvre toutefois assez peu le risque de dépendance. Il y a à cela plusieurs raisons. D'une part, des sondages effectués aux Etats-Unis montrent que la plupart des personnes sous-estiment le risque de devenir dépendant. D'autre part, pour l'instant, il semble que les primes demandées dans les contrats d'assurance dépendance soient trop élevées pour toucher un large public – soient que les personnes âgées ne puissent les payer, soit qu'à ce prix-là, la baisse d'utilité due à la dépense immédiate ne soit pas compensée par les hypothétiques bénéfices futurs, surtout lorsqu'il s'agit de contrats à fonds perdus (par opposition aux contrats avec sortie en rente viagère). Ce faible développement de l'assurance privée s'explique sans doute par le fait qu'aux problèmes habituels de l'assurance – anti-sélection (sur-représentation des hauts risques dans la population assurée), aléa moral (surconsommation induite par l'assurance) et le fait que les assureurs cherchent à évincer les mauvais risques (Bocognano et al., 1999) – s'ajoutent, dans le cas de la dépendance, des difficultés liées à la couverture d'un risque « chronique » dans un environnement démographique, économique et sanitaire changeant.

En effet, le risque « dépendance » est chronique et, comme le souligne Breuil-Genier (1996), « la seule manière d'assurer un tel risque est de faire intervenir des mécanismes de prévoyance, impliquant des cotisations ou des primes lissées sur une partie du cycle de vie alors que les prestations sont, elles, plutôt concentrées en fin de vie ». De même qu'en matière de retraite, la dimension temporelle du risque dépendance est donc très marquée. Ainsi, si l'on considère le cas d'une assurance dépendance privée, un contrat ne peut se contenter de calculer des primes annuelles reflétant l'espérance des dépenses pour l'année en cours. Les polices doivent être conçues pour être équilibrées sur l'ensemble du cycle de vie des assurés.

La tarification des produits d'assurance dépendance est donc susceptible de connaître de grandes variations. L'aléa est en effet difficile à quantifier, car la survenue de la dépendance, la durée de vie dans cet état, l'évolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacités, sont particulièrement difficiles à anticiper. En outre, il existe des incertitudes sur le coût futur moyen de la prise en charge de la dépendance. D'une part ce dernier pourrait augmenter avec une médicalisation potentielle de la prise en charge. D'autre part, l'assistance à la vie quotidienne – basée sur des actes peu techniques, mais très coûteux en temps et souvent ingrats – est un service dont la tarification future est difficile à prévoir (Breuil-Genier, 1996). Ainsi, alors que pour une assurance traditionnelle, l'incertitude porte sur les écarts entre les dépenses individuelles et la dépense moyenne, pour l'assurance dépendance, l'incertitude porte essentiellement sur le niveau des dépenses moyennes dans le futur.

Ainsi, une intervention des acteurs privés n'est envisageable de façon économiquement optimale que lorsque les pouvoirs publics imposent des normes contraignantes. L'analyse économique montre alors que deux principes semblent devoir guider l'intervention publique : une obligation d'assurance des ménages les moins exposés et une interdiction pour les assureurs de se soustraire à l'obligation de couverture des ménages les plus risqués. Ainsi, en Allemagne, où les individus dont les revenus dépassent un certain seuil doivent contracter une assurance dépendance privée, l'offre de contrats a été réglementée de manière assez stricte (cf. fiche Allemagne).

⁵ Sources : AG2R et Groupama.

Les problématiques relatives à la prise en charge de la dépendance

La dépendance : des besoins comportant trois volets distincts

Le problème de la prise en charge de la dépendance est en fait constitué de trois volets distincts : les soins médicaux, l'hébergement et l'assistance à la vie quotidienne⁶. Traditionnellement l'assistance à la vie quotidienne est considérée comme étant une aide à caractère social, par opposition aux soins de santé ou aux soins infirmiers, de caractère médical.

Dans la quasi-totalité des pays, les soins médicaux continuent à être couverts par l'assurance maladie lorsque la personne devient dépendante. Lorsque existent des dispositifs assurantiels de prise en charge de la dépendance, ils ont généralement pour principal objet de compenser les frais générés par le besoin d'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie. Dans les pays où une logique d'aide sociale prédomine, le besoin d'aide est pris en charge par les collectivités publiques lorsque la personne dépendante peut bénéficier de l'assistance sociale (sous condition de ressources). En ce qui concerne l'hébergement, qui doit être adapté à l'état de la personne dépendante, l'assurance dépendance, les collectivités locales ou les caisses de retraite selon les pays peuvent contribuer aux frais occasionnés par l'adaptation du logement. En revanche, les prestations dépendance *stricto sensu* ne prennent pas en charge le coût lié à l'hébergement, même lorsque la personne dépendante est en établissement. Seuls des dispositifs d'aide sociale peuvent contribuer à prendre en charge les frais d'hébergement.

Toutefois, dans les faits, la situation n'est pas toujours aussi claire. En France par exemple, où la prestation spécifique dépendance ne constitue qu'une part très faible des dépenses totales de la prise en charge de la dépendance, et où la protection sociale est relativement généreuse, il n'est pas toujours facile d'isoler dans les dépenses de l'assurance maladie ou de l'aide sociale, celles consacrées à la prise en charge de la dépendance et par là même de comparer la générosité du système français à celle des autres systèmes. De plus, dans de nombreux pays, la dépendance peut être prise en charge alternativement par les structures sanitaires ou par les structures sociales – c'est le cas par exemple en France, au Royaume-Uni, au Japon et en Espagne – ce qui peut donner lieu à des situations inéquitables.

⁶ Sont synonymes d'assistance à la vie quotidienne : aide d'une tierce personne, aide à caractère social, ... L'aide ménagère est comprise dans l'assistance à la vie quotidienne.

Les problèmes de coordination entre services sociaux et services sanitaires / entre soins de longue durée et soins médicaux

Dans la mesure où services sociaux et sanitaires relèvent dans la plupart des pays de cadres institutionnels différents, ces derniers travaillent souvent de façon assez disjointe. Ainsi les réformes cherchent en général à améliorer la coordination ou l'intégration des soins sanitaires et sociaux en raison des problèmes que cette situation génère.

En effet, le cadre médicalisé est souvent plus coûteux pour les finances publiques, mais plus souvent gratuit pour l'utilisateur ; alors que les services sociaux comportent généralement une participation – parfois conséquente – pour ceux qui les utilisent, mais « reviennent moins chers » aux collectivités publiques. Cette situation peut donc entraîner une inefficacité économique, les individus se dirigeant naturellement vers la solution la moins coûteuse pour eux, mais qui peut être la plus chère pour les finances publiques, voire pour la collectivité dans son ensemble.

Ainsi, par exemple, à la différence du secteur sanitaire, le secteur social espagnol comporte une participation des personnes hébergées aux frais de séjour en institution : les personnes âgées dépendantes qui s'adressent au secteur sanitaire bénéficient donc de la gratuité totale et celles qui se dirigent vers le secteur social se voient prélever les 3/4 de leur pension. Ce système, associé au manque de coordination avec les services sociaux, a entraîné un recours excessif à l'hospitalisation pour les personnes âgées. De même, au Royaume-Uni – comme au Japon où on parlait de « *Social hospitalisation* »⁷ – les familles font souvent pression pour utiliser les structures hospitalières gratuites de préférence aux services sociaux, car ces derniers ne sont financés que partiellement par les autorités locales, et les plafonds de patrimoine que peuvent avoir ceux qui ont besoin d'une aide sont extrêmement bas (Kellett et Hastie, 1999). Ce problème est toutefois limité par le nombre de places disponibles pour les personnes âgées dépendantes dans les structures sanitaires.

En Allemagne, l'assurance dépendance est juridiquement indépendante de l'assurance maladie, même si c'est le personnel des caisses maladie qui traite l'ensemble des demandes. Cette décision d'instaurer un régime indépendant d'assurance sociale contre la dépendance n'a pas pour autant résolu le problème de la délimitation entre la dépendance et la maladie : la frontière qui les sépare reste tout aussi perméable. Cette remarque est particulièrement valable pour les patients atteints d'une maladie chronique et pour les personnes âgées dépendantes. En effet, les soins aux malades chroniques sont assurés par l'assurance maladie dont les prestations couvrent l'intégralité du coût des traitements et services médicalement nécessaires, alors que les personnes dépendantes sont couvertes par l'assurance « soins de longue durée » qui délivre des prestations *per capita* assorties d'un plafond. Par ailleurs, les caisses d'assurance maladie sont réticentes à prendre en charge la prévention et la rééducation, dans la mesure où seule l'assurance dépendance bénéficierait des retombées éventuelles de ces traitements. Aussi, la mise en place de l'assurance dépendance en Allemagne n'a pas

⁷ Voir fiche Japon pour plus de détails.

permis de résoudre tous les problèmes de coordination. Les budgets étant distincts et les rôles pas assez clairement définis, on observe des tentatives de transfert de responsabilités – et de coûts – d’une caisse vers l’autre.

Prestations en nature ou prestations en espèces ?

Traditionnellement, le modèle bismarckien de protection sociale accorde une place plus importante aux prestations en espèces que le modèle beveridgien, qui favorise plutôt les prestations en nature (fourniture directe de services).

En ce qui concerne la dépendance, les pays européens et le Japon semblent toutefois clairement préférer l’aide en nature. D’une part pour éviter que les sommes versées ne soient pas utilisées pour leur objectif premier ou qu’elles ne soient tout simplement thésaurisées. D’autre part parce qu’il est en même temps généralement nécessaire à la plupart des gouvernements de développer l’offre de services. Ainsi, au Japon, l’idée d’offrir des indemnités aux aidants familiaux a été rejetée principalement parce qu’elle ne contribuait pas au développement souhaité des services professionnels (Ribault, 1999). D’autres pays, comme l’Autriche, se sont prononcés en faveur des prestations en espèces pour répondre à la diversité des modes de vie des personnes âgées dépendantes, les prestations en espèces pouvant être allouées de manière souple entre différents services ou versées à un proche, favorisant ainsi l’aide informelle. L’Autriche est toutefois le seul pays européen à proposer uniquement une prestation en espèces.

En Allemagne et au Luxembourg, l’arbitrage entre prestations en nature ou en espèces a trouvé une solution originale. En effet, ces pays proposent aux personnes dépendantes vivant à domicile de choisir entre une prestation en nature et une prestation en espèces, d’un montant cependant moins élevé. La grande majorité des bénéficiaires opte pour les prestations en espèces (75%). Toutefois, l’incitation financière de la prestation en espèces peut avoir pour conséquence que les personnes concernées préfèrent, pour des raisons strictement financières, une prise en charge familiale peu optimale, surtout lorsqu’il existe un besoin extrême d’assistance (Schulte, 1998).

La question des conditions de ressources

Dans la plupart des pays européens les prestations sont soumises à des conditions de ressources. Dans les pays d’Europe du Sud, où les prestations dépendance sont versées dans le cadre de l’aide sociale, le niveau plafond des ressources est relativement bas (même s’il peut être, comme en France, plus élevé que celui d’autres prestations d’aide sociale). Cependant, même en Allemagne, où la majeure partie de la population est couverte par l’assurance dépendance, une condition de ressources est imposée aux personnes bénéficiaires.

Cette limitation résulte vraisemblablement du fait qu’une politique de prestations uniformes sans conditions de ressources a deux inconvénients. Tout d’abord, à niveau de prestation donné, elle a un coût plus élevé qu’une prestation ne s’adressant qu’à une partie limitée de la population. Ensuite, elle n’est pas économiquement efficiente, dans la mesure où une part importante des personnes dépendantes consomment déjà ces services en l’absence d’aide publique. En outre, dans le cas de prestations ayant une forte valeur d’usage (aide ménagère par exemple), une politique de prestations

uniformes s'expose à des critiques d'ordre éthique. Pourquoi, par exemple, prendre en charge l'ensemble des services domestiques rendus à des personnes aisées à partir du jour où elles deviennent dépendantes ?

Ces deux inconvénients expliquent vraisemblablement pourquoi la plupart des pays ont fait le choix de prestations dépendance sous conditions de ressources, alors même que cette mise sous conditions peut entraîner une moindre adhésion au système de la part des personnes au-dessus des plafonds et à des distinctions plus ou moins contestées entre bénéficiaires et non-bénéficiaires.

Trois grands types de systèmes institutionnels

Tableau 3 : Les grands types de systèmes institutionnels de prise en charge de la dépendance

Les réponses de type beveridgien	La dépendance : un nouveau risque (date d'entrée en vigueur du nouveau système)	Une logique principalement d'aide sociale
Danemark Suède Finlande Royaume-Uni Irlande	Allemagne (1995) Autriche (1993) Luxembourg (1998) Japon (01/04/2000)	Belgique Grèce Espagne Portugal Italie

La prise en charge de la dépendance dans les pays beveridgiens : un niveau inégalé de protection dans les pays scandinaves, un système moins généreux dans les pays anglo-saxons

Dans les années 60, une caractéristique importante des Etats-providence scandinaves était de considérer le placement en institution pour l'obtention de soins comme un droit du citoyen, ce qui a permis le développement de services de grande qualité, financés par l'impôt. Dans les années 70, on a commencé à s'interroger sur le bien-fondé de cette priorité donnée au placement en collectivité, à la fois pour des raisons économiques et humaines, et les soins de proximité prodigués aux personnes âgées se sont considérablement développés. Depuis, en dépit de la crise économique sévère traversée par la Suède⁸ et la Finlande, les pays scandinaves ont tenté d'améliorer leur offre de soins en la rendant plus flexible afin de permettre aux personnes âgées dépendantes de rester chez elles.

Aujourd'hui, le niveau de protection sociale et l'étendue des services de soins à domicile fournis aux personnes âgées dans les pays scandinaves reste pratiquement inégalé dans les autres pays européens. Ces pays de tradition beveridgienne, qui ont progressivement organisé leurs services sociaux et de santé de façon à répondre aux

⁸ Voir fiche Suède pour un aperçu plus complet.

besoins des personnes âgées dépendantes, ont ainsi intégré depuis longtemps l'aide à long terme dans les dispositifs de santé publique et de services sociaux existants.

Dans le domaine des services à la personne, le Danemark a acquis la réputation d'être le chef de file des pays nordiques, tant par la date précoce à laquelle il a adopté le concept du maintien dans la communauté que par l'ampleur des prestations. Dans ce pays, la distinction entre hébergement en collectivité et maintien à domicile a été éliminée par voie législative en 1987. La notion nouvelle est celle d'un «habitat adapté au grand âge» associé à la fourniture de services en fonction des besoins des personnes âgées indépendamment de l'endroit où elles vivent. Ces services remplacent progressivement les établissements d'hébergement. La participation financière des usagers est minime même en cas d'hébergement collectif : depuis 1995, les personnes dépendantes versent 15% de leur pension pour financer le loyer et un forfait pour l'hébergement et l'électricité. Les soins infirmiers à domicile et les appareils sont fournis gratuitement à l'utilisateur. Le Danemark est le seul pays où une partie de l'aide à domicile est fournie sans demander de contrepartie personnelle aux personnes âgées.

Présenter l'étendue des services de proximité en Suède, où ces derniers sont très développés, permet de mettre en évidence l'importance des besoins des personnes âgées dépendantes et la diversité des aides qui peuvent y répondre. En Suède, l'aide est principalement apportée durant les heures de travail normales mais elle peut également l'être le week-end et la nuit. Au total, 11% des plus de 65 ans et 28% des plus de 80 ans disposent d'une aide ménagère. D'autres types de services, notamment le port de repas à domicile, l'aide à la toilette, et le déblaiement de la neige se combinent souvent avec l'aide ménagère. Les municipalités assurent également le transport des personnes souhaitant se rendre à un centre de jour ou à un rendez-vous médical et peuvent fournir des services d'un coiffeur ou d'un pédicure. Ces services sont accessibles aux personnes qui en ont besoin, mais les redevances d'utilisation varient d'une municipalité à l'autre. Les communes effectuent également des transformations du logement qui sont fortement subventionnées et dans certains cas gratuites.

Dans les systèmes anglo-saxons, les prestations dépendance sont généralement non contributives et les systèmes moins généreux. Et ce, malgré le fait qu'au Royaume-Uni, par exemple, le National Health Service (NHS) offre aux personnes âgées de plus de 60 ans un accès totalement gratuit aux soins de santé.

Depuis avril 1993⁹ au Royaume-Uni, il incombe aux services sociaux des autorités locales d'évaluer les besoins des personnes âgées ou frappées d'un handicap et de prendre des dispositions en matière d'assistance. Les services sociaux gèrent des sommes provenant de financement conjoints autorités locales-NHS, avec lesquelles ils achètent des services à des prestataires le plus souvent privés¹⁰. Les autorités locales sont financièrement incitées à éviter les placements en institution puisque la totalité des frais doit être prise en charge dans le cadre d'un budget global couvrant à la fois le placement et le maintien à domicile. En général, les autorités locales proposent un «*care package*»¹¹ et prennent en charge la totalité des frais que le patient ne peut assumer, après évaluation de sa capacité de contribution. La «gestion par cas» est considérée

⁹ Date de mise en application du Community Care Act de 1990.

¹⁰ Le Community Care Act met l'accent sur la pluralité des prestataires. Le dessein des pouvoirs publics est de créer un marché où les prestataires sont en concurrence.

¹¹ «Panoplie de soins»

comme étant un moyen d'assurer des prestations en fonction des besoins et de surmonter les obstacles structurels qui existent entre les différents prestataires¹².

Les «Etats-Providence» bismarckiens : la reconnaissance de la dépendance comme un nouveau risque, mais avec des conditions limitatives

Les «Etats-providence» inspirés du modèle Bismarck ont soit entamé soit clôturé un débat sur la création d'un système d'assurance spécifique pour l'aide à long terme. Récemment, l'Allemagne et le Luxembourg, et également le Japon, considérant que l'aide sociale n'était pas adaptée à un problème dont la prise en charge dépasse largement les revenus normaux des individus, ont choisi de «solvabiliser» la demande, c'est à dire créer des mécanismes permettant la prise en charge.

Pour cela, ils ont bâti une assurance dépendance sous la forme d'une nouvelle «branche» de l'assurance sociale. Toutefois ces pays ont fait le choix, pour des raisons budgétaires notamment, de prendre en charge uniquement les personnes les plus dépendantes et de fixer, contrairement à l'assurance maladie, un montant de prestation maximum, non proportionnel au revenu antérieur. Ainsi, l'assurance dépendance allemande, contrairement à l'assurance maladie, ne garantit pas une couverture complète ; la dépendance en dessous du seuil de «besoin élevé d'assistance», ainsi qu'une dépendance dépassant le montant des prestations prévues demeurent hors du champ de l'assurance dépendance.

Le système allemand

La loi sur l'assurance contre la dépendance, en vigueur depuis 1995, garantit à tous les adhérents au système d'assurance publique une couverture des soins de longue durée indépendamment de leurs moyens financiers, de leur âge ou de la cause de leur dépendance. Le système d'assurance sociale publique couvre les personnes dont le revenu salarial mensuel n'excède pas un certain seuil ainsi que leurs familles (soit 90% de la population). En 1999, ce seuil était de DM 8500 à l'ouest de l'Allemagne et de DM 7200 à l'est. Les personnes assurées à l'assurance maladie légale relèvent également des assurances sociales pour le risque de dépendance, alors que les personnes assurées auprès des assurances privées en matière de maladie doivent également conclure une assurance dépendance privée (cf. fiche Allemagne pour plus de détails).

Le concept de «dépendance» englobe l'aide accordée pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne en dehors de tout traitement médical (Scheil-Adlung, 1995). Est considérée comme dépendante toute personne qui a un besoin élevé d'assistance pour les «actes essentiels de la vie» et cela de façon permanente, c'est à dire suivant toute probabilité pendant au moins six mois. Dans ce pays, le vieillissement n'est pas considéré en soi comme une cause de dépendance. La dépendance doit être due à une maladie ou à un handicap d'ordre physique, psychique ou mental. Cela constitue une condition limitative qui n'a pas cours en France. L'Allemagne tente ainsi de relier la dépendance à la politique de la santé, dans ses dimensions «prévention» et

¹² Voir fiche Royaume-Uni pour plus de détails.

«rééducation». Lors de l'évaluation des besoins, des mesures individuelles de rééducation peuvent être proposées.

Selon Schneider (1999), la décision de rattacher l'éligibilité à l'assurance dépendance à une fréquence quotidienne du besoin d'assistance personnelle a été critiquée pour son manque d'anticipation : l'aide ne serait en effet pas dispensée assez rapidement pour inverser ou stabiliser les déficiences fonctionnelles. Par ailleurs, les critères utilisés pour évaluer le degré de dépendance sont très fortement orientés vers le «médical somatique» (Schulte, 1999). Cela signifie que les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, qui nécessitent une surveillance constante ne sont pas éligibles et donc insuffisamment prises en charge. Actuellement une réforme visant à mieux répondre aux besoins des personnes âgées souffrant de démences séniles est en cours d'élaboration.

En 1997, 1 167 000 personnes¹³ percevaient des prestations de l'assurance dépendance légale, 60 000 personnes de régimes privés ; 20% des bénéficiaires étaient âgés de moins de 65 ans, et 6% avaient moins de 25 ans. Les prestations ne dépendent pas des revenus ; quel que soit le montant des cotisations versées, elles ne dépendent que du besoin d'aide. Seuls 27% des personnes dépendantes bénéficient de soins en institutions. La majorité bénéficie donc de soins à domicile. Pour les soins à domicile, le choix est laissé entre prestations en nature – c'est-à-dire des interventions de services professionnels ayant conclu un contrat avec l'assurance dépendance – et prestations en espèces que le bénéficiaire peut utiliser librement pour «rémunérer» un aidant informel ; une combinaison des deux est également possible, mais les prestations en nature sont d'un montant presque deux fois plus élevé que les prestations en espèces. En moyenne, les trois quarts des bénéficiaires (hors établissement) optent pour les prestations en espèces.

Si une prise en charge en établissement est nécessaire, l'assurance dépendance paie pour les frais relatifs aux «soins de base», aux activités de surveillance et de conseil, ainsi qu'au traitement médical «de base»¹⁴ (piqûres, gestes paramédicaux nécessaires aux personnes alitées, ...). Les frais pour l'hébergement (logement et nourriture) doivent être payés par l'assuré lui-même, comme cela est également le cas dans le maintien à domicile. Le coût de la pension n'est pas remboursé par les caisses de santé et l'assuré doit couvrir lui-même au moins 25% du total des frais en établissement. Cependant cette règle ne s'applique pratiquement jamais en raison du coût élevé des institutions relativement aux plafonds assez bas des prestations servies.

L'assurance dépendance est financée par une cotisation de 1,7 % des salaires bruts, partagée de manière égale entre employeurs et employés pour les actifs. En 1995, au moment de sa mise en œuvre, les employeurs ont été dédommagés de cette contribution supplémentaire par la suppression d'un jour de congé payé. Les retraités partagent le paiement des primes à parts égales avec leur organisme de pension. Toutefois, l'Office fédéral des assurances craint que les recettes de l'assurance dépendance ne soient plus suffisantes à l'avenir pour couvrir ses dépenses. En Bavière, pour la première fois, en 1999, les cotisations n'ont pas suffi à couvrir les dépenses. Les préoccupations budgétaires des législateurs sont reflétées par l'exclusion de toute responsabilité fédérale par rapport aux possibles déficits de l'assurance.

¹³ En 1998, le nombre total de bénéficiaires s'élève à 1 785 000 (Evans et Wiener, 2000).

¹⁴ Il s'agit d'une mesure temporaire. Il est prévu qu'une nouvelle décision soit prise au sujet de la prise en charge par l'assurance dépendance des soins médicaux «de base» en établissement en 2001.

Le nouveau système japonais et l'«allocation d'assistance» autrichienne»

Au Japon, il existait déjà des crédits d'impôts pour les familles qui comptaient des personnes âgées, mais ces mesures ont été jugées largement insuffisantes. La loi publique sur les soins de longue durée, adoptée en 1997 et entrée en vigueur le 1^{er} avril 2000, marque clairement un nouveau départ en matière de prise en charge de la dépendance. Cette loi, qui a fait l'objet d'un débat public intense, vise à instaurer, comme en Allemagne, un nouveau régime d'assurance. Dans ce système, sont assurés et payent des cotisations, tous les résidents âgés de 40 ans et plus. Les personnes âgées de plus de 65 ans (22 millions en 2000) sont prises en charge si elles nécessitent des soins de longue durée, quelle que soit la cause de leur dépendance. En revanche, les assurés de moins de 65 ans (43 millions) ne sont couverts par ce système que si la cause de leur dépendance est liée à une pathologie d'ordre gériatrique¹⁵.

Bien qu'ayant un système de protection sociale d'inspiration bismarckienne, l'Autriche offre, quant à elle depuis 1993, une «allocation d'assistance» universelle en espèces, non rattachée au système de Sécurité sociale, aux personnes dépendantes nécessitant des soins à domicile. Le niveau de l'allocation est fonction du nombre d'heures d'aide requises qui doit au moins être égal à 50 heures par mois. L'octroi d'allocation est également soumis, comme en Allemagne, à un besoin permanent d'assistance en raison d'un handicap dont la durée prévue est d'au moins six mois.

La situation dans les pays d'Europe du Sud : une logique principalement d'aide sociale

L'aide sociale dispense des prestations et des services aux personnes dont les ressources sont trop faibles pour faire face à des besoins généralement liés au handicap, à la maladie, à la vieillesse ou à des difficultés sociales. Elle relève du principe d'assistance et présente un caractère supplétif et subsidiaire à la Sécurité sociale. En France par exemple, l'aide sociale, transférée aux conseils généraux à l'issue des lois de décentralisation de 1984 est légale et obligatoire. Elle est subordonnée à la notion de besoin (Ruault, 1999).

Dans les pays méditerranéens, les débats autour de la nécessité d'une assurance «aide à long terme» ont été beaucoup moins nourris que dans les pays d'Europe du Nord, certainement à cause d'un attachement aux modèles familiaux d'aide informelle ou encore parce que les contraintes budgétaires publiques sont trop fortes. Dans ces pays, comme en France d'ailleurs, les prestations sont accordées aussi bien à l'intérieur des systèmes de protection contributifs (comme par exemple ceux couvrant la maladie, l'invalidité, les accidents du travail et la vieillesse) qu'à l'intérieur du système d'assistance sociale (Missoc, 1999). Ainsi, les prestations aux personnes âgées dépendantes sont principalement versées au titre du handicap ou de la vieillesse et, dans ce dernier cas, sous forme de majoration de pension (Kessler, 1999). En Espagne, par exemple, les familles au sein desquelles vit un ascendant âgé de 70 ans ou plus dont les ressources sont inférieures à un certain niveau peuvent être exonérées d'une partie de

¹⁵ Voir fiche Japon pour un aperçu plus complet.

l'impôt sur le revenu, cette exemption étant plus de trois fois supérieure si la personne en question est handicapée¹⁶.

Actuellement l'Espagne met en place un «Plan d'action 2000-2005» pour les personnes âgées qui représente une modernisation ambitieuse de son système de prise en charge de la dépendance. Il se caractérise par une forte décentralisation des services et une participation réelle et effective des personnes âgées à la définition du programme. La Grèce et l'Italie disposent également de quelques programmes spéciaux, dont la gestion est assurée au niveau local. En Grèce, le programme le plus significatif est celui de «l'Aide à domicile» lancé en 1998, qui fonctionne dans 103 communes au profit d'environ 5 500 personnes.

III. Les différents modes de prise en charge de la dépendance

Le rôle prépondérant de la famille dans la prise en charge de la dépendance

Bien que l'on observe une diminution de la proportion de personnes âgées vivant avec leurs enfants, la famille est évidemment le premier soutien naturel que peuvent trouver les personnes âgées dépendantes. Dans la majorité des pays, la plus grande partie des soins reste assurée dans le cadre familial. Aujourd'hui, en France, 80% des personnes lourdement dépendantes reçoivent de l'aide de leurs proches, dont 50% de manière exclusive (Breuil-Genier, 1999). Toutefois à cet égard, il existe de très grandes disparités entre les pays. Celles-ci ne sont pas sans conséquences sur le type d'aide (aide formelle professionnelle ou aide informelle apportée par la famille) que sont susceptibles de recevoir les personnes âgées dépendantes.

Au sein de l'Europe, une typologie du rôle de la famille distingue traditionnellement trois groupes de pays (Roussel, 1995) : l'Europe du Nord avec une fécondité relativement élevée, une divortialité, une cohabitation et des naissances hors mariages fortes ; l'Europe de l'Ouest avec une fécondité faible, une divortialité moyenne, une cohabitation et des naissances hors mariage relativement faibles ; et enfin l'Europe du Sud avec une fécondité et une divortialité faibles, des pratiques de cohabitation et de naissance hors mariage rares. Les écarts auraient toutefois tendance à se réduire aujourd'hui, le mouvement de transformation des familles allant du nord vers le sud.

Le panel européen des ménages permet d'estimer la composition des ménages où vivent les personnes les plus âgées, (quand elles vivent à domicile) pour les pays étudiés dans

¹⁶ Voir fiche Espagne pour un aperçu plus complet.

cette enquête (tableau 4). L'analyse est basée sur la répartition des personnes âgées de 80 ans et plus. Les pratiques de soin conjugal ne peuvent probablement pas être analysées de la même manière que les pratiques filiales. Toutefois l'échantillon est de taille trop réduite pour que l'on puisse donner des résultats plus détaillés quant à la composition des ménages. D'autre part, le panel européen ne permet pas d'avoir ces données pour l'Allemagne, du fait de contraintes de confidentialité : c'est pourquoi les résultats sont également présentés pour l'ensemble des pays sur le champ des personnes âgées de 70 ans et plus.

Tableau 4 : Composition du ménage où vit une personne de 80 ans et plus (respectivement 70 ans et plus) en 1994

	Personne seule ou en couple		Autre configuration		Ensemble
	80 ans et plus	70 ans et plus	80 ans et plus	70 ans et plus	
Allemagne	n.d.	87	n.d.	13	100
Belgique	83	84	17	16	100
Danemark	98	97	2	3	100
Grèce	65	68	35	32	100
Espagne	46	57	54	43	100
France	82	84	18	16	100
Irlande	56	60	44	40	100
Italie	66	67	34	33	100
Luxembourg	66	72	34	28	100
Pays-Bas	95	95	5	5	100
Autriche	61	68	39	32	100
Portugal	58	63	42	37	100
Royaume Uni	88	88	12	12	100

Source : Panel européen, Eurostat, calculs DREES.

Champ : Personnes vivant en logement en ordinaire (hors établissements pour personnes âgées).

Si l'on distingue les ménages « simples » (la personne âgée vit seule ou en couple) et les ménages « complexes » (elle vit avec ses enfants ou dans une configuration familiale autre), on peut opposer, très schématiquement, les pays du nord et du sud de l'Europe :

- Dans le sud de l'Europe, le poids des ménages « complexes » est élevé. Ainsi, en 1994, en Espagne, 54 % des personnes de 80 ans et plus vivant à domicile, sont dans un ménage complexe. C'est le cas pour 42 % des personnes au Portugal, 35 % en Grèce et 34 % en Italie.
- Certains pays qui ne sont pas situés géographiquement au sud de l'Europe ont des configurations relativement proches de celle qui précède. C'est le cas de l'Irlande, de l'Autriche et du Luxembourg.
- A l'inverse, dans les pays d'Europe du Nord, les personnes de 80 ans et plus qui vivent dans un ménage complexe sont très peu nombreuses (2 % au Danemark, 5 % aux Pays-Bas, 12 % au Royaume-Uni).
- En France (où ce taux atteint 18 %), en Allemagne et en Belgique, la situation est intermédiaire.

Par ailleurs, ces résultats sont compatibles avec ceux obtenus par l'OCDE (1996, pp. 26-27) selon lesquels, en Allemagne, 14% des personnes âgées de 65 ans et plus

vivaient avec leurs enfants en 1987, et 41% vivaient seules (1992). Les chiffres équivalents s'élèvent respectivement à 4% et 53% pour le Danemark, à 25% et 35% pour l'Autriche, et à 39% et 31% pour l'Italie. Ainsi, si l'on croise les informations du panel européen des ménages avec les résultats de cette enquête, on peut établir la typologie suivante :

Tableau 5 : Proportion de personnes âgées vivant avec leurs enfants

Faible. Type «Europe du Nord»	Situation intermédiaire	Forte. Type «Europe du Sud»
Danemark	Allemagne	Irlande
Suède	France	Japon
Finlande	Belgique	Grèce
Pays-Bas	Autriche	Espagne
Royaume-Uni	Luxembourg	Portugal
		Italie

Pour les personnes âgées ne vivant pas en couple, l'aide provient essentiellement des femmes dans la classe d'âge des 45-59 ans (OCDE, 1996). Si l'on se base sur les résultats d'une enquête portant sur 272 aidants participant à des programmes de soins innovants, destinés aux malades atteintes de démence sénile dans six pays européens, l'âge moyen des aidants, incluant les conjoints, est de 61 ans (Joël et al., 2000). En France, les personnes qui apportent une aide régulière dans la vie quotidienne sont presque trois fois sur quatre des femmes, généralement les filles (63%) ou les brus (9%) des personnes dépendantes (Rozenkier, 1999).

Ainsi, d'un point de vue purement démographique, la baisse du rapport entre le nombre de femmes âgées de 45 à 69 ans et celui des personnes âgées de 80 ans et plus entraîne également une diminution mécanique des possibilités de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Au cours des trente dernières années, ce ratio a diminué d'environ un tiers dans les pays de l'OCDE. Il est aujourd'hui de 3,8 en moyenne au sein de l'Union européenne et devrait passer à 3,1 en 2020 selon les projections de population d'Eurostat. Dans cinq pays, ce rapport resterait stable (Suède, Danemark, Royaume-Uni, Autriche, Irlande). Dans les autres pays, il diminuerait, les pays sur le point de subir la diminution la plus importante de ce ratio étant la Grèce, la Finlande, le Portugal, l'Allemagne et l'Italie. Ainsi, selon ce critère, les pays d'Europe du Sud font partie des pays susceptibles de connaître d'importantes difficultés.

De plus, dans les pays industrialisés, on observe une augmentation importante du taux d'activité des femmes en âge de travailler. Ce phénomène généralisé, qui ne concerne toutefois pas encore tous les pays avec la même acuité, va nécessairement réduire le « potentiel d'aide » que peuvent fournir les femmes d'âge mûr, en limitant le temps dont ces dernières disposent pour les tâches familiales non rémunérées. Pour l'instant, les taux d'activité des femmes âgées de 45 à 59 ans d'«Europe du Sud»¹⁷ sont nettement plus faibles qu'en «Europe du Nord». Toutefois, il est très probable que ces taux rejoignent assez rapidement les niveaux observés en «Europe du Nord», ce qui devrait contribuer à intensifier de manière importante la demande de services professionnels des personnes âgées dépendantes dans les pays d'«Europe du Sud»¹⁸.

¹⁷ Lorsqu'on utilise entre guillemets « Europe du Sud » ou « Europe du Nord », on fait référence aux typologies (en l'occurrence ici, celle du tableau 5).

¹⁸ Voir Barrère-Maurisson et Marchand (2000) pour plus de détails.

A ces contextes nationaux particuliers, expliqués par des différences d'ordre démographique et sociologique, s'ajoutent parfois des obligations d'ordre culturelles ou juridiques qui induisent d'autres divergences sur le rôle de la famille. Au Japon, la place de la famille est prépondérante. Bien qu'en diminution, la proportion de personnes âgées vivant chez leurs enfants est supérieure à 50%. Ce ratio, largement supérieur à la moyenne des autres pays développés reflète un mode d'aide familial particulier : c'est généralement le fils qui héberge ses parents âgés (83% des personnes vivant chez l'un de leur enfant, vivent chez leur fils) et la belle-fille qui les prend en charge (Ribault, 1999). En Grèce, selon Symeonidou (1997), en cas de manquement de la famille à la prise en charge des personnes âgées, cette dernière se voit stigmatisée à un point qu'on ne saurait imaginer dans la plupart des pays du nord de l'Europe. En Allemagne, la conception subsidariste de la politique familiale présuppose que la famille est en mesure d'assurer la prise en charge si le contraire n'est pas démontré. Dans les pays scandinaves, l'engagement est généralement moindre mais il existe tout de même. En France, où historiquement, le soutien à la famille est au centre de la politique sociale, l'obligation alimentaire contraint légalement les familles à subvenir aux besoins d'un parent âgé, selon des modalités fixées par jugement.

Les dispositifs destinés à encourager l'aide informelle

L'aide informelle, qui est réputée avoir un coût social moindre, répond généralement bien aux attentes des personnes âgées. Elle permet également de lutter contre l'aléa moral, les proches de la personne dépendante pouvant observer les efforts accomplis par cette dernière pour préserver son autonomie (Breuil-Genier, 1996). Toutefois, pour les raisons indiquées précédemment, et en dépit des indéniables avantages que l'on s'accorde à lui reconnaître, la solidarité intra-familiale est sans doute appelée à être entretenue par une logique d'incitation économique : en rétrocédant aux aidants une part des économies qu'ils génèrent, l'Etat encouragerait les familles à s'occuper de leurs parents âgés dépendants.

Un certain nombre de pays se sont déjà engagés dans cette voie : au cours des dernières années, l'Allemagne, l'Autriche, le Luxembourg, la Suède, la Finlande, le Royaume-Uni, et l'Irlande ont créé des prestations destinées aux personnes s'occupant de parents âgés ou des allocations en espèces versées aux personnes âgées en perte d'autonomie qui peuvent être utilisées pour « rémunérer » les personnes qui s'occupent d'elles de manière informelle (encadré 3). Par ailleurs, dans certains pays, ces prestations ne se limitent pas à une rémunération immédiate : elles contribuent parfois également à une compensation à long terme. Ainsi, en Finlande, comme en Autriche, en Allemagne et au Luxembourg, les personnes qui prennent soin d'un proche, peuvent cotiser à des régimes de retraite et avoir accès à d'autres avantages sociaux. En France, où la loi de 1997 permet aux bénéficiaires de la PSD de rémunérer des aidants, y compris des membres de leur famille – à l'exception des conjoints – s'ils ne bénéficient pas d'une retraite personnelle, les prestations de soins donnent aussi accès aux prestations sociales telles que l'assurance-chômage ou la retraite. Au Japon, les heures d'aide données bénévolement aujourd'hui ouvrent le droit à des heures d'aide gratuites plus tard (selon le principe de « capitalisation du temps consacré à l'entraide »).

Une autre forme d'aide accordée aux aidants concerne les soins de «répit», reconnaissant ainsi le besoin de ces derniers de se libérer parfois du travail assidu que représente la prise en charge d'une personne dépendante. Bien que plusieurs pays aient des programmes de services de répit (dont l'Allemagne et le Luxembourg), c'est la Finlande qui va le plus loin en exigeant des municipalités qu'elles offrent aux intéressés un week-end de «congé» par mois. L'ensemble de ces mesures permettent de donner une reconnaissance professionnelle aux soins informels. Toutefois, il semble que les systèmes de soutien actuellement en place dans la majorité des pays étudiés soient encore relativement peu développés.

ENCADRE 3

L'aide informelle : les mesures par pays

En Allemagne, l'assurance dépendance mise en œuvre en 1995 couvre les aidants informels qui consacrent au moins 14 heures par semaine aux soins à domicile. L'aide aux aidants informels prend des formes diverses : prise en charge de séjours de courte durée en institution, remplacement des aidants informels par des professionnels (jusqu'à 4 semaines par an), classes de formation, couverture sociale. Le parent aidant qui ne travaille pas ou ne travaille pas plus de 30 heures par semaine bénéficie en outre de l'assurance vieillesse. L'assurance vieillesse verse en effet des cotisations dont le montant varie en fonction du degré de dépendance de la personne prise en charge. De plus, les aidants bénéficient de l'assurance accident du travail pendant le temps où ils prennent en charge la personne dépendante. En revanche, il n'existe pas de congés spéciaux pour prendre en charge un parent dépendant. En 1998, des cotisations étaient versées pour 550 000 personnes, à plus de 93% des femmes et pour plus de la moitié âgées de 50 à 65 ans (Evans et Wiener, 2000).

En Autriche, depuis le 1^{er} janvier 1998, des conditions avantageuses d'affiliation à l'assurance vieillesse sont proposées aux personnes qui s'occupent d'un proche parent sévèrement dépendant et qui ont dû, de ce fait, renoncer à poursuivre leur activité professionnelle. Les conditions dont elles bénéficient sont avantageuses dans la mesure où l'Etat fédéral prend à sa charge la cotisation supposée due par l'employeur.

En Suède, les pouvoirs publics tentent actuellement d'encourager les aidants et de développer les solidarités familiales. Ainsi, des allocations en espèces sont accordées aux personnes âgées et aux personnes handicapées pour leur permettre de rémunérer un aidant. L'allocation n'est pas imposable et n'est liée ni au revenu du bénéficiaire ni à celui du soignant. Cette aide financière est fournie à environ 1% des aidants. Par ailleurs, les personnes en âge de travailler qui renoncent à leur emploi ou travaillent à temps partiel pour s'occuper d'un parent âgé peuvent être employées par la municipalité et recevoir un salaire équivalent à celui perçu par les aides à domicile. Les sommes qui leur sont versées sont assimilées à un salaire normal du point de vue de l'impôt et de l'assurance maladie. Le nombre de soignants rémunérés a sensiblement diminué car les services d'aide à domicile se sont développés et emploient du personnel de plus en plus spécialisé. En effet, le nombre de soignants rémunérés s'élevait à 18 500 en 1970 et il n'est plus que de 3 500 aujourd'hui. Enfin, il est possible en Suède de disposer d'un congé d'aide de 60 jours payés par l'assurance maladie. Ce congé d'aide peut être utilisé pour s'occuper d'un parent âgé en cas d'urgence ou en phase terminale, mais pas dans le cadre d'une aide régulière (Joël, 1999).

En Finlande, depuis 1993, une allocation versée directement au prestataire de soins informels est accordée par les municipalités en fonction des besoins de la personne âgée concernée. Par ailleurs, l'aidant est autorisé à occuper un emploi. Il existe également une allocation versée à l'aidant au Danemark et aux Pays-Bas, ainsi que des congés familiaux ou même une allocation d'interruption volontaire de carrière (aux Pays-Bas) pour prendre en charge un parent dépendant.

Au Royaume-Uni, il existe des dispositifs d'aide à ceux qui apportent bénévolement leurs soins à des personnes âgées. Ainsi l'«Invalid Care Allowance» est-elle attribuée à ceux qui consacrent 35 heures par semaine à des personnes de plus de 65 ans sévèrement handicapées, elles-mêmes bénéficiaires d'une allocation dépendance («Attendance Allowance»). La personne qui apporte ces soins doit être âgée de moins de 65 ans lors de la première demande d'allocation, et ne pas gagner plus de 50 Livres par semaine.

Par ailleurs, il existe un projet de prise en compte, dans le cadre d'une retraite complémentaire, des périodes pendant lesquelles ces individus se sont occupés de personnes âgées dépendantes.

En Irlande, une prestation rattachée à l'aide sociale et réservée aux catégories les plus pauvres, la «carer's allowance», a été mise en place en novembre 1990. Il s'agit d'une allocation de soutien aux aidants informels dont les moyens de subsistance sont inférieurs à certains seuils. Depuis 1990, cette allocation n'a cessé de prendre de l'ampleur. En 1997, l'allocation a augmenté de 50% pour les aidants s'occupant de plus d'une personne. En 1999, les conditions d'attribution de cette allocation ont été assouplies. Avant cette date, la personne soignée, âgée d'au moins 66 ans, devait requérir une surveillance continue et une assistance fréquente tout au long de la journée, et ce, pour une durée minimum de 12 mois. Désormais les personnes s'occupant de personnes dépendantes âgées de 16 à 65 ans peuvent également recevoir cette allocation ; elles peuvent travailler jusqu'à 10 heures par semaine, et n'ont plus besoin de partager le même domicile que la personne dépendante. D'autres avantages en nature sont consentis à ces aidants : carte de transport gratuite, exemption du paiement de l'abonnement téléphonique. Enfin, lorsque leur «carer's allowance» cesse, les aidants ont droit à une allocation d'aide de retour au travail.

Développement des services de proximité et disponibilité effective des services

L'expansion quantitative des placements en institution a touché à sa fin dans les années 80 pour des raisons à la fois humaines et budgétaires. Les taux d'institutionnalisation ont diminué dans pratiquement tous les pays (Jacobzone, 2000). C'est maintenant la solution du maintien à domicile qui est largement mise en avant par les gouvernements. Cette dernière est facilitée par le développement de nouveaux services de proximité.

Ainsi par exemple, depuis une quinzaine d'années aux Pays-Bas, dont une part importante de la population âgée vit en établissement, la substitution par des services de soins à domicile du placement en institution a été favorisée : des comités pluri-professionnels ont été chargés de décider si une entrée en institution était nécessaire ou pas et des services de proximité ont été mis en place. Par ailleurs, un effort a été fait pour fournir des plans d'aide personnalisés aux personnes dépendantes tout en prenant en compte l'aide informelle qui pouvait être apportée par la famille.

En outre, il est important de distinguer l'existence d'un système institutionnel de prise en charge de la dépendance, de l'existence d'un marché suffisamment large, privé ou public, de services aux personnes âgées dépendantes que ce soit à domicile ou en institution. Ainsi par exemple, selon Schneider (1999), la loi allemande sur l'assurance dépendance n'aurait pas débouché sur une augmentation de l'investissement dans les centres de soins longue durée et des insuffisances persisteraient au niveau des infrastructures, le personnel dans le domaine des soins formels étant en nombre trop réduit. Aussi, en raison du manque d'installations destinées à la prestation de services ambulatoires, environ 30% du budget destiné aux soins à domicile n'ont pas pu être dépensés dans la phase initiale de mise en œuvre du programme : la totale absorption des prestations du programme de soins à domicile entre avril 1995 et juillet 1996 aurait exigé une forte augmentation – 150 000 – du nombre de personnes employées dans le secteur des soins formels.

En fait, excepté dans les pays scandinaves et aux Pays-Bas, très en avance dans ce domaine, on rencontre en général une volonté de développer l'étendue et la qualité des services disponibles, et souvent de favoriser la création d'un marché de prestataires privés. Au Japon, par exemple, le bon fonctionnement du système qui est mis en œuvre à partir du 1^{er} avril 2000 est directement lié à la réalisation du «Nouveau Plan Or» (cf. fiche Japon). En effet, ce régime d'assurance suppose l'existence effective d'un marché de services publics, mais également privés, puisqu'il a pour objectif de donner le choix à l'usager entre plusieurs types de prestations. En Espagne, bien que le gouvernement affiche une volonté de favoriser le maintien à domicile, les services de proximité disponibles sont peu nombreux, à l'exception des services d'aide ménagère. Ils sont accordés par les municipalités de manière discrétionnaire aux personnes qu'elles jugent en avoir le plus besoin. Il existe néanmoins une volonté forte de les développer et un certain nombre de nouveaux services ont déjà vu le jour, bien que les disparités territoriales soient importantes, certaines communautés autonomes étant plus en avance que d'autres dans ce domaine.

La corrélation positive entre proportion de personnes âgées en établissement et disponibilité de services d'aide à domicile : une conséquence des politiques sociales

Tout d'abord, il est important de souligner que le recours au placement en établissement est extrêmement limité jusqu'à l'âge de 80 ans. Au-delà de cet âge, la part des personnes en institution, de même que le recours à l'aide formelle, croît rapidement. Les données de NOSOSCO utilisant les groupes d'âge ventilés par tranche de cinq ans peuvent être considérées comme homogènes (tableau 6). En revanche, pour la majorité des pays, on ne dispose pas de données ventilées par tranche de cinq ans. Ainsi, l'analyse de la part de la population de 65 ans et plus vivant en établissement ou bénéficiant d'une aide formelle à domicile doit rester prudente. Mécaniquement, en effet, les pays les plus vieux doivent avoir une part plus élevée de leur population dans cette situation.

En outre, les différences nationales doivent être interprétées avec précaution. D'une part, le vocable «prise en charge en établissement» recouvre des situations très diverses – de hébergement offrant de simples services d'hôtellerie à la prise en charge très médicalisée, voire même de l'hospitalisation de longue durée – et les statistiques des différents pays sont loin d'être homogènes. D'autre part, les données dont on dispose pour déterminer l'étendue des services d'aide à domicile sont encore plus limitées : les sources nationales ne mesurent pas toutes la même chose (aide publique mais pas souvent privée, services infirmiers ou simplement aide ménagère). Ainsi, deux sources différentes (voire trois, pour la Finlande, par exemple) fournissent parfois des chiffres qui ne sont même pas du même ordre de grandeur. On trouvera dans le tableau 7, en premier les données nationales rassemblées par Jacobzone (1999), puis des données provenant d'une enquête de l'OCDE (lorsque les deux sont disponibles).

Ces réserves énoncées, les résultats présentés dans les tableaux 6, 7 et 8 permettent toutefois d'établir une typologie sommaire, mais robuste (tableau 9).

Tableau 6 : Personnes âgées de 65 ans et plus accueillies en établissement / recevant une aide à domicile, dans les pays scandinaves, en pourcentage de la population âgée

	Danemark		Finlande		Suède	
	Etablissnt	Domicile	Etablissnt	Domicile	Etablissnt	Domicile
65-74 ans	2,6	13,2	1,6	4,4	2,9	5,2
75-79 ans	6	n.d.	11,4	17,8	n.d.	n.d.
80 ans et plus	19,9	45,7	n.d.	36,3	22,6	27,6
Total des 65 ans et plus	8,4	22,6	6,6	11,7	8,2	11,2

Source : NOSOSCO, 1998

Tableau 7 : Personnes âgées respectivement de 65 ans et de 85 ans et plus accueillies en établissement, en pourcentage de la population âgée

	65 ans et plus	85 ans et plus
Pays-Bas	8,8	
Danemark	8,4	24
Suède	8,2	23,3
Allemagne	6,8	8,2 / 17 / 31,3
Luxembourg	6,8	
Finlande	6,6	25
France	6,8	26,9
Belgique	6,4	
Royaume-Uni	5,1	22,4
Irlande	5	
Autriche	4,9	11,4
Espagne	2,8	
Japon	2,7 / 6	
Italie	2,7	
Portugal	1,8	4,6
Grèce	0,5	

Principales sources :

- Pays Scandinaves : NOSOSCO (1998)
- Allemagne : ces chiffres correspondent respectivement aux tranches 80-84 / 85-89 / 90 ans et plus.
- France : Enquêtes EHPA 94 et HID 98, calculs DREES.
- Japon : le premier chiffre inclut les séjours à l'hôpital de plus de 6 mois seulement, alors que le second comptabilise tous les séjours à l'hôpital des personnes âgées.
- Italie : Pesaresi et Simoncelli (1999)

Et pour les autres pays :

- Jacobzone, (1999a)
- OCDE (1996), pp.50-55 («Réponses aux questionnaires de l'OCDE sur les soins aux personnes âgées dépendantes, 1991 et 1993»)

Tableau 8 : Personnes âgées de 65 ans et plus recevant une aide à domicile, en pourcentage de l'ensemble de la population

	65 ans et plus
Autriche	24 / 3
Danemark	20,3 / 22
Finlande	14 / 24
Pays-Bas	12 / 8
Suède	11,2 / 13
Allemagne	9,6 / 3
Luxembourg	n.d.
France	6,1 / 7
Royaume-Uni	5,5 / 9
Japon	5 / 2
Belgique	4,5 / 6
Irlande	3,5 / 3
Italie	3 / 1
Espagne	2
Portugal	1
Grèce	n.d.

Sources : Jacobzone, (1999a) et OCDE (1996), pp.65 («Réponses aux questionnaires de l'OCDE sur les soins aux personnes âgées dépendantes, 1991 et 1993»)

Tableau 9 : Proportion de personnes âgées placées dans des établissements de long séjour / bénéficiant d'une aide formelle à domicile

Type «Europe du Nord» Proportion élevée de personnes en établissements de long séjour / Plus de 10% des personnes âgées bénéficient d'une aide à domicile	Situation intermédiaire	Type «Europe du Sud» Proportion faible de personnes en établissements de long séjour / Moins de 5% de la population bénéficient d'une aide à domicile
Danemark Suède Finlande Pays-Bas	France Belgique Royaume-Uni <i>Allemagne</i> Autriche <i>Luxembourg</i>	<i>Irlande</i> Japon Grèce Espagne Portugal Italie

Il ressort clairement de cette typologie que les pays qui mettent l'accent sur l'accueil des personnes âgées en établissement sont également ceux dans lesquels la plus grande partie de la population âgée bénéficie d'une aide à domicile. On aurait pu penser que l'aide à domicile viendrait peut être compenser le manque d'établissements d'accueil, mais cela ne semble pas être le cas. Trois pays toutefois, l'Allemagne, le Luxembourg et l'Irlande (en *italique* dans le tableau 9), se situent dans la moyenne ou au-dessus de la moyenne pour la prise en charge en établissement, mais, semble-t-il, à un niveau plus faible pour les services à domicile.

Par ailleurs, contrairement à ce que l'on pourrait escompter, la typologie qui se dégage de ces différentes données est sans rapport avec la composition par âge de la population âgée, autrement dit avec la proportion de personnes très âgées que compte le groupe de personnes âgées de 65 ans et plus. En effet, le groupe de pays où le taux de placement en collectivité est élevé comprend les Pays-Bas, qui est encore un pays relativement

« jeune » (graphique 2), alors que le groupe de pays où le taux d'institutionnalisation est faible comprend l'Italie qui compte une population relativement âgée. Au sein de chaque catégorie, la structure par âge de la population présente donc une diversité certaine.

Cette répartition paraît donc plus refléter les orientations de la politique sociale sur le long terme de chaque pays, ainsi que l'évolution des modes de vie familiale que la situation démographique : à l'exception près du Royaume-Uni (qui passe dans la colonne « situation intermédiaire »), on retrouve d'ailleurs les mêmes groupes de pays que dans le tableau 5 p.26.

Conclusion

Les pays scandinaves et les Pays-Bas, qui ont des systèmes de santé de type plutôt universels, font partie des pays où la prise en charge de la dépendance est la plus professionnalisée, avec peu de personnes âgées vivant avec leurs enfants, et une part importante de personnes accueillies en établissement ou recevant une aide à domicile. Ces pays ne devraient pas connaître de difficultés majeures dans les années à venir, dans la mesure où leur situation démographique semble assez stable et le vieillissement de la population bien anticipé. La situation en Grande-Bretagne est plus contrastée.

Les pays d'Europe du Sud, qui ont des systèmes de santé mixtes, favorisent, quant à eux, la prise en charge familiale de la dépendance. La prise en charge formelle, que ce soit en établissement ou à domicile, reste très limitée. A l'exception du Portugal, ces pays devraient connaître un vieillissement plus rapide et plus prononcé que la moyenne européenne, ce qui risque d'entraîner une forte hausse de la demande de soins de longue durée. Jusqu'à présent, dans ces pays, la famille a joué un rôle crucial, l'aide sociale complétant parfois ce schéma traditionnel. Or il est probable que ce modèle ne puisse perdurer. En effet, le travail des femmes se développe, le nombre d'aidants potentiels et la cohabitation avec les ascendants diminuent, le nombre de personnes dépendantes tend à augmenter. Aussi ces pays devront vraisemblablement s'orienter vers un système de prise en charge plus formel de la dépendance. L'Irlande et le Japon ont des caractéristiques proches de celles des pays d'Europe du Sud, tout en ayant des systèmes de santé et de protection sociale différents. Toutefois, l'Irlande est, et restera (du fait de son dynamisme démographique), le pays « le plus jeune », alors que le Japon est en passe de devenir « le plus vieux ».

Les pays dont les systèmes sont d'inspiration bismarkienne, à l'exception du Japon, se situent globalement dans une situation intermédiaire entre les pays du nord et du sud de l'Europe. Ainsi, par exemple, l'Allemagne et la France connaissent des évolutions démographiques parallèles ; les taux d'activité des « aidantes potentielles » y sont sensiblement les mêmes (même si, en France, il est plus faible pour les femmes de 55 à 60 ans) ; les systèmes institutionnels sont assez proches (du moins par rapport à ceux existant dans les autres pays européens). Pourtant ces deux pays ont choisi, en ce qui concerne la prise en charge de la dépendance, des stratégies institutionnellement différentes. La France a bâti un système fondé sur l'aide sociale et qui repose assez largement sur la famille, comme dans les pays du sud de l'Europe, alors qu'en l'Allemagne, depuis 1995, la dépendance est devenue le « cinquième risque » de la sécurité sociale. L'opposition entre les deux systèmes mérite toutefois d'être nuancée.

Ainsi, il n'y aurait pas de différences essentielles entre une prestation d'aide sociale sous condition de ressources, dont les seuils de revenus seraient assez élevés (ou en tout cas iraient au-delà des publics habituels de l'aide sociale pour couvrir les classes moyennes) et une prestation de sécurité sociale dont seraient exclues les catégories les plus favorisées, comme c'est actuellement le cas en Allemagne. Il y aurait d'autant moins de différences si les prestations en question s'appliquaient de manière uniforme sur l'ensemble du territoire.

Par ailleurs, on n'a vraisemblablement pas suffisamment pris conscience des conséquences conjuguées du vieillissement à venir et de la diminution prévisible de l'aide informelle. Certes, les évolutions démographiques et sociologiques sont en France moins marquées que dans le sud de l'Europe, où elles se conjuguent pour réduire mécaniquement de manière très forte le « potentiel d'aidants familiaux ». Elles semblent néanmoins inéluctables. En fait, les questions essentielles, en Allemagne comme en France, sont d'une part l'existence d'un marché suffisamment large de services aux personnes âgées dépendantes, d'autre part l'existence de dispositifs visant à favoriser l'aide informelle, et enfin le niveau des prestations dépendance.

A cet égard, si l'on se place du point de vue de l'analyse économique, le problème de la dépendance (et de son financement) apparaît similaire à celui des retraites : toutes les dépenses sont rassemblées à la fin du cycle de vie (sur une période évidemment plus courte pour la dépendance que pour la retraite). La mise en place de dépenses nouvelles peut alors avoir des conséquences financières plus élevées à long terme qu'à court terme. Le recours à l'assurance privée poserait d'ailleurs des problèmes d'efficacité économique largement recensés dans les études économiques relatives aux assurances sociales, des mécanismes collectifs étant a priori mieux à même de faire face à ce type de risque que le secteur privé. Aussi, s'orienter comme pour les retraites vers la constitution de réserves permettant de financer les dépenses futures liées à la prise en charge de la dépendance pourrait être une solution efficace d'un point de vue économique.

Enfin, le contenu et la qualité de la prise en charge de la dépendance peuvent avoir une incidence sur l'évolution de l'état de dépendance de ceux qui en bénéficient, et donc sur les besoins et les dépenses futurs. Ainsi, une politique de prévention active de la dépendance des personnes âgées essayant d'interrompre le processus d'aggravation de la dépendance en développant les programmes de rééducation, pourrait entraîner une diminution de la charge financière sur le long terme.

Fiches pays

Allemagne

L'obligation d'assurance qui est stipulée dans la loi sur l'assurance dépendance participe du principe selon lequel l'assurance dépendance suit l'assurance maladie. Toute personne affiliée à l'assurance maladie obligatoire (environ 90% de la population) est automatiquement couverte par l'assurance dépendance de la Sécurité sociale ; les personnes assurées contre le risque de maladie auprès d'un organisme privé sont tenues d'assurer également auprès d'un organisme privé, le risque de dépendance. Les personnes jouissant d'une protection d'assurance maladie spéciale ou régie par des clauses de prestation spécialement prévues par loi (les fonctionnaires par exemple) relèvent en partie du champ de l'assurance dépendance de la Sécurité sociale et en partie de celui de l'assurance dépendance privée.

L'assurance dépendance privée

L'assurance dépendance privée doit apporter des garanties de prestation égales à celles de l'assurance dépendance de la Sécurité sociale. En 1995, les sociétés privées d'assurance ont dû s'engager à faire immédiatement profiter les personnes déjà dépendantes de la couverture complète de l'assurance dépendance privée et ont dû compenser entre elles la surcharge financière ainsi occasionnée.

Contrairement au principe des assurances sociales et conformément au principe des assurances privées, les primes des assurances privées ne dépendent pas du revenu de l'assuré, mais bien du risque encouru par chaque assuré pris individuellement, c'est à dire plus particulièrement de l'âge d'entrée dans l'assurance. Cependant, la prime maximale en cas d'assurance dépendance privée est fixée par la loi et ne doit pas dépasser la cotisation maximale de l'assurance dépendance légale.

Pour les personnes qui deviennent membres d'un organisme privé d'assurance dépendance après le 1^{er} janvier 1995, cette limitation de la prime ne s'applique qu'après une durée d'affiliation de 5 ans à l'assurance dépendance privée. Les fonctionnaires, qui en cas de dépendance ont droit à des prestations d'assistance, ne paient que la moitié de la prime maximale. Par ailleurs, les primes d'assurance privée doivent être identiques pour les hommes et les femmes. Enfin, l'assurance dépendance privée n'offre que des prestations en espèces.

L'assurance dépendance publique

Les prestations de l'assurance dépendance ne dépendent ni des revenus, ni du patrimoine. Mais elles ne sont fournies qu'à l'issue d'une période de stage de cinq ans. Les prestations sont fournies aux personnes qui exigent un degré d'assistance « substantiel » dans l'exécution de leurs activités quotidiennes pendant au moins six mois. La loi distingue trois niveaux de dépendance (besoin d'assistance substantiel, grave, ou très grave).

Le niveau de la prestation dépend uniquement du niveau de dépendance, et les prestations en nature sont d'un montant plus élevé que celles en espèces (tableau 10). Pour les soins en établissement, les séjours de courte durée en institution, les soins de jour ou de nuit, une prestation en nature est versée en fonction du degré de dépendance.

Tableau 10 : prestations (mensuelles) pour soins à domicile et soins hospitaliers (DM), 1997 :

Niveau d'invalidité	Soins à domicile : prestation en espèces ou en nature	Soins de jour/nuît en établissement :prestation en nature	Soins hospitaliers : Prestation en nature
Substantiel	400-750	750	2000
Grave	800-1800	1500	2500
Très grave	1300-2800	2100	2800

L'assurance dépendance prévoit également le remboursement des appareils nécessaires en cas de dépendance, comme par exemple un lit spécialisé, ainsi qu'une participation aux frais occasionnés par l'adaptation du logement (jusqu'à 17 500 F par transformation).

La grande majorité des bénéficiaires a opté pour les prestations en espèces. Dans ce domaine, une grande responsabilité incombe aux collectivités publiques, dont la mission est de surveiller que le besoin d'assistance est convenablement satisfait. Par ailleurs, la règle adoptée en matière de prestation en espèces – qui laisse la personne dépendante libre de l'utilisation, à condition que le besoin d'assistance existant soit couvert par des soins apportés de façon volontaire et totalement gratuite de la part d'un membre de la famille – ne constitue pas la seule règle possible ; bien plus, il serait possible d'exiger une preuve concrète d'utilisation de la prestation dans un but directement en rapport avec la dépendance (Schulte, 1998).

En 1995, la couverture du coût des besoins de soins par les prestations de l'assurance dépendance sociale a été évaluée à 19 à 37 % pour dépendance substantielle, 28 à 44 % pour dépendance grave, et à 42 à 55 % pour dépendance très grave (Schneider, 1999).

Luxembourg

Au Luxembourg, le régime obligatoire d'assurance dépendance couvre l'ensemble des assurés à l'assurance maladie légale. Le droit aux prestations est ouvert sans examen des ressources des personnes dépendantes. L'assurance dépendance a pour objet de compenser les frais générés par le besoin d'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie. L'assurance maladie continue par ailleurs de couvrir les frais relatifs à la maladie : traitement médical, soins infirmiers, médicaments, etc.

La loi luxembourgeoise votée le 19 juin 1998 s'est fortement inspirée du modèle allemand d'assurance dépendance. Cette assurance obligatoire repose sur un système de financement mixte. L'Etat est appelé à assumer 45% des dépenses de cette nouvelle branche de risque. Actifs et retraités paient une contribution spéciale de 1% sur la totalité de leur revenu. Ces recettes sont complétées par une contribution spéciale consistant dans la redevance à charge du secteur de l'énergie électrique, dont la majoration de 3,5% est affectée à raison de deux tiers au financement de l'assurance dépendance.

L'assurance offre des prestations en nature destinées à rémunérer les services professionnels spécialisés et des prestations en espèces, versées directement à la personne dépendante, destinées à lui permettre de rémunérer les personnes qui lui assurent une prise en charge en dehors d'un réseau professionnel (tableau 11). Le montant des prestations en espèces est plafonné à 5 040 FF par mois.

Tableau 11 : prestations en nature (à domicile)

Types d'aides	Nombre d'heures par semaine	Montant par mois en FF en 99
Actes essentiels de la vie	Maximum 24,5 heures	Maximum 23 520 FF
Tâches domestiques	Forfait 1 : 2,5h / Forfait 2 : 4h	Maximum 960 FF / 1536 FF
Activités de soutien	Maximum 12 heures	Maximum 11 520 FF
Accueil en centre de jour	Maximum 48 heures calculé 12heures	Maximum 11 520 FF
Total		Maximum 36 576 FF

Japon

Au cours des dernières décennies, la demande de services de soins de longue durée au Japon s'est considérablement développée, en raison de l'urbanisation et du vieillissement accéléré de la population, qui ébranle sans aucun doute la structure traditionnelle des familles japonaises. Pour y répondre, le gouvernement a mis en place au début des années 90 un plan décennal, connu sur le nom de «Plan Or», axé sur l'amélioration de l'offre de soins institutionnels non intensifs, puis un «Nouveau Plan Or», lancé en 1995. La demande latente de services plus appropriés est d'ailleurs mise en évidence par un recours très important aux hôpitaux pour assurer l'hébergement de longue durée (on parle de «*Social Hospitalisation*»), solution peu coûteuse pour la famille, puisque depuis 1973 le ticket modérateur a été supprimé pour les personnes de plus de 70 ans (avant d'être réintroduit à un niveau très bas en 1983). En effet, les soins à domicile ou les maisons de retraite n'existaient pas en nombre suffisant, et lorsque ces solutions étaient envisageables, elles étaient très onéreuses pour la famille. Ainsi ce recours fréquent à l'hospitalisation était coûteux pour les finances publiques et inefficace puisque l'assistance médicale était parfois superflue.

La loi publique sur les soins de longue durée, adoptée en 1997 et devant entrer en vigueur le 1^{er} avril 2000, marque clairement un nouveau départ en matière de prise en charge de la dépendance. Dans ce système, l'assureur est la municipalité, et l'assuré tous les résidents âgés de 40 ans et plus. La municipalité évalue leur degré de dépendance (six niveaux différents) en utilisant une méthode scientifique et informatisée («*Care Needs Certification*»). A chaque niveau de dépendance correspond une limite supérieure de remboursement. Pour le niveau le plus élevé, elle devrait être de 350 000 yens par mois (18 500 F), pour le plus faible de 60 000 yens (3 700 F). Ces montants sont donc assez généreux (Creighton et Campbell, 2000).

10% des coûts restent toutefois à la charge des usagers - dans la limite d'un plafond dans le cas de dépenses très élevées. Les 90% restant sont financés à hauteur de 25% par l'Etat central, de 12,5% par les préfectures, de 12,5% par les municipalités et enfin de 50% par les nouvelles primes instaurées par la loi de 1997. En 2000, ces primes devraient s'élever mensuellement à un peu moins de 200 F par personne de plus de 40 ans (3000 yens). Elles sont déduites directement de la pension des personnes à la retraite lorsque c'est possible ou collectées par les municipalités (30% des cas). Les primes d'assurance des individus âgés de 40 à 64 ans sont prises en charge, de la même manière que l'assurance maladie, par les employeurs et les fonds publics. Ce nouveau système rationalise et remplace les deux systèmes séparés existants (le système de soins médicaux et le système de protection sociale). Il s'agit d'un système global d'assurance qui devra respecter un certain équilibre entre les prestations et les charges en augmentant au besoin les primes nouvellement instaurées.

Cette assurance couvre donc les soins de longue durée à domicile et en institution. Pour l'instant, seuls des services en nature sont disponibles. Les municipalités militent aujourd'hui en faveur de l'instauration d'allocations financières en faveur des prestataires de soins, ce qui permettrait selon ces dernières d'assurer l'essor naturel de ces professions en les revalorisant. En outre, la situation n'est pas la même selon les régions : autant les zones métropolitaines semblent en mesure de proposer les services prévus, autant dans les régions rurales, et notamment les régions montagneuses, les pouvoirs locaux ont souvent le sentiment de manquer de ressources pour mettre en place les structures prévues par la loi. Enfin, la loi de 1997 ne permet pas d'offrir d'indemnités aux aidants familiaux, cette idée ayant été rejetée, principalement parce qu'elle ne contribuait pas au développement souhaité des services professionnels. Toutefois, la mise en œuvre de ce système d'assurance dépendance devrait permettre de passer d'une logique d'assistance à une logique de service et de marché.

Suède

En Suède, il existe une longue tradition de décentralisation dans le domaine de la protection sociale. Les services de santé et des services sociaux ont longtemps relevé des 23 comtés et 284 municipalités, les comtés étant chargés des soins médicaux et de santé et les municipalités des services sociaux. Toutefois, dans le cas des services destinés aux personnes âgées, il était devenu de plus en plus difficile, compte tenu de cette répartition des fonctions, de déterminer qui était responsable au premier chef. On ne savait pas toujours où se terminait l'aide sociale et où commençait les soins médicaux ou, par exemple, si le traitement des démences était principalement une question d'ordre social ou médical. Cette répartition des responsabilités était à l'origine d'un certain nombre de problèmes tels que l'absence de coopération, et, occasionnellement, la tentative de transférer la responsabilité – et les coûts – vers l'autre partie. En effet, les comtés étaient responsables des prises en charge en établissements – hôpitaux ou maisons médicalisées, tandis que les municipalités fournissaient, sur leur propre budget, les services de soutien à domicile (OCDE, 1996).

En janvier 1992, une série de réformes du financement et de la gestion des services de soins (les réformes «Adel») ont été adoptées pour résoudre ces problèmes. La principale de ces réformes a consisté à donner toute la responsabilité des services de l'aide aux personnes âgées et handicapées aux municipalités, ce qui a conduit à transférer 34 000 lits de soins de longue durée. En outre, les comtés peuvent désormais demander aux municipalités de financer les soins aux personnes âgées dont le maintien à l'hôpital n'est plus nécessaire. Dans le même temps, les fonds versés par l'Etat central aux municipalités pour financer ces services ont, à compter de cette date, consisté en une subvention forfaitaire dont le montant est fixé en fonction de la population couverte et de critères géographiques. Durant la première année qui a suivi ces réformes, le nombre de personnes âgées demeurant indûment à l'hôpital a été réduit de moitié. Toutefois, l'autonomie des communes et des autorités départementales se traduit par des inégalités. Ainsi, la proportion de personnes âgées en institution peut varier de 9 à 39% selon le comté (Joël, 1999).

La quasi-totalité des soins aux personnes âgées dispensés par le système public sont financés par les pouvoirs publics. Pour certains services, tels que les visites chez le médecin, le montant à charge de l'usager durant une année est plafonné. Les personnes en institution payent une redevance pour le loyer auquel s'ajoute une redevance pour les soins reçus. Ces redevances sont plafonnées de façon à ce que la personne âgée garde environ 1/3 de son revenu. La redevance est calculée en fonction des besoins et des revenus de la personne âgée mais ne dépend pas de son patrimoine.

L'ensemble des soins et des services représentent aujourd'hui environ 100 milliards de francs dont 70% pour les placements en institution et 30% pour les soins à domicile. Selon Joël (1999), le financement se répartit de la façon suivante :

- 80% taxes locales,
- 2% subvention du gouvernement central,
- 9% participations individuelles,
- 9% ressources complémentaires.

Royaume-Uni

A l'exception des services d'aide très limités fournis par le NHS, toutes les aides publiques sont sous conditions de ressources. L'aide publique apportée aux personnes âgées dépendantes est soumise à un plafond de patrimoine de 16 000 Livres. En général, celles qui ont un patrimoine excédant 16 000 Livres paient la totalité des charges jusqu'à ce que leurs actifs soient réduits à ce niveau (notion de « spend down »), celles qui ont moins de 10 000 Livres par an ne paient rien, et les autres supportent une partie des dépenses. Lorsque la personne dépendante possède un patrimoine supérieur à 16 000 Livres, ce qui est fréquent car la tradition de posséder sa maison est très répandue, mais perçoit une faible retraite, l'autorité locale sert généralement une allocation complète qu'il récupère lors de la vente de la maison après le décès des propriétaires.

Lors du placement en maison de retraite ou de repos, la pension de la personne âgée est versée directement à l'institution tandis la personne dépendante reçoit de l'argent de poche. Les membres de la famille d'un retraité dont les revenus sont modestes peuvent compléter la somme versée à l'institution dans le but de lui obtenir de meilleures conditions de séjour (par ex. une chambre individuelle), mais ils n'y sont pas obligés.

Par ailleurs, une minorité de familles à revenus élevés préfèrent acheter des soins de longue durée dans le secteur privé : on a estimé qu'en 1991 environ 4% des personnes âgées payaient pour obtenir une aide ménagère privée, alors que 9% la recevaient des services sociaux locaux (Goddard et Savage, 1994). Environ la moitié du coût des soins dispensés dans les établissements de soins pour personnes âgées serait couverte par des paiements privés (Jamieson, 1991).

La principale prestation d'assistance sociale versée au Royaume-Uni est l'aide au revenu. Il s'agit d'une prestation financée par les impôts, liée aux ressources et prévoyant le versement de primes forfaitaires destinées en particulier aux personnes âgées ou aux invalides. Les personnes résidant en maison de retraite peuvent réclamer une aide aux revenus, en plus de la plupart des autres primes, plus une allocation de résidence spéciale (Missoc, 1999).

Le coût total des soins de longue durée aux personnes âgées atteignait environ 111 milliards de francs en 1995 (derniers chiffres connus) dont 25 milliards financés par le NHS (dont 14 milliards pour l'hospitalisation). 45 milliards sont financés par les collectivités locales (dont 9,7 milliards au titre des soins à domicile). Le reste des dépenses est acquitté par les personnes âgées elles-mêmes (17 milliards payés aux collectivités locales pour les services apportés auxquels s'ajoutent 26 milliards pour le secteur privé).

En 1998, une Commission Royale sur l'aide à long terme a été instaurée. Elle considère que le coût lié à ces soins est supportable et ne devrait pas exploser. Ses projections montrent une augmentation des dépenses totales passant de 111 milliards de francs en 1995 (1,6% du PIB) à 147 milliards en 2010 et 196 milliards en 2021 (1,6% du PIB). Selon cette Commission, les dépenses doivent être financées par l'impôt, mettant ainsi à contribution l'ensemble de la société. La Commission distingue toutefois entre les éléments d'hôtellerie qui doivent être soumis à un plafond de ressources et les soins personnels, ceux liés à la fragilité ou aux handicaps associés à l'âge, qui devraient être pris en charge par les pouvoirs publics. Le coût de cette réforme serait de 8 à 12 milliards de francs par an.

Espagne

La prise de conscience des effets sanitaires et sociaux d'un vieillissement accéléré de la population espagnole est récente. Jusqu'aux années 1970 la situation démographique de ce pays était considérée en Europe comme satisfaisante. L'impressionnante chute de la natalité dans la seconde moitié des années 70, qui a fait de l'Espagne le pays dont le taux de fécondité est le plus faible du monde (1,07), est une des causes du vieillissement démographique. Par ailleurs, l'Espagne connaît comme les autres pays européens une baisse du taux de mortalité et une augmentation importante de l'espérance de vie. Enfin, ce pays, qui était traditionnellement un pays d'émigration tend à devenir pays d'accueil, mais sans bénéficier de l'effet rajeunissant de l'immigration dans la mesure où cette dernière est majoritairement composée de retraités de différents pays européens auxquels vient s'adjoindre un contingent important d'anciens émigrés espagnols.

L'infrastructure hospitalière espagnole s'est vite révélée insuffisante et mal préparée pour faire face à cet afflux de personnes âgées. En effet, l'Espagne dispose depuis 1989 d'un système national de santé universel financé en presque totalité par l'impôt, où les retraités ont un accès entièrement gratuit aux soins et aux produits pharmaceutiques. Seules les personnes âgées qui s'adressent à des cliniques privées n'ayant pas passé de contrat avec l'Etat doivent financer elles-mêmes leur prise en charge. C'est en partie pour pallier cette faiblesse du système que l'Espagne a mis en place un Plan gérontologique en 1992. Ce Plan entendait favoriser le développement de systèmes de soins alternatifs à l'hospitalisation Il garantissait également une approche nationale, la détermination d'objectifs socio-sanitaires globaux.

En effet, le système espagnol est décentralisé, politiquement et administrativement avec une distribution complexe des compétences aux trois niveaux des administrations publiques (l'administration centrale, les communautés autonomes et l'administration locale). Depuis 1985, ce sont les communes qui sont responsables de la prestation de services sociaux. Quant à la compétence en matière de santé, elle est décentralisée dans sept communautés autonomes sur quinze, ce qui conduit à un système éclaté au niveau institutionnel avec une multiplicité d'organismes d'intervention, et une réelle difficulté de coordination et de planification.

Il est important de souligner que le tissu social espagnol n'est pas aussi relâché que dans la plupart des pays du nord de l'Europe. La solidarité familiale est une des composantes essentielles de la culture sociale en Espagne. Ainsi, dans 90% des cas, même si l'on constate une forte augmentation de la population âgée vivant seule, c'est la famille qui prend en charge l'aide aux personnes dépendantes (développement du modèle dit de «cohabitation à distance»). Cette aide s'accompagne désormais de dispositions fiscales pour les personnes restant au foyer pour s'occuper de leurs parents âgés. Les organisations caritatives et sociales sont par ailleurs nombreuses, bien organisées, amplement subventionnées et participent étroitement aux programmes sociaux mis en œuvre (Caritas, Croix-Rouge espagnole, services sociaux des caisses d'épargne, etc.).

A la différence du secteur sanitaire, le secteur social espagnol comporte une participation des personnes hébergées aux frais de séjour en institution. Les résidents des établissements d'accueil doivent acquitter des droits dont le montant représente 75% à 80% de leur pension. Le réseau des résidences pour personnes âgées, qui est encore sous-développé par rapport à la moyenne européenne, est privé pour plus de la moitié. Les tarifs de ces établissements sont très variables. Les maisons de repos et de soins d'Etat ne demandent, en revanche, aucune participation de la part des retraités espagnols. Il y a donc un manque d'équité manifeste en ce qui concerne l'accès aux soins. Mais ces centres publics sont en nombre insuffisants et les délais d'attente longs. Le nombre de places offertes correspond à 3% du nombre de personnes âgées.

Bibliographie

- P. Abrahamson (1999). « Le modèle scandinave de protection sociale » in *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France*, Rencontres de Copenhague, vol. 1, MIRE-DREES.
- E. Algava et M. Plane (2000). « Le poids du vieillissement dans les économies européennes », *Communication à l'Atelier Retraite, Caisse des dépôts et consignations*, Bordeaux, les 16-17 mars.
- S. Arber et C. Attias-Donfus (2000). *The Myth of Generational Conflict : The family and state in ageing society*, Routledge/ESA Studies in European Societies, Grande-Bretagne.
- G. Badeyan et C. Colin (1999). « Les personnes âgées dans les années 90 : perspectives démographiques, santé et modes d'accueil », *Etudes et Résultats, DREES*, n°40.
- M.-A. Barrère-Maurisson (2000). « Famille et marché du travail au seuil de l'an 2000 », *Premières synthèses, DARES*, n°11.1.
- I. Blanchard et C. Tchoreloff (2000). « Quels sont les enseignements à tirer de l'expérience de Groupama ? » Séminaire *Assurance Dépendance*, *Institute for International Research*, Paris les 18 et 19 janvier 2000, miméo.
- A. Bocognano, A. Couffignal, M. Grignon, R. Mahieu et D. Polton (1999). « Concurrence entre assureurs, entre prestataires et monopole naturel : une revue des expériences étrangères en matière de santé », *Economie et statistique*, n°328, p.21-36.
- C. Borrel (2000). « La prestation spécifique dépendance au 31 décembre 1999 », *Etudes et Résultats, DREES*, n°56, mars.
- P. Breuil-Genier (1996). « La gestion du risque de dépendance : le rôle de la famille, de l'Etat et du secteur privé », *Economie et statistique*, n°291-292, p.103-117.
- P. Breuil-Genier (1998a). « Aides aux personnes âgées dépendantes : la famille intervient plus que les professionnels » *Economie et statistique*, n° 316-317, p 21-43.
- P. Breuil-Genier (1998b). « La dépendance des personnes âgées : recours aux proches et aux aides professionnelles » in *France, Portrait Social*, p 91-107.
- P. Breuil-Genier (1999). « Aide aux personnes âgées dépendantes : une très grande hétérogénéité des pratiques » in *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France*, Rencontres de Copenhague, vol. 1, MIRE-DREES.
- A. Colvez, A. Castex, I. Carrière (2000). « Etude de la réversibilité de l'incapacité des personnes âgées : suivi de 20 ans en Haute-Normandie », *Communication au Forum Retraite, Caisse des dépôts et consignations*, Bordeaux, les 16-17 mars.
- J. Creighton Campbell et N. Ikegami (2000). « Long-term care insurance comes to Japan », *Health Affairs*, vol.19, n°3, mai/juin.
- J.-P. Delalande et M.-T. Join-Lambert (1999). *La dépendance des personnes âgées : Synthèses et perspectives*, Rapport du groupe de travail présidé par J.-P. Delalande et M.-T. Join-Lambert, *Haut Conseil de la Population et de la Famille*, 96 p.
- Q.C. Dinh (1994). « La population de la France à l'horizon 2050 » in *Economie et statistique*, n°274, p 7-32.
- M. Duriez et D. Lequet-Slama (1998). « Les systèmes de santé en Europe », PUF, collection « Que sais-je ? », Paris.

- M. Duriez et D. Lequet-Slama (1999). « Régionalisation et systèmes de santé en Europe », *adsp*, décembre, n°29.
- G. Esping-Andersen (1993). « The comparative macro-sociology of Welfare States », L. Moreno (ed.), *Social Exchange and Welfare Development*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- EUROSTAT (1997). New Cronos, *Base de donnée*.
- A. Evans Cuellar et J. M. Wiener (2000). « Can social insurance for long-term care work ? The experience of Germany », *Health Affairs*, vol.19, n°3, mai/juin.
- M. Ferrera (1997). « Introduction générale » in MIRE, *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Rencontres de Florence, 612 p.
- E. Goddard et D. Savage (1994). *1991 General Household Survey : People aged 65 and over*. Londres, HMSO.
- C. Gollier (2000). « Assurance et solidarité » in *Le Monde Horizons – Débats*, 29 février.
- C. Gori (1999). « Contracted situations at the local level : the Italian case », *Communication au séminaire international : Policies towards the frail elderly in Europe*, Rennes, 19-21 mai.
- P. Guinchard-Kunstler (1999). *Vieillir en France : Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie*. Rapport au Premier Ministre.
- V. Hespel, M. Thierry (1998). *Les services d'aide aux personnes*. Rapport établi à la demande du gouvernement.
- INED (1999). Contributions au Colloque « L'impact des évolutions démographiques sur le système de santé », *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, n°2-3.
- S. Jacobzone (1999a). *Le vieillissement et les soins pour les personnes âgées dépendantes : un aperçu des perspectives internationales*, », *OECD Labour market and social policy occasional papers*, n°38.
- S. Jacobzone (1999b). « Les perspectives de prise en charge de la dépendance au niveau international », *Retraite et société*, n°25.
- S. Jacobzone, E. Cambois, E. Chaplain, J.M. Robine (1999). « The health of older people in OECD countries : is it improving fast enough to compensate for population aging ? », *OECD Labour market and social policy occasional papers*, n°37, 64 p.
- S. Jacobzone (2000). « Coping with ageing : international challenges », *Health Affairs*, vol.19, n°3, mai/juin.
- A. Jamieson (1991). *Home care for older people in Europe : A comparison of policies and practices*. Oxford University Press.
- J. Jensen et secrétariat de l'OCDE (1999). « Les aides publiques en faveur des soins à domicile des personnes âgées dépendantes et leur impact sur les aidants féminins », document de travail, *DEELSA, OCDE*.
- J. Jensen (2000 à paraître). « Mesures en direction des familles avec dépendants : la situation dans quelques pays européens », *revue Cadres*.
- M.-E. Joël (1998). « La prestation spécifique dépendance : quelle réforme ? », LEGOS, Université Paris-Dauphine.
- M.-E. Joël (1999). « Note sur la protection sociale en Suède » in *La dépendance des personnes âgées : Synthèses et perspectives*, Rapport du groupe de travail présidé par J.-P. Delalande et M.-T. Join-Lambert, Haut Conseil de la Population et de la Famille, 96 p.

- M.-E. Joël, A. Gramain, E. Cozette, A. Colvez (2000). « Situation économique et qualité de vie des aidants aux malades atteints de démence sénile de type Alzheimer », *Revue économique*, vol. 51, numéro hors série « les enjeux économiques du financement des retraites ».
- M. Kellet et I. Hastie (1999). « Le système de prise en charge des personnes âgées malades et handicapées : l'Angleterre » in *Gérontologie*, n°112.
- N. Kerschen (1997). « La reconnaissance de la dépendance comme un nouveau risque de la sécurité sociale : le modèle allemand et le projet luxembourgeois » in *Revue Française des Affaires Sociales*, numéro hors série, p.205-214.
- N. Kerschen (1999). « L'assurance dépendance au Luxembourg » in *Gérontologie*, n°112.
- F. Kessler (1997). « Les normes du Conseil de l'Europe et la législation française sur la dépendance » in *Revue Française des Affaires Sociales*, numéro hors série, p.215-228.
- F. Kessler (1999). « Réformer l'allocation d'autonomie », *Le social dans l'Union, Le Monde*, 13 juillet.
- K. Knisheer (1993). « Provision of health and social care for dependant elderly and its financing in the Netherlands » in *La dépendance des personnes âgées*, étude commandée et financée par le Gouvernement du Grand Duché de Luxembourg.
- A. Lebeaupin, F. Nortier (1996). « Les personnes âgées dépendantes : situation actuelle et perspectives à l'horizon 2020 » in *Données Sociales*, p. 468-473.
- C. Le Clainche, D. Polton (1999). « Le vieillissement de la population à horizon 2020 », *Documents préparatoires*, CREDES
- C. Martin (1997). « Protection sociale et protection par la famille en Europe du Sud : quelles spécificités ? » in *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, MIRE.
- M. Merlis (2000). « Caring for the frail elderly : an international review », *Health Affairs*, vol.19, n°3, mai/juin.
- MIRE (1997). *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Rencontres de Florence, 612 p.
- MIRE-DREES (1999). *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France*, Rencontres de Copenhague, 2 volumes.
- MISSOC (1999). *Les soins de longue durée*, Missoc-Info n°1, Commission européenne.
- NOSOSCO (1998). Données statistiques, *Nordic Social-Statistical Committee*.
- OCDE (1994). *Protéger les personnes âgées dépendantes – Nouvelles orientations*, Paris
- OCDE (1996). « Protéger les personnes âgées dépendantes : des politiques en mutation » in *Etudes de politique sociale*, n°19, 343 p., Paris.
- OCDE (1999). *Pour un monde solidaire : le nouvel agenda social*, Paris.
- J.Pacolet, R.Bouten, H.Lanoye, K.Versieck (1998). *La protection sociale des personnes âgées dépendantes dans 15 pays de l'Union Européenne*, Rapport à la Commission des communautés européennes, 177 p.
- B. Palier (1999). « Réformer la Sécurité Sociale. Les interventions gouvernementales en matière de protection sociale depuis 1945, la France en perspective comparative ». Thèse pour le doctorat d'Etat.

- B. Palier et G. Bonoli (1995). « Entre Bismarck et Beveridge. Crises de la sécurité sociale et politique(s) », in *Revue française de sciences politiques*, vol. 45, n°4, pp.668-698.
- M. Paquet (1999). *Les professionnels et les familles dans le soutien aux personnes âgées dépendantes*, L'Harmattan, Paris.
- F. Pesaresi et M. Simoncelli (1999). « The nursing homes in the Italian Regions : typologies and dimensions » in *Agenzia Sanitaria Italiana*, pp.14-36.
- T. Ribault (1999). « Care services for the Japanese elderly : between family arrangements and market mechanisms », *Economic Research Center Discussion Paper*, Nagoya University, n°116.
- K. Ritchie, J.M. Robine (1994). « La démence sénile en France : une estimation de la charge actuelle et projection des tendances futures » in *Médecine / Sciences*, n° 10, p.680-686.
- J.-M. Robine, P. Mormiche, E. Cambois (1994). « L'évolution de l'espérance de vie sans incapacités à 65 ans » in *Gérontologie et société*, n°71, p. 67-84.
- J.-M. Robine, E. Cambois, I. Romieu (1998). *Construction de scénarios de l'évolution de l'état de santé de la population française à l'horizon 2020*, Rapport au ministère de l'emploi et de la solidarité, 110 p.
- D. G. Rodriguez (1998). « Social Protection for Dependency in Old Age in Spain », *National Reports series*, edited by J. Pacolet, Belgium.
- D. G. Rodriguez (1999). « La Proteccion Social de la Dependencia », Estudio realizada para el Ministerio de Asuntos Sociales, miméo.
- T. Rostgaard et T. Friedberg (1998). *Caring for children and older people. A comparison of european policies and practices*, Copenhague : The Danish Institute of Social Research.
- L. Roussel (1995). « Vers une Europe des familles ? », *Futuribles*, n°200, pp.47-62.
- A. Rozenkier (1999). « L'aide à la dépendance : une affaire de famille », *Gérontologie et société*, n°89.
- M. Ruault (1999). « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 1998 », *Etudes et Résultats, DREES*, n°20, juin.
- W.J. Scanlon (1992). « Possible Reforms for Financing Long-Term Care », *Journal of Economic Perspectives*, vol.6, n°3.
- X. Scheil-Adlung (1995). « La sécurité sociale et la dépendance en Allemagne et dans d'autres pays : entre tradition et innovation » in *Revue internationale de sécurité sociale*, vol.48, 1/95.
- M. Schneider et al.(1994). « Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich » (1994), BASYS.
- U. Schneider (1999). « L'assurance sociale de soins longue durée en Allemagne : conception, application et évaluation » in *Revue internationale de sécurité sociale*, vol.52, 2/99.
- B. Schulte (1998). « L'assurance dépendance allemande », *Gérontologie et société*, n°84.
- H. Symeonidou (1997). « Etat-providence et réseaux informels dans la Grèce contemporaine », in *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud, MIRE*.
- G. Sundström (1999). « Politique sociale et modes de vie des personnes âgées » in *Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France*, Rencontres de Copenhague, vol. 1, *MIRE-DREES*.
- J. Wiener (1994). « Initiatives du secteur privé pour le financement de l'aide et des soins longue durée », *Protéger les personnes âgées dépendantes : Nouvelles orientations*, OCDE, Paris

