

Les défis de l'accompagnement du grand âge

Perspectives internationales pour éclairer le débat national sur la dépendance

Dans de nombreuses régions du monde, la prise en charge de la perte d'autonomie est aujourd'hui au cœur des réformes. Commandé par le Premier ministre, le rapport dont est issue la présente note de synthèse permet de considérer le système français dans ce contexte international mouvant, en proposant une analyse comparée des systèmes de prise en charge de la dépendance dans six pays de l'Union européenne (Allemagne, Danemark, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède), ainsi qu'aux États-Unis et au Japon⁽¹⁾. Le poids de l'effort public consacré à la dépendance est assez comparable dans les pays de l'OCDE, où il représente en moyenne 1,2 % du PIB. En France, ce sont ainsi environ 23 milliards d'euros qui ont été dépensés en 2010, en majeure partie par l'État et l'assurance-maladie. Même si chaque pays se caractérise par un rythme et des modalités propres de vieillissement, le constat n'en demeure pas moins le même partout : on vit de plus en plus vieux et, si le risque individuel de devenir un jour dépendant reste relativement faible, le risque financier associé est très important et le problème de la perte d'autonomie se posera de façon plus aiguë dans les années à venir du fait des générations plus nombreuses qui arrivent au grand âge. Deux défis majeurs pèsent sur l'ensemble des pays. Le premier est financier : il s'agit de concilier l'objectif

de maîtrise des dépenses publiques avec les exigences de protection auxquelles aspirent les personnes âgées en perte d'autonomie. Le second défi est organisationnel : permettre une meilleure couverture des besoins de soins des personnes âgées dépendantes, en leur assurant une prise en charge de qualité, selon leurs souhaits soit à domicile, soit dans une structure adaptée, notamment par un soutien aux différents intervenants (professionnels ou aidants familiaux).

A l'issue de ce travail de comparaison internationale, plusieurs tendances apparaissent : dans la plupart des pays,

- ▶ les prestations deviennent progressivement universelles, mais ciblées sur les personnes ayant les besoins les plus élevés ;
- ▶ priorité est donnée au maintien à domicile, par le biais de politiques de structuration de l'offre de services à domicile, d'adaptation des logements, de diversification des lieux de vie et de soutien aux aidants familiaux ;
- ▶ la coordination des acteurs reste un enjeu majeur des politiques de prise en charge du grand âge ;
- ▶ l'importance des politiques de prévention de la perte d'autonomie est partout reconnue. Toutefois, en dépit de résultats probants, ces programmes sont encore peu développés. ■

[1] Le rapport *Les défis de l'accompagnement du grand âge. Perspectives internationales pour éclairer le débat national sur la dépendance* a été réalisé par le Centre d'analyse stratégique, en collaboration avec la DREES. Il a bénéficié de l'expertise des conseillers sociaux des ambassades des pays concernés par cette analyse comparée et de la participation d'experts de l'OCDE sur les questions de financement. Il a été coordonné par Virginie Gimbert et Guillaume Malochet.

LES ENJEUX

Par lettre du 16 mars 2011, le Premier ministre a souhaité que le Centre d'analyse stratégique contribue au débat national sur la dépendance, chantier prioritaire de l'action gouvernementale, par la production d'un travail original de comparaison internationale.

Dans l'ensemble des pays identifiés dans le rapport dont cette note constitue la synthèse, les réformes passées et à venir se situent à la croisée d'enjeux financiers et organisationnels :

- ▶ comment concilier l'exigence de maîtrise des coûts et la demande de qualité de la prise en charge ?
- ▶ comment rendre le système de prise en charge de la perte d'autonomie plus efficient, dans le respect du libre choix des personnes ?

À partir de ce constat général, le rapport fait le choix d'examiner de façon plus précise quatre thématiques centrales dans le cadre du débat national sur la dépendance lancé par le Président de la République. Sur le plan du financement, il s'agit de proposer un panorama de la couverture du risque dépendance dans les pays de l'OCDE, afin de mettre en évidence les divergences et les tendances communes des systèmes nationaux. Sur le plan organisationnel, le rapport traite successivement des modalités d'évaluation de la perte d'autonomie, de l'organisation de la prise en charge à domicile et en établissement, et des différents dispositifs de soutien aux aidants familiaux⁽²⁾.

LES TERMES DU DÉBAT : DÉPENDANCE, PERTE D'AUTONOMIE, SOINS DE LONGUE DURÉE

Le terme "dépendance" s'est progressivement imposé en France pour désigner certaines conséquences de l'allongement de l'espérance de vie sur les situations vécues par les personnes âgées, en particulier celles qui empêchent de réaliser de manière autonome certains actes de la vie quotidienne. Peu de pays industrialisés disposent, comme la France, d'un concept propre pour désigner ce champ d'action publique en direction des personnes âgées en perte d'autonomie.

En premier lieu, le critère d'âge n'est pas toujours déterminant, certains pays, comme l'Allemagne, faisant le choix de ne pas identifier deux champs distincts, la dépendance d'un côté et le handicap de l'autre. Et quand

le registre de la perte d'autonomie est réservé aux seules personnes âgées, il n'y a pas forcément d'homogénéité entre les pays sur l'âge retenu (à partir de 60 ans en France, mais 65 ans au Royaume-Uni par exemple).

Ensuite, dans les pays anglo-saxons et en Europe du Nord, l'entrée se fait plutôt par les soins et services dont bénéficient les personnes, non par leur état. La notion de "soins de longue durée" (*long-term care*) recouvre l'ensemble des activités qui ont trait au corps humain, que ces dernières correspondent au soin curatif (*cure*) ou au soin d'entretien (*care*)⁽³⁾. Cette approche apparaît plus positive et transversale, dans la mesure où les situations individuelles sont appréhendées à travers les besoins sociaux, sanitaires et médicaux qu'elles révèlent. Par ailleurs, l'accent mis sur la durée des soins et des aides traduit la nécessité d'une continuité de la prise en charge et implique un engagement global.

Enfin, l'Allemagne et le Japon se distinguent des autres pays par le fait qu'ils privilégient une entrée "institutionnelle". En Allemagne, sont considérées comme dépendantes les personnes qui ont besoin, du fait d'un handicap ou d'une maladie d'ordre physique, psychique ou mental, pour une période prévisible d'au moins 6 mois, d'une aide pour l'accomplissement des actes habituels et régulièrement répétés de la vie quotidienne. De la même façon, au Japon, l'assurance-dépendance universelle (*Kaigo Hoken*) prend en charge les personnes âgées de plus de 40 ans ayant besoin de soins.

Les systèmes de prise en charge de la perte d'autonomie selon les régimes d'État-providence

Les différents dispositifs s'inscrivent dans des contextes nationaux et des régimes d'État-providence qui leur donnent des visages singuliers. En adaptant la typologie établie par Gøsta Esping-Andersen⁽⁴⁾, Claude Martin et Blanche Le Bihan distinguent quatre modèles, selon des caractéristiques tenant au principe dominant de solidarité dans le système, à sa finalité, à son fonctionnement, à son financement et à l'offre de services⁽⁵⁾.

Dans le modèle "libéral", la solidarité est assurée prioritairement par le marché, puis par la famille. Les plus pauvres peuvent avoir recours à un système d'assistance. C'est l'individu qui doit assumer sa perte d'autonomie : les personnes âgées peuvent avoir recours à des assurances privées ou à des formes de désépargne pour accéder aux services dont elles ont besoin. Le Royaume-Uni correspond à ce modèle.

Dans le modèle "familialiste", c'est la famille qui reste le principe dominant de solidarité, comme l'illustre bien l'inscription dans la loi de l'obligation alimentaire.



[2] Ce rapport ne traite pas de la question des intervenants professionnels du secteur de la dépendance qui fera l'objet de travaux ultérieurs.

[3] Cette double dimension doit retenir l'attention du lecteur. La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie met en jeu des aspects à la fois médicaux, sanitaires et sociaux.

[4] G. Esping-Andersen (1990), *Les trois mondes de l'État-providence. Essai sur le capitalisme moderne*, Paris, PUF.

[5] B. Le Bihan et C. Martin (2010), "Quelles politiques pour la dépendance en Europe ?", *Regards sur l'actualité*, n° 366, décembre : "La dépendance des personnes âgées : quelle réforme ?".

À cette aide de la famille s'ajoutent des dispositifs souvent développés au niveau local, ce qui se traduit par d'importantes inégalités territoriales en termes d'accès. L'Italie illustre ce modèle.

Le modèle "corporatiste" repose sur la solidarité professionnelle. La perte d'autonomie y est conçue comme un "risque social" auquel correspond une assurance sociale financée par des cotisations et gérée dans un cadre paritaire entre employeurs et employés. Le cas de l'Allemagne correspond à peu près à ce modèle.

Dans le modèle "social-démocrate", la citoyenneté constitue le principe dominant de solidarité : chaque citoyen a des droits sociaux incluant un ensemble de services publics qui permettent de répondre à ses besoins en cas de perte d'autonomie. Le financement du système repose sur l'impôt, au niveau national et local. Les prestations de soins et d'aide sont délivrées en nature. Le Danemark, la Suède et les Pays-Bas correspondent, *grosso modo*, à ce modèle.

Cette typologie, qui par nature ne reflète pas la très grande diversité des situations nationales, met en évidence les différences de conception en termes de rôle attendu de la part de l'État, de la famille et de l'individu dans la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, dessinant ainsi des projets de société et des organisations concrètes très différentes.

UN DÉFI DÉMOGRAPHIQUE GLOBALEMENT COMMUN

Le vieillissement démographique observable dans l'ensemble des pays étudiés constitue un vrai défi. Dans les années à venir, l'augmentation de la demande de soins et services et la diminution corrélative de l'offre assurée par les aidants familiaux et professionnels risquent de peser de façon encore plus aiguë sur la régulation des systèmes nationaux de prise en charge.

Si la part des individus de plus de 80 ans augmentera dans l'ensemble des pays de l'OCDE, le rythme de vieillissement n'est pas le même selon les pays. Tandis que le Japon pourrait voir la proportion des plus de 80 ans atteindre 15 % de sa population totale dès 2040, ce sont l'Allemagne et l'Italie qui, parmi les pays européens, connaîtront la part la plus importante de plus de 80 ans à l'horizon 2050. En France, alors qu'en 2007, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans était de 1,3 million, il devrait se monter à 5,4 en 2060⁽⁶⁾. Le vieillissement de la population aux États-Unis et au Royaume-Uni devrait être comparativement plus lent.

Par ailleurs, les situations nationales se différencient selon la nature du vieillissement de leur population. Il est en effet possible de distinguer quatre formes de vieillissement, chaque pays pouvant combiner plusieurs d'entre elles⁽⁷⁾. Le vieillissement dit "par le haut" résulte de

l'allongement de la durée de la vie. Celui dit "par le bas" est induit par la réduction durable du taux de fécondité sous le seuil de remplacement des générations, ce qui se traduit par un rétrécissement de la base de la pyramide des âges (Allemagne, Italie). La troisième forme de vieillissement est liée à l'arrivée à un âge avancé des générations du *baby boom*, tandis que la dernière résulte d'une éventuelle émigration des jeunes. La France – qui bénéficie par ailleurs d'un taux de fécondité élevé, proche du seuil de renouvellement des générations – se caractérise essentiellement par deux tendances : l'allongement de la durée de vie et la montée en âge des générations particulièrement nombreuses du *baby boom*.

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES SYSTÈMES DE PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE

Des dispositifs récents et encore peu stabilisés

La mise en place de systèmes de protection spécifique contre le risque de perte d'autonomie est relativement récente puisqu'elle intervient, pour la plupart des pays, à partir des années 1980. Seuls le Danemark, la Suède et les Pays-Bas font figure de pays précurseurs. Au Danemark, la loi fixant les principes universels en matière de soins aux personnes âgées date de 1949. En Suède, la loi sur les services d'aide à domicile pour les seniors date de 1964. Enfin, aux Pays-Bas, la loi majeure date de 1968 ; elle organise le remboursement des dépenses qui ne sont pas prises en compte dans l'assurance soins courants.

Dans les autres pays, il faut attendre les années 1980, et plus encore les années 1990, pour que se mettent en place des dispositifs cohérents, spécifiquement dédiés aux personnes âgées en perte d'autonomie. En Italie, la prestation monétaire à destination des personnes handicapées est étendue aux personnes âgées dépendantes en 1984. Au Royaume-Uni, c'est en 1990 qu'est votée la loi *National Health Service and Community Care*, qui organise le partage des compétences entre les autorités locales et le système de santé dans l'évaluation et la prise en charge des besoins des personnes en perte d'autonomie. En Allemagne, une assurance-dépendance obligatoire est créée en 1995. En France, la première prestation date de 1997 et sera remplacée en 2001 par l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Ces dispositifs sont donc encore relativement peu stabilisés dans la plupart des pays, à l'exception des pays nordiques et des Pays-Bas. Ils connaissent, au cours de la décennie 2000, des transformations importantes et de nombreuses autres mutations verront le jour dans les années à venir.

[6] N. Blanpain et O. Chardon (2010), "Projections de population à l'horizon 2060", *INSEE Première*, n° 1320. Cité in www.dependance.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_n2_elements_statistiques.pdf

[7] F. Héran (2010), "L'inexorable privilège du vieillissement", *Alternatives économiques*, "Génération", hors série n° 85, avril.

Des tendances convergentes

L'examen des réformes récentes met en évidence plusieurs tendances convergentes, observables dans la plupart des pays. **Réduire les coûts** liés à la prise en charge de la perte d'autonomie apparaît comme une priorité. Cela conduit à **privilégier le maintien à domicile** des personnes âgées dépendantes aussi longtemps que possible. Dans de nombreux pays, cela s'accompagne d'un **soutien accru aux aidants familiaux**.

Des dispositifs de **prestations financières** se développent dans quasiment tous les pays, de manière à desserrer les contraintes inhérentes à la fourniture de services en nature (former et recruter des professionnels qualifiés, mettre en place des structures de soins et d'aide adaptées aux multiples problématiques individuelles, etc.). Cette option est traditionnellement résumée par l'expression *"cash for care"*⁽⁸⁾. La France et l'Allemagne se sont engagées dans cette voie, de même que des pays qui avaient jusqu'à présent plutôt privilégié les prestations en nature, comme les Pays-Bas. Pour autant, le processus ne revêt pas forcément le même sens selon les configurations nationales et la façon dont les dispositifs se sont construits⁽⁹⁾. Ainsi, aux Pays-Bas, l'introduction de prestations financières permet de répondre aux problèmes budgétaires qui se posent au système traditionnel, fondé sur l'attribution de services et d'aides en nature. En France et en Allemagne, le *cash for care* est un moyen, pour la puissance publique, de soulager les familles, celles-ci ayant traditionnellement joué un rôle central dans la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie. Ce type de mesure favorise ainsi le soutien aux aidants familiaux.

Dans une double logique de maîtrise des finances publiques et d'amélioration de la qualité de la prise en charge, des mesures ont été prises en vue d'introduire **des formes de concurrence entre les services de soins et d'aides**. L'objectif est également de **favoriser la liberté de choix de l'utilisateur-consommateur**. Le Danemark a été précurseur en la matière, avec l'instauration en 2002 d'un système dans lequel chaque municipalité doit veiller à ce que l'utilisateur (la personne âgée) ait le choix entre les prestations assurées directement par les collectivités locales et les prestations mises en place par des services extérieurs. Ce libre choix du consommateur est également garanti par le principe du "budget personnalisé", chaque usager disposant d'une somme équivalente aux services dont il a besoin.

Plus largement, on observe un **glissement de logique**. Ainsi, les pays qui étaient plutôt sur un schéma assistantiel faisant reposer la prise en charge sur la famille tendent

à s'en éloigner progressivement. En parallèle, les pays dont les systèmes reposent depuis longtemps sur des fondements universalistes ont initié des réformes visant à cibler davantage les interventions publiques en les concentrant sur les personnes qui ont le plus besoin de soins et d'aide, c'est-à-dire les plus dépendantes ("universalisme ciblé"⁽¹⁰⁾).

FINANCER LES SERVICES LIÉS À LA DÉPENDANCE DANS LES PAYS DE L'OCDE

Dans un contexte d'augmentation rapide des dépenses publiques liées aux soins de long terme dans la plupart des pays de l'OCDE, le défi pour les pouvoirs publics consiste à assurer une protection contre le risque financier associé à la dépendance qui soit équitable tout en garantissant la viabilité à long terme du financement du système de protection.

Demande et offre de soins de longue durée

La moitié des usagers des services de soins de longue durée ont 80 ans et plus. **Si la prévalence de la dépendance est plus importante avec l'âge, il demeure qu'un usager sur cinq a aujourd'hui moins de 65 ans**. La dépendance ne doit donc pas être uniquement pensée comme étant liée au grand âge. Par ailleurs, dans tous les pays, les femmes sont surreprésentées parmi les usagers des services de soins de longue durée.

Avec l'augmentation du nombre de personnes âgées de plus de 80 ans, **l'accroissement de la demande de services à l'avenir ne fait quasiment aucun doute**. Les **incertitudes portent surtout sur l'intensité de ce besoin** et sur le moment auquel il se fera davantage sentir. Au sein de la zone OCDE, le ratio entre le nombre de personnes de plus de 80 ans et le nombre de celles qui ont entre 15 et 80 ans devrait en moyenne tripler d'ici à 2050. Cela aura des conséquences directes, d'une part, sur la capacité des sociétés à apporter du soutien aux personnes qui ont besoin d'assistance (alors que les aidants familiaux disponibles seront moins nombreux) et, d'autre part, sur le financement des systèmes formels de prise en charge.

La prise en charge des soins de longue durée est actuellement financée pour l'essentiel par des dépenses publiques. En 2008, celles-ci s'élevaient en moyenne à 1,2 % du PIB dans un ensemble de 25 pays de l'OCDE. Cependant, il y a de fortes disparités entre pays qui renvoient à des différences de besoins, d'organisation des services, d'ampleur et de niveau des prestations

[8] C. Ungerson et S. Yeandle, dir. (2007), *Cash for Care Systems in Developed Welfare States*, Londres, Palgrave ; B. Da Roit et B. Le Bihan (2010), "Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies", *Milbank Quarterly*, vol. 88, n° 3, p. 286-309.

[9] B. Le Bihan et C. Martin (2010), *op. cit.* p. 61-73.

[10] Pour une illustration sur le cas de l'Angleterre, cf. A. Comas-Herrera, R. Wittenberg et L. Pickard (2010), "The long road to universalism? Recent developments in the financing of long-term care in England", *Social Policy and Administration*, vol. 44, n° 4, p. 375-391.

offertes ainsi qu'au rôle de la famille ou des pouvoirs publics dans ce domaine. Par ailleurs, les "soins de longue durée" renvoient à des périmètres parfois très différents selon les pays, ce qui rend particulièrement délicate la comparaison des données concernant les dépenses engagées. La majorité de celles-ci correspondent à des soins en établissement en raison notamment d'une densité de personnel plus forte et de dépenses d'infrastructure plus élevées.

Panorama de la couverture de la dépendance dans les pays de l'OCDE

La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place des dispositifs publics pour la prise en charge des dépenses afférentes à l'aide à la personne et aux soins infirmiers (prestations monétaires et services en nature). Certains pays n'ont développé qu'un système en nature (Australie, Hongrie, Japon, Nouvelle-Zélande, Suède, Mexique). Dans d'autres, les prestations monétaires sont prédominantes (Autriche, République Tchèque, France). Celles-ci peuvent également prendre la forme de chèques-services⁽¹¹⁾ (Suède).

Malgré la grande diversité et la complexité des dispositifs publics, différents types de couverture peuvent être identifiés, à partir des quatre types de services fournis, à savoir : l'aide à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, les soins de santé, l'aide à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (ménage, cuisine, etc.) et les frais de séjour.

Concernant les activités de la vie quotidienne, il est possible de distinguer trois groupes de pays :

- ▶ Les pays qui développent une **couverture universelle organisée au sein d'un programme unique**, soit dans le cadre d'un système de services d'assistance aux personnes financés par l'impôt (pays nordiques), soit dans le cadre de dispositifs d'assurance sociale dépendance (Allemagne, Japon, Corée, Pays-Bas, Luxembourg), soit en intégrant l'essentiel de la couverture de la dépendance dans le système de santé (Belgique). L'accès à ces dispositifs universels n'est conditionné à aucun critère de ressources, même si celles-ci peuvent être prises en compte pour déterminer la participation individuelle aux coûts.
- ▶ Les pays qui ont un **système d'aides sous condition de ressources faisant office de filet de sécurité pour les plus démunis** (Royaume-Uni, États-Unis). Ces systèmes incitent à recourir aux soins de santé pris en charge ; ils peuvent aussi entraîner un appauvrissement des personnes concernées puisqu'elles n'ont accès aux prestations qu'en dessous d'un certain seuil de ressources.

- ▶ Les pays qui ont des **systèmes mixtes qui combinent différents dispositifs et financements**. Par exemple, parallèlement à leurs systèmes de santé qui couvrent une partie des dépenses liées à la dépendance, des pays ont mis en place des prestations universelles pour l'aide à la personne, soit en espèces (Autriche, France, Italie, République Tchèque), soit en nature (Australie, Nouvelle-Zélande). Le niveau des prestations est plafonné dans plusieurs pays (France, Italie, Australie, Espagne, République Tchèque). Le morcellement du système peut inciter à transférer les coûts d'une prestation ou d'un régime de prestation à l'autre.

Concernant les soins de santé, ils sont en général couverts par les systèmes publics de financement de la santé, de façon différente cependant selon que les pays ont des procédures de facturation et de remboursement des coûts liés à la santé distinctes de celles liées à l'aide à la personne, ou non. Les règles peuvent également varier selon que ces soins sont délivrés en établissement ou à domicile.

Les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) ne sont en général pas couvertes par les systèmes publics de prise en charge, sauf pour les pays dotés d'une large couverture (pays nordiques par exemple). Certains aspects peuvent toutefois être inclus dans les offres globales de soins à domicile.

Les frais de séjour dans les établissements médicalisés de long séjour sont soit intégrés à la couverture dépendance avec une participation financière en fonction du revenu (pays nordiques, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande) ou du patrimoine (Australie, Irlande, certaines provinces canadiennes par exemple), soit exclus de la couverture du risque dépendance : l'usager les finance et peut avoir accès à l'aide sociale sous condition de ressources (Belgique, France, Allemagne, Italie, Suisse, Espagne, Corée).

Dans la majorité des pays de l'OCDE, c'est le **financement public qui est dominant, l'assurance dépendance privée jouant un rôle mineur**. Le marché de cette dernière reste peu développé : exception faite des États-Unis et de l'Allemagne, il représenterait moins de 2 % du total des dépenses liées à la dépendance. Deux types de produits dominent : des produits "indemnitaires"⁽¹²⁾ et des produits "forfaitaires"⁽¹³⁾, ces derniers tendant à gagner du terrain. Les effets des incitations mises en place dans certains pays pour favoriser le recours à l'assurance privée sont limités et le rôle joué par celle-ci reste faible. Cela s'explique essentiellement par la difficulté du marché assurantiel à évaluer la prévalence et le coût du risque dépendance.

Une part des dépenses, plus ou moins importante selon les pays, reste à la charge des individus ou de leur

[11] Qui représentent une valeur monétaire à utiliser pour acheter des services.

[12] Une prestation est versée pour dédommager des dépenses de soins encourues par le bénéficiaire.

[13] Une prestation est versée indépendamment du montant des dépenses, dès que le bénéficiaire remplit les critères contractuels de niveau de dépendance et de délai de carence.

famille. Dans certains pays, cette participation correspond à un pourcentage donné du revenu disponible (pays nordiques, Pays-Bas) et/ou du patrimoine (Irlande, Espagne) : elle est alors plafonnée. Dans d'autres, elle représente la différence entre le coût global de la prise en charge et le montant de la couverture publique (Allemagne, Australie, Autriche, France).

Malgré la grande hétérogénéité des systèmes de prise en charge, des tendances convergentes s'observent depuis quelques années dans la majorité des pays de l'OCDE vers un "universalisme ciblé" et vers un financement s'appuyant sur des bases élargies. Ces tendances peuvent sans doute aider à trouver un équilibre raisonnable entre les deux objectifs que constituent la fourniture d'une couverture équitable et la viabilité financière du système.

ÉVALUER, COMPENSER ET PRÉVENIR LA PERTE D'AUTONOMIE

Comment évaluer la perte d'autonomie ?

On repère deux façons principales d'appréhender la perte d'autonomie. Dans la plupart des pays, c'est une approche instrumentale qui a cours. Il s'agit d'établir la liste des activités qui ne peuvent être réalisées sans l'aide ou le soutien d'une tierce personne et d'en déduire un niveau de prise en charge approprié. On repère toutefois une variété d'arrangements locaux, en particulier dans les pays qui font reposer sur les collectivités locales la conception ou la mise en œuvre du système d'attribution de prestations. L'évaluation de la perte d'autonomie s'appuie également dans certains pays sur la notion de "besoins de soins", ce qui apparaît fort éloigné de l'approche française, mais permet de situer la prise en charge dans une problématique d'accompagnement global.

En Suède, l'évaluation par les besoins de soins permet d'aller au-delà de ce qui est induit par les seuls critères médicaux. Prenons le cas d'une personne âgée parvenant à se déplacer dans son logement mais ayant des difficultés à se déplacer à l'extérieur : en Suède, elle sera considérée comme dépendante si elle habite par exemple un immeuble sans ascenseur et/ou si son domicile est éloigné des commerces. Ce système permet de prendre en compte à la fois les besoins d'aménagement du domicile, ceux qui sont liés à la vie quotidienne (ménage, repas) et enfin les besoins sociaux (mise à disposition de services de transport, par exemple).

En Allemagne, la notion de besoins de soins inclut l'apport que peut représenter la présence de proches dans l'environnement de la personne, la fréquence du besoin d'assistance et le temps mis par un non professionnel pour aider la personne en perte d'autonomie. Une correspondance

est ainsi établie entre les limitations dont souffre une personne dans les activités de la vie quotidienne et le temps d'intervention nécessaire pour y remédier.

Un dispositif d'évaluation de la perte d'autonomie : l'exemple du SMAF

Conçu au début des années 1980 au Québec, le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF®) est un outil d'évaluation de l'autonomie qui s'est progressivement diffusé dans de nombreux pays (Brésil, Australie, Allemagne, etc.). En France, il fait l'objet d'une expérimentation à caractère national lancée en 2009 dans le département de la Dordogne^[14]. L'évaluation de l'autonomie est réalisée par un professionnel à partir de données collectées auprès des familles et des personnes et d'une observation en contexte. Cet outil permet d'évaluer le maintien de l'autonomie fonctionnelle tant à domicile qu'en établissement. Il prend ainsi en compte différentes fonctions dans cinq domaines (activités de la vie quotidienne, mobilité, communications, fonctions mentales, tâches domestiques) et les ressources matérielles et humaines dont dispose la personne. L'ensemble de ces informations sont synthétisées sous forme d'un "tableau d'aide individualisé" : il permet aux différents intervenants professionnels de visualiser rapidement, à partir de schémas et de couleurs différenciées selon le degré de perte d'autonomie, les besoins de la personne. Par ailleurs, à partir de ces évaluations, sont établis des profils iso-SMAF qui regroupent des individus ayant des besoins similaires en services. Cela présente plusieurs avantages : garantir l'allocation des moyens humains vers les personnes qui en ont le plus besoin, en évaluant notamment l'implication des aidants familiaux ; aider à l'orientation vers un établissement en favorisant l'adéquation entre le projet d'établissement et les besoins des personnes.

L'évaluation de la perte d'autonomie se déroule toujours de manière relativement décentralisée. En revanche, le poids des collectivités locales diffère selon les pays.

Suède, Japon et Royaume-Uni se distinguent par le poids important accordé aux collectivités locales dans l'appréciation de la perte d'autonomie et la recherche de services adaptés aux besoins des personnes. Les demandes de prestations de soins de longue durée sont adressées aux municipalités, qui doivent ensuite procéder à une estimation des besoins et établir les conditions d'attribution de prestations.

Ailleurs, comme en Allemagne, l'évaluation mise en œuvre localement s'appuie sur des schémas nationaux. Elle mobilise des critères identiques sur tout le territoire, définis en amont par l'assurance publique. Ceux-ci apparaissent en particulier dans les guides très détaillés qu'utilisent les personnels infirmiers diplômés en gériatrie pour évaluer les besoins physiques des assurés en perte d'autonomie. Aux Pays-Bas, c'est l'agence publique

[14] A. Vasselle [2011], Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, Sénat, février.

unique d'évaluation qui garantit l'application de procédures identiques sur tout le territoire.

Une fois la perte d'autonomie évaluée, l'attribution des prestations peut mobiliser d'autres critères, comme l'âge de la personne et/ou son niveau de revenus (tableau ci-dessous). Le critère de revenus peut intervenir au moment de la décision d'octroyer la prestation (comme au Royaume-Uni) ou, dans un second temps, quand il s'agit de définir son montant ou le niveau de ce qui reste à la charge de l'usager (Pays-Bas et France).

▼ Critères d'éligibilité aux prestations quand la perte d'autonomie est reconnue

	Pas de conditions de revenus	Conditions de revenus
Pas de conditions d'âge	Allemagne, Danemark, Italie	Pays-Bas
Conditions d'âge	Suède	France, Royaume-Uni

Les acteurs professionnels : l'enjeu de la coordination

Dans de nombreux pays, la figure du coordonnateur de soins (*care manager*) s'est imposée. La multiplication des acteurs professionnels et familiaux autour des personnes âgées dépendantes rend en effet de plus en plus nécessaires les fonctions de coordination. Les *care managers* peuvent intervenir dans trois directions principales, qui ne sont pas toujours exclusives les unes des autres : l'évaluation des besoins de soins (Japon, Suède, Danemark), l'information destinée aux personnes ayant un besoin d'aide lié à leur perte d'autonomie (Allemagne) et la coordination des divers professionnels mobilisés autour des personnes dépendantes (Royaume-Uni). Le degré d'intégration de ces différentes fonctions est particulièrement intéressant à étudier.

La prévention : un objectif consensuel mais qui peine à s'imposer

La prévention des risques liés à la perte d'autonomie est relativement récente⁽¹⁵⁾. Ce retard observable dans tous les pays peut s'expliquer par des facteurs généraux qui tiennent à la difficulté de toute démarche de prévention en santé publique⁽¹⁶⁾. L'objectif de prévention de la perte d'autonomie n'en demeure pas moins consensuel dans l'ensemble des pays développés. De façon générale, ces programmes recouvrent deux aspects distincts.

Une première dimension concerne des mesures spécifiques comme les campagnes de vaccination, les examens médicaux préventifs, les recommandations sur le mode de vie, les programmes de prévention des chutes⁽¹⁷⁾. Par exemple, le dispositif "Otago Exercise Program", mis en place en Nouvelle-Zélande, en Australie et au Royaume-Uni, propose des exercices de musculation adaptés aux personnes de plus de 65 ans. Il a démontré ses effets positifs en matière de prévention des chutes⁽¹⁸⁾. Au Japon, les *Comprehensive Support Centers*, placés sous la responsabilité des collectivités locales, développent depuis 2005 des programmes de musculation ou de prévention de la malnutrition afin d'enrayer aussi bien les maladies liées à l'hypertension que les différentes formes d'arthrose⁽¹⁹⁾. Ces centres sont pleinement intégrés au système d'assurance-dépendance japonais, ce qui leur assure une forte visibilité et un impact non négligeable. Néanmoins, l'inconvénient de cette option de politique publique tient au fait qu'elle s'adresse à des problèmes circonscrits, avec une approche médicale affirmée, sans pour autant que les personnes en perte d'autonomie puissent être toujours vues comme les premières concernées par ces mesures. En Italie, le Plan national de prévention 2010-2012, signé en avril 2010 à l'occasion de la Conférence État-Régions, contient des recommandations en termes de modes de vie et de comportements sanitaires. Parmi les facteurs favorisant la perte d'autonomie, le Plan retient plus particulièrement une mauvaise alimentation (qui peut provoquer obésité et surpoids), le tabagisme, la dépendance à l'alcool et une insuffisante activité motrice. Des initiatives locales se font jour également dans les régions.

Au-delà de ces mesures spécifiques, certains pays tentent d'introduire dans les schémas organisationnels de prise en charge des lieux ou des dispositifs dont la dimension préventive est pleinement reconnue.

Depuis 2000, un effort financier substantiel a été consenti par le gouvernement britannique pour développer des services visant à éviter que les personnes âgées soient hospitalisées à défaut d'autres solutions plus adaptées et pour permettre que l'entrée en établissement se fasse au moment le plus opportun dans la trajectoire de vie des personnes (en d'autres termes, pas trop tôt, si l'état de santé et la perte d'autonomie ne le justifient pas). Ce qui est généralement nommé "*intermediate care*" recouvre en fait une panoplie très étendue de services, notamment l'hospitalisation à domicile et la mise à disposition



[15] S. Kumpers, K. Allen, L. Campbell, A. Dieterich, J. Glasby, G. Kagialaris, T. Mastrogiannakis, T. Pokrajac, G. Ruppe, E. Turk, R. van der Vee et, L. Wagner [2010], *Prevention and Rehabilitation Within Long-term Care Across Europe. European Overview*, Interlinks – European Commission 7th Framework Programme, mai, 54 p. www.euro.centre.org/data/1278594859_11573.pdf

[16] S.-L. Gerber [2010], "Vaut-il toujours mieux prévenir que guérir ? Arguments pour une prévention plus ciblée", *La note de veille*, n° 167, Centre d'analyse stratégique.

[17] En France, on estime à 450 000 le nombre de chutes de personnes âgées chaque année. Plus de 60 % ont lieu au domicile. Si ces accidents sont en proportion rarement mortels (10 000 décès par an), ils peuvent accélérer la dégradation de l'autonomie par des facteurs physiques et psychologiques.

[18] A. Campbell, M. Robertson, M. Gardner, R. Norton, M. Tilyard et D. Buchner [1997], "Randomised controlled trial of a general practice program of home based exercise to prevent falls in elderly women", *British Medical Journal*, 315(7115), p. 1065-1069.

[19] N. Kerschen [2007], "L'assurance soins de longue durée au Japon. Comparaison avec des systèmes européens", in P. Ansart, A.-M. Guillemard, M. Legrand et M. Messu [dir.], *Longévité et politiques publiques. Approches comparées France-Japon*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, p. 131-161.

d'équipes infirmières mobiles. Ces services sont proposés sur la base d'une évaluation individualisée ; ils sont limités dans le temps et impliquent un travail pluridisciplinaire. Il s'agit de services dont la fonction consiste à garantir des transitions optimales pour les personnes. En Allemagne, des expériences locales vont dans le même sens.

ORGANISER LA PRISE EN CHARGE À DOMICILE ET EN ÉTABLISSEMENT

Si le maintien à domicile le plus longtemps possible, le développement de structures alternatives à l'établissement hautement médicalisé et l'amélioration de la qualité de la prise en charge sont des objectifs prioritaires dans l'ensemble des pays étudiés, ils se déclinent néanmoins de façon distincte selon les pays.

Le maintien à domicile : des réalités contrastées

Le maintien à domicile "le plus longtemps possible" est présenté comme un objectif prioritaire, à la fois pour des raisons de coûts au niveau collectif⁽²⁰⁾ et pour mieux répondre aux préférences des usagers. Les pays se sont engagés dans cette voie dans des temporalités toutefois différentes : dès le lendemain de la Seconde Guerre mondiale pour le Danemark, à la fin des années 1980 pour la Suède et à partir de la décennie 1990 pour les autres pays⁽²¹⁾.

Au-delà de cet objectif commun, les organisations concrètes diffèrent fortement d'un pays à l'autre, selon les acteurs responsables du financement et de l'organisation, selon le degré de développement des services d'aide à domicile, etc. Le Danemark illustre le cas d'une prise en charge à domicile très intégrée : organisée et financée par les municipalités, elle repose sur une offre très structurée de services à domicile (aide ménagère, portage des repas, aides à la personne, au transport, exercices physiques, visites préventives à domicile, etc.). En Italie, où la prise en charge à domicile est également prédominante, les services à domicile restent dans l'ensemble peu développés – avec de fortes hétérogénéités selon les régions et les localités – et l'organisation incombe essentiellement aux familles qui ont souvent recours aux travailleurs immigrés. Cette tendance se retrouve dans d'autres pays, mais dans une moindre mesure (Israël, Autriche, Allemagne, France, Suède)⁽²²⁾. En Allemagne, la personne âgée dépendante perçoit une prestation de la part de l'assurance dépendance, plafonnée selon le niveau de dépendance et le type de prise en charge. Pour un maintien à domicile, la personne peut choisir une prestation financière ou en nature : c'est alors

soit la famille, soit l'assurance qui organise l'intervention des services d'aide à domicile. Les États-Unis se caractérisent plutôt par un fort recours à l'hébergement en institution et une offre à domicile globalement peu développée.

Diversification des lieux de vie et d'accompagnement

Afin de favoriser le maintien à domicile, de nombreux pays développent des mesures spécifiques pour aider les individus à adapter leur logement, tout en renforçant les normes de construction des logements neufs.

Les disparités entre pays sont cependant très nettes selon que la question du lieu de vie est plus ou moins intégrée à une politique globale de maintien à domicile. Le Danemark propose par exemple une approche intégrée. Ainsi, la commune qui organise l'offre de services à domicile est également chargée de proposer un logement adapté aux personnes âgées qui en ont besoin. La construction de maisons de retraite a été arrêtée en 1987 pour que priorité soit donnée aux logements adaptés. Des résidences reliées à une offre de services ont été développées : les *ætreboliger* sont des appartements privatifs adaptés (ascenseur, boutons d'appel d'urgence, absence de seuil, etc.) qui donnent accès à des services d'aide pour la toilette, les tâches domestiques, les repas, etc.

Les lieux de vie intermédiaires entre le domicile *stricto sensu* et l'établissement médicalisé pour les soins de long terme se diversifient et sont aujourd'hui multiples. Se développent des formes d'habitat en communauté (par exemple : *Woongroepen* aux Pays-Bas, maisons *Abbeyfield* au Royaume-Uni, maisons intergénérationnelles et habitat groupé autogéré en Allemagne, etc.). Donnant accès à un appartement privatif et à des activités collectives, ces logements visent essentiellement à prévenir l'isolement social des personnes âgées et s'adressent à un public ayant encore son autonomie. Pour les personnes âgées ayant des pertes d'autonomie moyennes, voire importantes, les résidences-services ou encore certaines "zones de services résidentiels" (Pays-Bas, Danemark) permettent de vivre de manière indépendante tout en bénéficiant d'un accès simple et rapide à des services d'aide et de soins.

Les structures médicalisées se diversifient également. Éviter l'entrée en institution très médicalisée est le "pendant" de la priorité donnée au maintien à domicile. L'établissement médicalisé proposant des séjours dits "de longue durée" fait aujourd'hui figure de solution de dernier recours dans l'ensemble des pays étudiés. Il concerne des personnes ayant un degré de dépendance

[20] La prise en charge à domicile serait moins coûteuse au niveau collectif que la prise en charge en établissement spécialisé. Cet argument souvent mis en avant fait paradoxalement l'objet de peu d'évaluations approfondies et gagnerait sans doute à être nuancé, surtout concernant les personnes âgées aux niveaux de dépendance les plus sévères.

[21] En France, le principe du maintien à domicile comme une priorité est établi dès 1962 par le rapport *Politique de la vieillesse* dit "rapport Laroque". Il ne trouve de traduction concrète qu'au cours de la décennie 1990, avec la mise en place de la Prestation spécifique dépendance en 1997. Cf. Ennuyer B. (2007), *Repenser le maintien à domicile. Enjeux, acteurs, organisation*, Paris, Dunod.

[22] P. Di Santo et F. Ceruzzi (2010), *Migrant Care Workers in Italy. A Case Study*, Interlinks. Disponible sur : www.euro.centre.org/data/1278594833_93987.pdf

très élevé et qui ont besoin de soins généralement lourds et continus. D'autres formes de prise en charge médicalisées ont été privilégiées ces dernières années, telles l'hospitalisation à domicile, ou les structures dites de "court séjour" (*short-term care*). Assurant un accueil temporaire, ces dernières recouvrent des réalités différentes selon les pays : soins de rééducation, post-hospitalisation ou encore accueil de jour. Elles sont en général plus spécifiquement dédiées aux personnes ayant des pertes d'autonomie relatives.

Parallèlement, la politique de réduction du nombre de lits médicalisés qui a été menée, de façon plus ou moins poussée selon les pays, s'accompagne aujourd'hui d'effets pervers. En Suède par exemple, où la diminution du nombre de lits à l'hôpital et la réduction de la durée des séjours ont été particulièrement drastiques depuis le début des années 1990, on constate des délais d'attente pour l'obtention d'une place en établissement de soins et des situations d'engorgement dans les structures d'accueil temporaire. Cet engorgement pénalise surtout les personnes ayant un niveau de dépendance relativement faible et cela peut contribuer à aggraver leur situation. Des phénomènes de file d'attente s'observent également dans d'autres pays (Japon, Pays-Bas par exemple).

Les lieux de vie et les structures médicalisées tendent à se spécialiser par public, et notamment pour les personnes atteintes de formes de démence qui nécessitent une prise en charge spécifique. Sont à signaler quelques expériences qui mettent au centre de leur pratique le bien-être du patient (par exemple, la "Maison Carpe Diem" au Québec qui propose une prise en charge semi-institutionnelle où le recours aux médicaments est limité). Mais ces initiatives restent très peu développées. Parallèlement à ces formes de spécialisation, apparaissent des regroupements géographiques, en Allemagne par exemple : l'objectif est alors de faciliter le passage des personnes dépendantes d'une structure à l'autre, à la fois pour le bien-être de l'individu et pour une meilleure interconnaissance des professionnels.

↳ Vers des "politiques de la qualité" plus structurées

Améliorer la qualité de l'offre de soins est présenté comme un objectif majeur dans de nombreux pays. Des réflexions entre les différents acteurs sont mises en place (aux Pays-Bas entre 1989 et 2000, en Allemagne de 2003 à 2005), qui conduisent à la création d'institutions chargées d'édicter des normes et standards de qualité et d'en assurer le respect (Pays-Bas, Allemagne, Royaume-Uni, Suède, France). Dans les pays du nord de l'Europe, aux

Pays-Bas, au Royaume-Uni et en Allemagne, les données sont accessibles à tous et les usagers sont de plus en plus associés à cette démarche d'amélioration de la qualité, notamment *via* le développement d'outils de comparaison en ligne⁽²³⁾.

↳ SOUTENIR LES AIDANTS FAMILIAUX

↳ Les aidants, un pilier de la prise en charge

Les aidants familiaux forment le socle de tout système de prise en charge des soins liés à la dépendance. Dans les pays de l'OCDE, plus d'un adulte de plus de 50 ans sur dix aide une ou plusieurs personnes en perte d'autonomie (en général à titre gratuit). Selon certaines études, ils assureraient près de 80 % des heures de *care* – compris au sens large comme aide et soins⁽²⁴⁾. Dans les pays où ce sont essentiellement les pouvoirs publics qui organisent le maintien à domicile (Danemark, Suède, Pays-Bas), on observe également depuis quelques années un recours de plus en plus marqué aux aidants familiaux, pour des raisons de restrictions budgétaires. Pour autant, de nombreux pays ont renforcé leur secteur formel de prise en charge des soins liés à la dépendance. Les effectifs du secteur (personnels infirmiers et professionnels soignants) représentent en moyenne 1,3 % de la population active des pays de l'OCDE pour lesquels les données sont disponibles. C'est dans les pays qui se caractérisent par un système de prise en charge très structuré que cette part est la plus élevée (2,9 % en Norvège et au Danemark, et jusqu'à 3,6 % en Suède). Presque tous les pays sont confrontés à des difficultés de recrutement et de fidélisation de la main-d'œuvre, tandis que certains connaissent déjà des problèmes de pénurie (Espagne, Autriche, Canada, Finlande, Italie)⁽²⁵⁾.

Les deux tiers des aidants sont des femmes, qu'elles soient conjointes, filles ou belles-filles. Le groupe d'âge qui compte la plus grande proportion d'aidants informels est celui des 45 à 64 ans. Cette génération dite "pivot" apporte un soutien à la fois à ses ascendants et à ses descendants confrontés aux difficultés d'insertion sur le marché du travail. La nature de l'aide apportée est très variée et diffuse : soutien financier, aide aux tâches domestiques (ménage, courses, soins du corps, toilette), aide à la décision et aide administrative (gestion du budget, organisation de l'intervention de professionnels, etc.). L'aidant intervient souvent dans un contexte de tensions⁽²⁶⁾, puisqu'il est amené à gérer des situations d'urgence (hospitalisation, retour au domicile, etc.), tout en assumant sa propre vie personnelle et professionnelle.

[23] Par exemple, le *Consumer Quality Index* aux Pays-Bas et le *Aldreguiden* en Suède : <http://aldreguiden.socialstyrelsen.se/>.

[24] Dans les pays européens, aux États-Unis et au Canada. Cf. M. Huber, R. Rodrigues, F. Hoffmann, K. Gasior et B. Marin (2009), *Facts and Figures on Long-Term Care Europe and North America*, European Centre for Social Welfare Policy and Research.

[25] R. Fujisawa et F. Colombo (2009), "The long-term care workforce: Overview and strategies to adapt supply to a growing demand", *OECD Health Working Paper*, n° 44, OECD, Paris ; OCDE (2008), *Perspectives des migrations internationales*, Paris, OCDE.

[26] Cf. F. Weber, S. Gojard, A. Gramain, dir. (2003), *Charges de famille. Dépendances et parenté dans la France contemporaine*, Paris, La Découverte ; S. Clément, et J.-P. Lavoie, dir. (2005), *Prendre soin d'un proche âgé. Les enseignements de la France et du Québec*, Toulouse, Erès ; Le Bihan B et Martin C., (2006), "Travailler et prendre soin d'un parent âgé dépendant", *Travail, genre et sociétés*, 2006/2, n° 16.

Ainsi, ce rôle d'aidant peut avoir des impacts majeurs et potentiellement négatifs sur la vie professionnelle, mais également sur la santé : les travaux récents de l'OCDE montrent qu'un lien peut être établi entre l'intensité de ce travail d'aide et la prévalence de troubles de la santé mentale (dépression, souffrance psychique)⁽²⁷⁾.

Dans les années à venir, alors que les besoins en prise en charge de personnes dépendantes sont amenés à croître dans l'ensemble des pays, les prévisions démographiques mettent en évidence que **les aidants familiaux seront potentiellement plus nombreux, mais sans doute moins disponibles** pour des raisons multiples : investissement plus marqué des femmes sur le marché du travail, éloignement géographique accru entre enfants et parents, structures familiales plus complexes avec des recompositions plus nombreuses, rapport aux valeurs et comportements générationnels éventuellement différents, etc.⁽²⁸⁾

Diversité des dispositifs de soutien aux aidants

Si le soutien aux aidants est désormais pensé comme un des objectifs majeurs dans de nombreux pays, **les dispositifs concrets sont plus ou moins développés selon les pays**. Depuis une quinzaine d'années, le Royaume-Uni a par exemple développé une politique publique relativement structurée (*National Strategy for Carers*) : allocation spécifique aux aidants, prestation pour financer des loisirs, cumul de points de retraite au-delà de 20 heures par semaine de soins réalisés. Depuis le milieu des années 2000, d'autres pays adoptent des mesures en ce sens (les Pays-Bas et la Suède pour des raisons budgétaires, le Japon confronté à un manque de main-d'œuvre professionnelle).

Marqués par une grande diversité, ces dispositifs répondent à trois types de besoin : la reconnaissance du travail des aidants – sur le plan juridique comme financier ; l'aide à la conciliation avec la vie professionnelle et personnelle ; le soutien concret pour jouer son rôle d'aidant.

Des formes de compensation monétaire des éventuelles pertes de revenu des aidants sont mises en place dans de nombreux pays. Certains ont adopté **des prestations spécifiques** (Royaume-Uni, Espagne). Au Royaume-Uni, la prestation *Carer's Allowance* est accordée dans des conditions très restrictives (l'aidant doit consacrer au moins 35 heures par semaine à s'occuper d'une personne reconnue dépendante) et son montant est faible (l'équivalent d'environ 250 € par mois). **Dans la plupart des pays, l'aidant familial peut percevoir une part de rémunération via la prestation reçue par la personne**

âgée dépendante. Les dispositifs diffèrent ensuite selon le degré de régulation et de contrôle de l'utilisation de cette prestation : pas de contrôle en Italie, peu en Allemagne, à la différence de la France et des pays d'Europe du Nord, où l'utilisation des sommes versées est étroitement encadrée.

Il existe également des **congrés dédiés aux aidants. Ils peuvent être rémunérés ou non, de courte ou de longue durée** (trois jours par mois rémunérés en Italie ; jusqu'à 2 ans sans solde en Irlande). Tandis que certains concernent uniquement les aidants qui s'occupent d'une personne en fin de vie (Suède, France pour le congé de solidarité familiale), d'autres sont plus flexibles (Italie, ou encore congé de 10 jours en Allemagne pour répondre à des situations d'urgence). **Le niveau de rémunération est très variable** : en Suède, l'aidant perçoit 80 % de son salaire pendant deux mois ; en Allemagne, le congé créé en 2008 a été modifié en 2011 pour permettre au salarié de diminuer son activité sans subir de baisse de salaire trop importante. On observe également depuis 2006 au Royaume-Uni des formes d'aménagement des horaires de travail.

Comme l'organisation du maintien à domicile de la personne âgée dépendante incombe concrètement aux aidants familiaux dans de nombreux pays – sauf dans les pays nordiques et les Pays-Bas où le système formel l'assure –, des pays mettent en place des **points d'accès uniques à l'information et/ou des formes d'aide à la coordination des intervenants à domicile**. La mise en place d'un interlocuteur unique pour l'utilisateur (*care manager*) simplifie la tâche des aidants en termes d'accès à l'information (Allemagne) ou d'organisation (Royaume-Uni). Au Royaume-Uni, des guichets uniques proposent également des informations sur les aides à l'adaptation des logements.

Des formations pour les aidants se développent. Leur objectif est essentiellement de **mieux les préparer à leur rôle** et ainsi de **les prémunir contre des situations d'épuisement** ou des problèmes éventuels de santé mentale. Ces formations contribuent également à **prévenir la mauvaise prise en charge, voire la maltraitance** envers les personnes dépendantes. Ces formations sont extrêmement diverses selon les pays et surtout les localités (par exemple, au nord de l'Italie, formation spécifique pour les travailleurs immigrés).

Des dispositifs technologiques peuvent contribuer à alléger les tâches domestiques assurées par les aidants. Certains pays (Japon, Danemark ou Royaume-Uni) ont développé massivement les technologies pour l'autonomie qui peuvent faciliter le travail de l'aidant ou de l'intervenant profes-



[27] F. Colombo, A. Llana-Nozal, J. Mercier et F. Tjadens (2011), *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Paris, OCDE. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>

[28] Cf. J. Gaymu, équipe FELICIE, (2008), "Comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030 ? Projections européennes", *Populations et sociétés*, n° 444, p. 1-4 et O. Bontout, C. Colin, R. Kerjosse (2002), "Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040", *Etudes et résultats*, n° 160, DREES.

sionnel⁽²⁹⁾. Au niveau européen, le projet expérimental DREAMING a pour objectif de faciliter le maintien à domicile par la mise à disposition de ces technologies. Soutenu par la Commission européenne et mis en place dans sept pays (Danemark, Estonie, Allemagne, Italie, Espagne et Suède), ce programme combine un dispositif de surveillance de l'environnement (capteurs et détecteurs de fumée, de fuites de gaz et d'eau, etc.), des systèmes de surveillance de l'état de santé de la personne âgée et un dispositif d'alarme (détecteur de chutes).

Enfin, on observe dans la plupart des pays des formules de "répit" proposées aux aidants familiaux. Elles renvoient à une prise en charge temporaire de la personne âgée (un ou plusieurs jours), en établissement (structures d'accueil dites "de jour") ou à domicile (nombreuses formules souvent sur le modèle du "baluchonnage" québécois avec un intervenant extérieur qui assure à domicile une surveillance jour et nuit). L'enjeu majeur est d'assurer l'accessibilité de ces structures sur les plans financier et matériel, du fait des fortes disparités régionales observées dans tous les pays. Peuvent également être organisés des loisirs pour les aidants (Royaume-Uni avec la prestation loisir).

CONCLUSION La comparaison internationale menée dans le cadre de ce rapport permet de dégager plusieurs éléments transversaux.

- ▶ En termes de couverture du risque, la plupart des pays s'orientent aujourd'hui vers un "universalisme ciblé", s'appuyant sur des prestations dépendance universelles, susceptibles d'assurer un accès large et équitable à l'aide et aux soins, en les réservant aux personnes qui ont les besoins les plus élevés. Pour garantir la pérennité financière des différents systèmes nationaux, il convient d'articuler le niveau de besoins qui ouvre droit à une couverture socialisée, l'étendue des services compris et le montant de la participation restant à la charge de l'utilisateur.
- ▶ Dans la plupart des pays, l'organisation des systèmes de prise en charge repose sur l'échelon local (régions, municipalités) à la fois en matière de financement et d'organisation de l'offre de services et d'aides. Cela se traduit par de fortes disparités territoriales en termes d'accès à ces services, que ce soit en établissement ou à domicile. Néanmoins, l'échelon national joue un rôle de régulation dans de nombreux pays, en particulier pour améliorer la qualité de la prise en charge (définition de standards et de normes de qualité, contrôle, etc.).

- ▶ Le maintien à domicile est la solution officiellement privilégiée dans les différents pays, l'établissement médicalisé étant perçu comme la solution de dernier recours. Cela se traduit par des politiques d'offre de services à domicile, de diversification des lieux de vie et de soutien aux aidants familiaux, qui sont plus ou moins structurées.
- ▶ De nombreux pays proposent des aides pour adapter les logements existants et favorisent également la construction de logements donnant accès à une offre de services adaptés au grand âge.
- ▶ La plupart des pays développent des formes variées de soutien aux aidants familiaux (congés spécifiques, formes de compensation de pertes de revenu, mais aussi structures de répit, etc.). Dans le cadre des réflexions sur la qualité de la prise en charge au grand âge, l'intervention des aidants familiaux doit être envisagée en complémentarité avec celle des intervenants professionnels.
- ▶ La coordination reste un enjeu majeur des politiques de prise en charge de la dépendance : coordination de proximité, quand il s'agit de promouvoir une intervention cohérente de plusieurs professionnels auprès d'une personne âgée (par exemple *via* la mise en place de *care managers*), mais également coordination institutionnelle entre les différents acteurs impliqués (financeurs publics, assureurs privés, personnels médicaux, travailleurs sociaux, aidants, etc.), par exemple grâce à la création de guichets uniques.
- ▶ Le risque de perte d'autonomie des personnes âgées doit être anticipé en développant, d'une part, des programmes spécifiques visant à le prévenir, certains ayant déjà montré leur efficacité, et, d'autre part, des politiques de prévention plus transversales qui supposent d'intervenir dans de nombreux domaines, comme celui de la santé, mais également de l'emploi et du logement, tout au long de la vie. Si un consensus se dégage sur ce point dans tous les pays, les politiques concrètes restent difficiles à mettre en œuvre.



Virginie Gimbert et Guillaume Malochet,
département Questions sociales

[29] Pour une présentation synthétique, voir V. Gimbert (2009), "Les technologies pour l'autonomie : de nouvelles opportunités pour gérer la dépendance ?", *La note de veille*, n° 158, Centre d'analyse stratégique.

**“Les défis de l’accompagnement du grand âge.
Perspectives internationales pour éclairer
le débat national sur la dépendance”**

Rapport et Note de synthèse disponibles sur :

www.strategie.gouv.fr, rubrique publications



La Note de synthèse n° 229 -
juin 2011 est une publication
du Centre d'analyse stratégique

Directeur de la publication :
Vincent Chriqui, directeur général

Directeur de la rédaction :
Pierre-François Mourier,
directeur général adjoint

Secrétaire de rédaction :
Delphine Gorges

Service éditorial :
Olivier de Broca

Impression :
Centre d'analyse stratégique

Dépôt légal : juin 2011

N° ISSN : 1760-5733

Contact presse :

Jean-Michel Roullé, responsable
de la Communication

01 42 75 61 37 / 06 46 55 38 38

jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr

Le Centre d'analyse stratégique est une institution d'expertise et d'aide à la décision placée auprès du Premier ministre. Il a pour mission d'éclairer le gouvernement dans la définition et la mise en œuvre de ses orientations stratégiques en matière économique, sociale, environnementale et technologique. Il préfigure, à la demande du Premier ministre, les principales réformes gouvernementales. Il mène par ailleurs, de sa propre initiative, des études et analyses dans le cadre d'un programme de travail annuel. Il s'appuie sur un comité d'orientation qui comprend onze membres, dont deux députés et deux sénateurs et un membre du Conseil économique, social et environnemental. Il travaille en réseau avec les principaux conseils d'expertise et de concertation placés auprès du Premier ministre : le Conseil d'analyse économique, le Conseil d'analyse de la société, le Conseil d'orientation pour l'emploi, le Conseil d'orientation des retraites, le Haut Conseil à l'intégration.

www.strategie.gouv.fr