

N° 74 • juillet 2000

Malgré des situations diverses, la part des personnes âgées de plus de 80 ans est en forte augmentation dans les pays industrialisés. Elle était en moyenne de 1,6 % en 1960 pour les quinze pays de l'Union européenne, de 3,8 % en 1997 et elle représentera 5,6 % de leur population à l'horizon 2020. À cette date, le Japon, l'Italie et la Grèce auront la part la plus importante de personnes très âgées et donc potentiellement dépendantes. La prise en charge de la dépendance relève des soins médicaux et de l'assistance à la vie quotidienne que la famille et les services sociaux assurent différemment selon les pays. Dans les pays « beveridgiens », le niveau de protection est inégalé dans les pays scandinaves et beaucoup moins généreux dans les pays anglo-saxons. Dans certains pays « bismarckiens », la dépendance a été reconnue comme un nouveau « risque » mais généralement assorti de conditions limitatives. En Europe du Sud, une logique d'aide sociale continue à prédominer. En raison des évolutions démographiques et sociologiques, le rôle dévolu à l'aide familiale sera appelé à évoluer, notamment dans les pays du sud.

Laurence ASSOUS, Pierre RALLE
Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une comparaison internationale

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. Au-delà de ce mouvement de vieillissement général, la part des personnes très âgées augmente et va continuer à augmenter sensiblement dans l'avenir. Ce phénomène a pour conséquence d'accroître la proportion d'individus susceptibles de se trouver en état de dépendance. En effet, la notion de dépendance, qui renvoie à l'idée d'un besoin en soins de santé mais aussi en assistance à la vie quotidienne, est fortement liée à l'âge. La fréquence de la dépendance s'élève fortement avec ce dernier – avec une rupture entre 80 et 85 ans. Cette étude se centre sur les quinze pays de l'Union européenne, tout en faisant référence à la situation aux États-Unis et au Japon.



La part des plus âgés augmente fortement depuis vingt ans

Dans les 17 pays étudiés ici, 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 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 de ces pays (graphique 1).

En 1960, le Japon, la Finlande, le Portugal et l'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 les personnes les plus âgées sont relativement plus nombreuses. Précoce et régulier, le vieillissement fait de la Suède le plus âgé des pays industrialisés. 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 : la part de la population âgée de 80 ans et plus y a crû de plus de 2 points 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'Italie, le Royaume-Uni, le Danemark, la France et l'Allemagne). Dans cinq autres pays (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 États-Unis. Enfin, au Portugal et en Irlande, la part des 80 ans et plus est relativement faible (inférieure à 3 %).

À l'horizon 2020, le Japon, l'Italie et la Grèce auront la part la plus importante de personnes très âgées

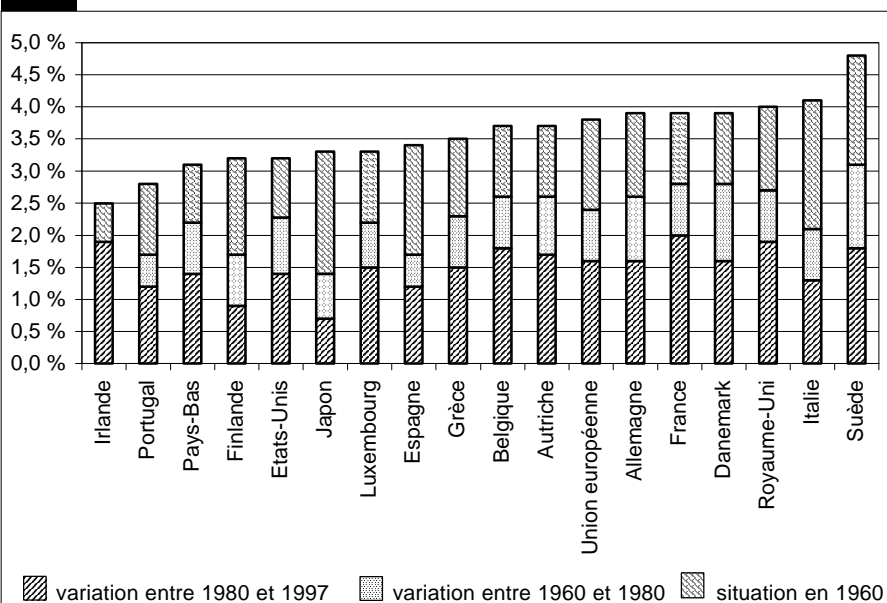
Une partie du vieillissement provient du « bas » de la pyramide des âges et certains pays, comme l'Italie, ont connu une forte chute du taux de natalité. À l'horizon 2020, deux pays du sud, l'Italie et la Grèce, deviendraient les plus « vieux », avec respectivement 6,8 % et 6,3 % de leur population âgée de 80 ans et plus, alors que les pays du nord auraient une part de personnes très âgées inférieure à la moyenne (graphique 2). Quant au Japon, pour lequel on ne dispose pas des mêmes projections, il va aussi connaître un accroissement spectaculaire de sa population âgée : en 2020, selon les projections du ministère japonais de la Santé, la population âgée de 75 ans et plus devrait représenter 12,5 % de la population totale, ce qui le placerait très loin devant les autres pays.

L'augmentation du nombre de personnes très âgées entraîne un accroissement de la proportion d'individus susceptibles de devenir dépendants. La notion de dépendance ne renvoie toutefois pas nécessairement à celle d'âge.

La dépendance : des besoins de soins médicaux et d'assistance à la vie quotidienne

Les personnes dépendantes ont besoin à la fois d'assistance à la vie quotidienne et de soins médicaux. Ces besoins relèvent globalement du champ de la protection sociale – il s'agit de services sociaux et de services de santé – et 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. Différencier ce qui relève de l'assurance maladie ou de systèmes spécifiques à la

G.01 part des 80 ans et plus dans la population totale en 1960, 1980 et 1997



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.

Source : Eurostat, statistiques démographiques et OCDE.

dépendance n'est pas toujours facile : d'une part les orientations prises par les différents pays en matière de prise en charge de la dépendance sont généralement en lien avec leurs systèmes de santé (et plus généralement de protection sociale) [encadré 1] et, d'autre part, mesurer les masses financières consacrées au financement de la dépendance est difficile en raison de la multiplicité des acteurs et de leur diversité d'un pays à l'autre (encadré 2).

Dans la quasi-totalité des pays, les soins médicaux sont couverts par l'assurance maladie quand la personne devient dépendante. Lorsque des dispositifs assurantiels de prise en charge de la dépendance existent, 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, au-dessous de certains seuils de ressources. En ce qui concerne l'hébergement des personnes dépendantes, les collectivités locales ou les caisses de retraite peuvent contribuer aux frais occasionnés par l'adaptation du logement à leur état. En revanche, les prestations dépendance ne prennent généralement pas en charge les coûts liés à l'hébergement, qui relèvent le cas échéant de dispositifs d'aide sociale complémentaires.

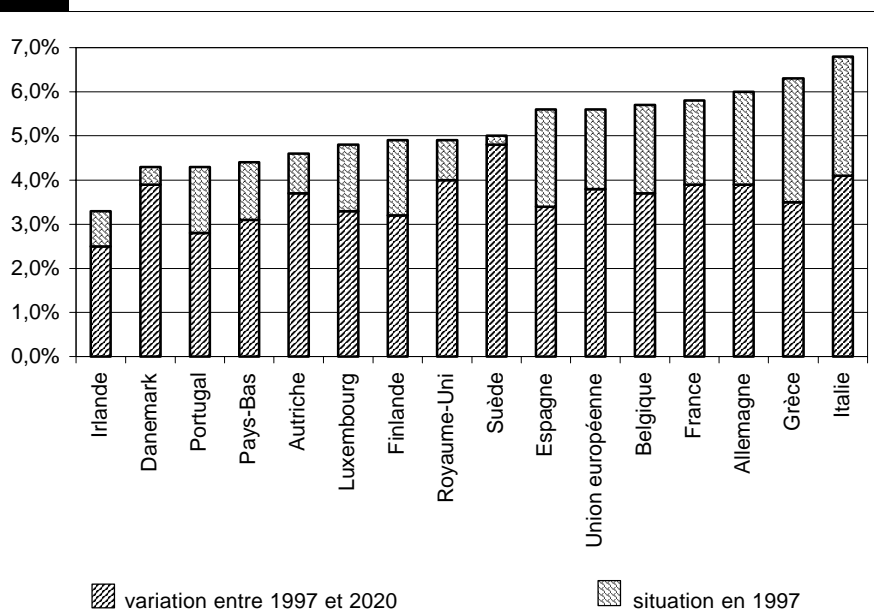
Trois grands groupes de pays se distinguent du point de vue de leurs systèmes institutionnels (tableau 1). Dans les pays « beveridgiens », la dépendance est largement prise en charge par la collectivité à travers la mise en place de services de proximité. Dans un certain nombre de pays « bismarckiens », la dépendance a été reconnue comme un nouveau « risque ». En Europe du Sud, on observe une logique principalement d'aide

sociale. Au-delà de ces divergences, les questions essentielles se posant quant à la prise en charge de la dépendance sont : l'existence d'un marché suffisamment large de services aux personnes âgées dépendantes, l'existence de dispositifs visant à favoriser l'aide informelle et, finalement, le niveau des prestations dépendance – niveau qui devrait logiquement augmenter de manière à compenser le désengagement des familles.

Les réponses « beveridgiennes » : un niveau de protection inégalé dans les pays scandinaves, un système moins généreux dans les pays anglo-saxons

Dans les années 60, une des particularités des « États providence » scandinaves était de considérer le placement en institution pour l'obtention de soins comme un droit du citoyen,

G.02 part des 80 ans et plus dans la population totale en 1997 et en 2020



Lecture : en 2020, en Suède, la part des 80 ans et plus dans la population devrait être de 5,0 % ; en 1997 elle atteignait 4,8 %.

Source : Eurostat, statistiques démographiques et OCDE.

T.01 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

Les modèles de Bismarck et de Beveridge

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

Le modèle de « Bismarck », toujours en vigueur en Allemagne. 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.

Le modèle 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 et financés par l'impôt. Il faut cependant distinguer le modèle scandinave des modèles anglais et irlandais. Les systèmes scandinaves « social-démocrates » et « universalistes » ont pour objectif d'assurer la cohésion sociale en améliorant les conditions de vie. Les systèmes en place dans les pays anglo-saxons, dits « libéraux », sont moins généreux. Ils sont ouverts aux mécanismes de marché, et les prestations, d'un faible niveau, sont délivrées sous conditions de ressources.

Les pays européens se sont progressivement éloignés des modèles de référence et leurs systèmes de protection sociale empruntent de plus en plus à la fois aux modèles Beveridge et Bismarck. On distingue aujourd'hui 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'État et les systèmes mixtes d'Europe du Sud.

4 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. Les soins de proximité prodigués aux personnes âgées se sont alors considérablement développés. Depuis, et en dépit de la profonde crise économique traversée par la Suède 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 sont très importants et pratiquement inégalés. Ces pays de tradition beveridgienne ont progressivement organisé leurs services sociaux et de santé de façon à répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes. Ils ont ainsi intégré depuis longtemps l'aide à long terme dans les dispositifs de santé publique et de services

sociaux existants. Les systèmes anglo-saxons de prise en charge de la dépendance, qui délivrent généralement des prestations non contributives, se révèlent moins généreux. Et ce, bien 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 1993¹, 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 les dispositions congruentes en matière d'aide. Ces services gèrent des sommes provenant de financement conjoints des autorités locales et du NHS, avec lesquelles ils achètent des services à des prestataires le plus souvent privés. Les autorités locales sont financièrement incitées à éviter les placements en institution, la totalité des frais étant prise en charge dans le cadre de budgets globaux couvrant à la fois le placement et le maintien à domicile. En général, les autorités locales proposent un « *care package* » (programme de soins) et pren-

nent en charge la totalité des frais que le patient ne peut assumer, après évaluation de sa capacité de contribution – le « *case management* » (gestion par cas) étant un moyen d'assurer des prestations en fonction des besoins et de surmonter les obstacles de type institutionnel qui peuvent exister entre les différents prestataires.

Les « États providence » bismarckiens : la reconnaissance de la dépendance comme un nouveau risque, mais avec des conditions limitatives

Les « États providence » inspirés du modèle de Bismarck ont pour la plupart d'entre eux entamé ou clos un débat sur la création d'un système d'assurance spécifique pour l'aide à long terme. L'Allemagne, le Luxembourg et le Japon ont récemment réfléchi à des mécanismes permettant de « solvabiliser » la demande, parce qu'ils estiment en effet que l'aide sociale n'est pas adaptée à un problème dont la prise en charge dépasse largement les revenus (normaux) des individus.

Leur choix à cet égard est celui d'une assurance dépendance sous la forme d'une nouvelle « branche » de l'assurance sociale. Toutefois ces pays ont choisi, pour des raisons budgétaires notamment, de prendre en charge uniquement les personnes les plus dépendantes et de fixer – contrairement à ce qui est appliqué pour l'assurance maladie – un montant de prestation maximum. Ainsi, l'assurance dépendance allemande, à la différence de l'assurance maladie, ne garantit pas une couverture complète ; la dépendance n'est prise en charge qu'au-delà d'un seuil de « besoin élevé d'assistance » et pour un montant donné.

1. Date de mise en application du *Community Care Act* de 1990.

En Allemagne, la loi sur l'assurance contre la dépendance, en vigueur depuis 1995, garantit à tous les adhérents au système d'assurance publique une couverture spécifique pour les soins de longue durée. Le système d'assurance sociale publique couvre les personnes dont le revenu salarial mensuel n'excédait pas, en 1999, 8 500 DM à l'ouest de l'Allemagne et 7 200 à l'est, ainsi que leurs familles (soit 90 % de la population). Les personnes assurées à l'assurance maladie légale relèvent également des assurances sociales pour le risque de dépendance, alors que les personnes couvertes par des assurances privées en matière de maladie doivent également conclure une assurance dépendance privée.

Le concept de « dépendance » englobe l'aide accordée pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne hors traitement médical. 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 appréhendé comme une cause de dépendance. Celle-ci doit en effet être due à une maladie ou à un handicap d'ordre physique, psychique ou mental, condition limitative qui, par exemple, n'a pas cours en France. L'Allemagne tente aussi de relier la prise en charge de la dépendance à la politique de santé, dans ses dimensions de « prévention » et de « rééducation » : lors de l'évaluation des besoins, des mesures individuelles de rééducation peuvent être proposées.

2. 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.

E•2

Évaluation des dépenses consacrées à la dépendance

La complexité des systèmes de prise en charge de la dépendance rend malaisée l'évaluation des montants globaux qui lui sont consacrés, la variété des systèmes institutionnels induisant des modes de mesures différents. Un rapport récent de l'OCDE estime toutefois les dépenses totales de prise en charge de la dépendance des personnes âgées comprises entre 1 et 3 % du PIB. Selon ce rapport, les niveaux de dépenses sont plus faibles en Europe du Sud (entre 0,2 % du PIB pour la Grèce et 0,6 % pour l'Italie) que dans le nord de l'Europe (2,7 % pour la Suède et les Pays-Bas ; 1,4 % pour l'Autriche ; 1,3 % pour le Royaume-Uni). La part des dépenses publiques est très variable. Dans certains pays, la part du financement privé peut atteindre 50 % des montants. Si l'on considère uniquement les dépenses publiques, ces estimations vont de 0,7 à 0,8 % du PIB en Allemagne et en Belgique, à 1,8 % aux Pays-Bas, 2,2 % au Danemark et 2,7 % en Suède. Jusqu'à présent, les indices d'une implication massive du secteur privé dans l'assurance dépendance restent limités. Même aux États-Unis, l'assurance privée ne couvre que 4 % des populations concernées (Jacobzone, 1999).

Des types de couverture complémentaires. Le niveau de dépenses consenties reste donc 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 retraite. Les prestations dépendance ne doivent donc pas être considérées indépendamment du niveau des pensions de retraite et de la générosité du système de protection sociale ainsi que de la couverture des soins de santé. Aussi, 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.

En 1997, 1 167 000 personnes percevaient des prestations de l'assurance dépendance légale, 60 000 personnes de régimes privés : 80 % des bénéficiaires étaient âgés de plus de 65 ans, tandis que 6 % avaient moins de 25 ans. Les prestations ne varient pas selon les revenus, et ne dépendent que du besoin d'aide. Seuls 27 % des personnes dépendantes bénéficient de soins en institutions. Près des trois quarts reçoivent donc une prestation pour soins à domicile. Le choix leur est alors 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.

L'assurance dépendance est financée en Allemagne par une cotisation de 1,7 % sur les 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.

Une logique d'aide sociale² qui prédomine dans les pays d'Europe du Sud

Dans les pays méditerranéens, les débats autour de la nécessité d'une

assurance « aide à long terme » ont été beaucoup moins nourris, 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 jusqu'à aujourd'hui, les prestations sont accordées tant 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. Les prestations aux personnes âgées dépendantes sont donc principalement versées au titre du handicap ou de la vieillesse et, dans ce dernier cas, sous forme de majoration de pension. 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 l'impôt sur le revenu. Cette exemption est plus de trois fois supérieure si la personne est handicapée.

Actuellement l'Espagne met en place un « Plan d'action 2000-2005 » pour les personnes âgées qui comporte des actions ambitieuses de modernisation de son système de prise en charge de la dépendance. Il se caractérise par une forte décentralisation des services et une participation des usagers 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.

Le rôle essentiel de la famille

Bien qu'on observe une diminution de la proportion de personnes âgées vivant avec leurs enfants, la famille est le premier soutien naturel des 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). Cette aide, réputée avoir un coût social moindre que l'aide formelle, répond généralement bien aux attentes des personnes âgées.

Mais elle peut être très différente selon que la personne âgée vit seule ou avec d'autres membres de sa famille. De ce point de vue, les configurations familiales sont très diverses d'un pays à l'autre (tableau 2). Cette analyse est fondée sur le panel communautaire des ménages qui permet de disposer d'une vision globale de la situation des personnes âgées de 70 ans et plus.

Si l'on distingue les ménages « simples », où la personne âgée vit seule ou en couple, et les ménages « complexes », où elle vit avec ses enfants ou dans une autre configuration, très schématiquement, les pays du nord s'opposent à ceux 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 vivaient dans un ménage complexe. C'est le cas pour 42 % des personnes au Portugal, 35 % en Grèce et 34 % en Italie. Certains autres pays ont des configurations relativement proches. C'est le cas de l'Irlande, de l'Autriche et du Luxembourg.

- À l'inverse, dans les pays d'Europe du Nord, les personnes de 80 ans et plus vivant 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.

T 02 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

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

* Ce panel ne permet pas d'avoir de données pour les personnes âgées de 80 ans et plus vivant en Allemagne du fait de contraintes de confidentialité. C'est pourquoi les résultats sont présentés pour l'ensemble des pays sur le champ plus large des personnes âgées de 70 ans et plus, pour lequel ce problème de confidentialité n'existe pas.

Source : Panel communautaire des ménages, Eurostat, calculs DREES.

Si l'on croise les informations du panel communautaire des ménages avec les résultats d'une enquête effectuée par l'OCDE (1996), on peut établir une typologie qui distingue trois types de situation dominants (tableau 3).

Une diminution potentielle des capacités d'aide familiale dans les pays du sud de l'Europe

Si le rôle de la famille est primordial dans le soutien aux personnes âgées dépendantes, les évolutions démographiques entraînent une diminution mécanique des possibilités de prise en charge de ces dernières. Aussi, le rapport entre le nombre de femmes âgées de 45 à 69 ans (qui sont les principales aidantes) et celui des personnes âgées de 80 ans et plus a diminué d'environ un tiers dans les pays de l'OCDE au cours des trente dernières années. 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, il diminuerait. Les pays sur le point de subir la diminution la plus importante seraient la Grèce, la Finlande, le Portugal, l'Allemagne et l'Italie. Ainsi, les capacités d'aide familiale vont sans doute connaître une diminution sensible dans les pays d'Europe du Sud.

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 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 elles disposent pour les tâches familiales non rémunérées. Actuellement, les taux d'activité des femmes âgées de 45 à

T 03 proportion de personnes âgées vivant avec leurs enfants

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

59 ans sont nettement plus faibles dans le sud de l'Europe que dans le nord. Il est cependant probable que ces taux rejoignent prochainement ceux du nord, réduisant d'autant le potentiel futur d'aide familial.

En dépit de ses indéniables avantages, il paraît donc peu probable que l'aide informelle puisse, notamment dans les pays du sud, continuer de jouer spontanément un rôle aussi important. De nombreux pays ont d'ores et déjà jugé utile de soutenir financièrement la solidarité intra-familiale par des mécanismes d'incitation économique.

Ainsi, 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 à destination des personnes âgées en perte d'autonomie. Ces prestations peuvent être utilisées pour « rémunérer » les individus qui s'occupent de personnes âgées dans un cadre informel. Par ailleurs, dans certains pays, ces prestations ne se limitent pas à une rémunération immédiate : en Finlande, comme en Autriche, en Allemagne et au Luxembourg, les personnes prenant soin d'un proche peuvent cotiser à des régimes de retraite et avoir accès à d'autres avantages sociaux. Au Japon, les heures d'aide effectuées bénévolement ouvrent le droit à des heures d'aide gratuites plus

tard, selon un principe dit de « capitalisation du temps consacré à l'entraide ».

Une autre forme d'aide accordée aux aidants concerne les soins de « répit », qui reconnaissent le besoin de pouvoir se libérer du travail assidu que représente la prise en charge d'une personne dépendante. Parmi les pays disposant de programmes de services de répit (dont l'Allemagne et le Luxembourg), la Finlande a le plus développé cette voie, exigeant des municipalités qu'elles offrent aux intéressés un week-end de congé par mois. Ces mesures progressivement mises en place, bien qu'encore limitées, amorcent un processus de reconnaissance institutionnelle des soins informels.

Développement des services de proximité et disponibilité effective des services

Le fait que la famille soit le premier aidant potentiel des personnes âgées dépendantes n'est pas contradictoire avec le développement d'une aide plus formelle. Les personnes âgées peuvent recourir aux services d'aide à domicile ; elles peuvent aussi vivre dans des établissements. L'expansion des placements en institution a toutefois touché à sa fin dans les années 80. Les taux d'institutionnalisation ont diminué dans pratiquement tous les pays. C'est maintenant la solution du maintien à domicile qui est préconisée par les gouvernements et facilitée par le développement de nouveaux services de proximité.

Ainsi, par exemple aux Pays-Bas, dont une part importante de la population âgée vit en établissement, la substitution par des services de soins à domicile a été favorisée depuis une quinzaine d'années. Des comités pluri-professionnels ont été chargés de décider si une entrée en institution était réellement nécessaire 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 importe de distinguer la nature du 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 (à domicile ou en institution). 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 de longue durée et des insuffisances persisteraient au niveau des infrastructures. En fait, excepté dans les pays scandinaves et aux Pays-Bas, très en avance en ce domaine, le besoin est en général ressenti de développer l'étendue et la qualité des services disponibles et, souvent, de favoriser la création d'un marché de prestataires privés.

Capacités d'accueil en établissement et disponibilité des services d'aide à domicile vont généralement de pair

Dans le domaine des capacités d'accueil et des services disponibles, les comparaisons internationales sont rendues difficiles par l'absence de données homogènes et par le fait que des dénominations semblables peuvent recouvrir des situations différentes. Le même terme « prise en charge en établissement » peut désigner diverses situations : hébergement offrant de simples services d'hôtellerie ou prise en charge très médicalisée, voire même hospitalisation de longue durée. La forme, la taille et le financement de l'offre collective de soins de longue durée varient beaucoup : certains pays disposent de programmes de soins assez complets financés et fournis par les pouvoirs publics, d'autres ne bénéficient que de services très limités et fragmentés.

Le croisement d'information provenant de différentes sources (Jacobzone, 1999 ; OCDE, 1996 ; pour la France EHPA 94 et HID 98,...) permet cependant de distinguer trois grands types de situation (tableau 4). Le Danemark, la Suède, la Finlande et les Pays-Bas ont une part élevée de leur population âgée vivant en établissement (environ un quart des 85 ans et plus dans les pays scandinaves et plus de 8 % des 65 ans et

plus au Danemark, en Suède et aux Pays-Bas) et, dans ces pays plus, de 10 % des personnes âgées de 65 ans et plus reçoivent une aide à domicile. Dans les pays d'Europe du Sud, ainsi qu'en Irlande et au Japon, moins de 5 % des 65 ans et plus vivent en établissement (0,5 % en Grèce et 5 % en Irlande) ; ils sont également moins de 5 % à recevoir une aide à domicile. En France, 6,8 % des 65 ans et plus et 26,9 % des 85 ans et plus sont accueillis en établissement.

Il ressort de cette analyse que le recours au placement en établissement ne croît qu'après 80 ans. D'autre part, 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 formelle à domicile. Aussi, l'aide à domicile ne semble-t-elle guère compenser le manque d'établissements d'accueil mais davantage se substituer, au niveau global de la société, à une prise en charge au sein de la famille. ●

Pour en savoir plus

- Laurence Assous et Pierre Ralle, « La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une mise en perspective internationale », Document de travail collection études, DREES, n°1, juin 2000, 44 p.
- Pascale Breuil-Genier, « 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, 1999, MiRe-DREES.
- Stéphane Jacobzone, « Les perspectives de prise en charge de la dépendance au niveau international », *Retraite et société*, n°25, mars 1999.
- OCDE, « Protéger les personnes âgées dépendantes : des politiques en mutation » in *Études de politique sociale*, n°19, 1996, 343 p.
- Ulrike Schneider, « L'assurance sociale de soins longue durée en Allemagne : conception, application et évaluation » in *Revue internationale de Sécurité sociale*, vol. 52, février 1999.

**T
04**

niveau de développement des établissements de long séjour et de l'aide formelle à domicile

Élevé Plus de 10 % des personnes âgées bénéficient d'une aide à domicile	Intermédiaire	Faible Moins de 5 % des personnes âgées bénéficient d'une aide à domicile
Danemark Suède Finlande Pays-Bas	France Belgique Royaume-Uni Allemagne Autriche Luxembourg	Irlande Japon Grèce Espagne Portugal Italie