

Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Soziologie = Revue suisse de sociologie
= Swiss journal of sociology

Band: 32 (2006)

Heft: 3

Artikel: Prendre soin des personnes âgées dépendantes : le défi européen et le modèle français

Autor: Martin, Claude

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-814444>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 08.11.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Prendre soin des personnes âgées dépendantes : Le défi européen et le modèle français

Claude Martin*

« De toute manière, au-delà du possible et du souhaitable, le constat demeure : l'on ne peut pas ne pas être dépendant ; voilà le fait et la vérité de la condition humaine ... La dépendance est en somme l'une des bases du lien social. » (Albert Memmi)

Cette citation d'Albert Memmi (1979, 161 et 164) est là pour nous rappeler combien il peut être curieux, voire paradoxal, de prétendre « prendre en charge » la dépendance, puisqu'elle est un invariant de la condition humaine et un des fondements du lien social. Pour Memmi, la dépendance est le résultat de notre nature grégaire. Elle ne concerne donc pas seulement les personnes âgées, mais bien l'ensemble des individus au cours de leur existence, de la plus tendre enfance jusqu'à la mort.

Si nous proposons néanmoins d'évoquer la prise en charge des personnes âgées dépendantes en Europe, c'est bien dans la mesure où ce phénomène a été construit comme problème social et collectif, dans l'ensemble des pays développés et notamment dans les pays européens. On peut aisément repérer l'importance de cet enjeu ou mieux de ce problème public dans les productions de la commission européenne. Une des dernières manifestations en date est la rédaction d'un livre vert intitulé « Face aux changements démographiques, une nouvelle solidarité entre les générations » (mars 2005).

On peut d'ailleurs remarquer que tous les pays n'utilisent pas un lexique équivalent pour aborder ces questions. Plutôt que de recourir à cette complexe notion de « dépendance » pour parler des personnes âgées ayant besoin de soins, d'aide et de soutien dans leur vie quotidienne, certains d'entre eux préfèrent parler d'incapacités, de handicap, de mauvaise santé, de morbidité, de perte d'autonomie, etc. En outre, il est clair que l'on ne se réfère pas à un même univers sémantique lorsque l'on parle de « personne âgée dépendante » ou de *frail elderly people*. De même la notion de soin à domicile n'est pas l'exacte traduction de *home care*, pas plus que le domicile n'est la traduction du *home* anglais ou du *heim* allemand. Nous n'avons même pas en français d'équivalent de la notion de *care*, que l'on utilise aussi bien pour évoquer le *care about* et le *care of someone*, autrement dit pour signifier que « l'on s'occupe de

* Claude Martin, Directeur de recherche au CNRS, Centre de recherche sur l'action politique en Europe, UMR 6051, IEP de Rennes et Université de Rennes 1, ENSP Ecole nationale de la santé publique, Avenue du Pr. Léon Bernard, CS 74312, F-35043 Rennes Cedex, e-mail : cmartin@ensp.fr.

quelqu'un », que « l'on se soucie de son bien-être » ou que l'on aime quelqu'un. Ces écarts de terminologie ne sont pas anodins (Lesemann & Martin, 1993).

Malgré ces importantes nuances, nous proposons dans cet article de repérer les principaux arguments qui ont contribué à la construction de ce nouveau problème public, ainsi que les politiques qui ont été adoptées et mises en œuvre à l'échelle européenne, avant de nous pencher sur le cas français.

1 Les défis du vieillissement : la demande de soins de longue durée

La thématique du vieillissement d'une population n'est certes pas une nouveauté. Ce phénomène, apprécié diversement par le calcul d'un âge moyen ou, plus souvent, en comparant la part de la population dite « jeune » (moins de 20 ans par exemple) à la population dite « âgée » (les plus de 65 ans par exemple), dépend de deux variables principales : le niveau de fécondité, permettant ou non d'assurer le renouvellement des générations, et l'espérance de vie. L'évolution de ces deux indicateurs est appréciée différemment par les décideurs politiques. Une fécondité déclinante est perçue comme un risque et une régression, quand les gains d'espérance de vie sont présentés comme une conquête, même si les choses ne sont sans doute pas aussi dichotomiques. On peut en effet considérer qu'un nombre d'enfants plus limité et plus « maîtrisé » peut avoir la vertu de correspondre aux attentes des citoyen(ne)s, alors que les gains d'espérance de vie peuvent parallèlement s'accompagner d'une augmentation des incapacités et des handicaps.

Il est courant en France d'associer cette question du vieillissement au nom d'Alfred Sauvy qui a, dès ses projections démographiques de l'entre deux Guerres, annoncé l'importance de ce phénomène, dû à ce moment-là principalement au déficit démographique (Sauvy, 1966). Si les données sont bien différentes aujourd'hui, elles prennent une nouvelle ampleur du fait de l'intégration européenne et des transitions démographiques qu'ont connues les différents Etats membres.

Le faible niveau de fécondité en Europe (1,5 enfant en moyenne par femme à comparer à 2 aux USA), et tout particulièrement dans un certain nombre de pays dont la fécondité est inférieure ou égale à 1,3¹, associé au non renouvellement des générations, contribue au vieillissement global de la population européenne (voir tableau 1). Il en est de même pour les gains d'espérance de vie : plus de la moitié des 25 Etats membres ont actuellement une espérance de vie à la naissance supérieure à 80 ans pour les femmes et à 75 ans pour les hommes et cette espérance de vie continue de progresser. Dans la « vieille Europe », ce « gain » serait approximativement de deux à trois mois par an. Certes, les pays européens « vieillissent » à des rythmes différents : l'Italie, l'Espagne, l'Allemagne, la Grèce ou la Suède « vieilliraient » plus rapidement

1 Ces pays appartiennent aussi bien à la « vieille Europe » (comme l'Allemagne ou l'Autriche), à l'Europe du sud (Espagne, Italie et Grèce) qu'aux nouveaux Etats membres.

que la France ou l'Irlande. Mais quoiqu'il en soit de ce rythme du vieillissement, les experts d'Eurostat indiquent que d'ici à 2010, le nombre des personnes âgées de plus de 65 ans aura doublé par rapport à ce qu'il était en 1960, passant de 34 à 69 millions d'individus, produisant un déséquilibre croissant en termes de poids de certaines classes d'âge par rapport à d'autres.

Tableau 1 : Indice conjoncturel de fécondité et espérance de vie à la naissance dans l'UE 25 (source Eurostat)

	Indic. conj. Fécondité (2005)	Espérance de vie en année (2004)	
		hommes	Femmes
Pays UE 15			
Bel	1.72	75.9	81.7
Dan	1.80	75.4	80.1
All	1.34	76.5	82.1
Gr	1.28	76.6	81.4
Esp	1.34	77.2	83.8
Fr	1.94	76.7	83.8
Irl	1.88	76.4	81.2
Ita	1.34	76.8	82.5
Lux.	1.70	76.0	82.2
P-B	1.73	76.9	81.4
Aut	1.41	76.4	82.1
Por	1.40	74.9	81.4
Fin	1.80	75.3	82.2
Sue	1.77	78.3	82.6
R-U	1.80	76.2	80.7
Nouveaux Etats			
Chypre	1.42	76.6	81.7
Rep. Tchèque	1.28	72.6	79.2
Estonie	1.50	66.0	76.9
Hongrie	1.32	68.7	77.2
Lettonie	1.31	65.9	76.2
Lituanie	1.27	66.3	77.7
Malte	1.37	76.7	80.7
Pologne	1.24	70.6	79.2
Rep. Slovaque	1.25	70.3	78.0
Slovénie	1.26	73.5	80.7
Pays candidats intégrés en 2007			
Bulgarie	1.31	/	/
Roumanie	1.32	/	/
UE à 25	1.52	75.1	81.2
UE à 12 (zone euro)	1.52	/	/

Cette thématique du vieillissement de l'Europe suscite nombre de controverses et d'inquiétudes en termes d'action publique. Outre la crainte d'une réduction de la population européenne dans les prochaines décennies, celle d'un repli conservateur lié à ce poids des « seniors » dans la population générale ou le spectre d'une « guerre des âges » du fait des inéquités entre générations², l'inquiétude des pouvoirs publics s'est focalisée sur deux problèmes : l'équilibre des régimes de retraite, d'une part ; la prise en charge des personnes très âgées, d'autre part.

Un indicateur publié dans tous les rapports d'Eurostat : « le taux de dépendance des personnes âgées » ou *old age dependency ratio* témoigne de ce premier risque associé au vieillissement. Ce taux, qui rapporte la population âgée de 65 ans et plus en pourcentage de la population en âge de travailler (les 15 à 64 ans), ne cesse de progresser. Il est passé de 22,7 en 1994 à 25 en 2003 pour l'Europe des 15 (de 21,8 à 24,1 pour l'UE25) et pourrait atteindre 27,3 en 2010 (UE15). Mais la progression de cet indicateur est beaucoup plus importante pour certains pays comme l'Allemagne (de 22,2 en 1994 à 30,3 en 2010 soit + 8,1), l'Italie (de 23,5 à 31,3 soit + 7,8), la Grèce (de 22,2 à 29,2 soit + 7) ou l'Espagne (de 21,8 à 26,8 soit + 5), alors qu'il régresse dans un pays comme l'Irlande de 18 en 1994 à 17,3 en 2010. Si l'on se réfère au taux de dépendance total, c'est-à-dire le rapport entre l'ensemble de la population « dépendante » des autres actifs (de 0 à 14 ans et de 65 ans et plus) et la population en âge de travailler (15–64 ans), la situation semble plus inquiétante encore : ce taux passerait de 49% en 2005 à 66% en 2030 pour l'Europe des 15. Autrement dit, un tiers de la population de la vieille Europe devrait, par son travail, « porter » les deux autres tiers.

Mais ce phénomène suscite une deuxième inquiétude, tout aussi centrale, concernant la progression plus rapide encore du nombre des personnes très âgées : les 80 ans et plus. Leur nombre devrait, toujours d'après Eurostat, augmenter de 50% d'ici à 2010–2015 pour atteindre environ 20 millions d'individus et cette progression va continuer de s'accélérer. Eurostat estime que, d'ici à 2050, l'augmentation du nombre des personnes âgées de 80 ans et plus pourrait être de 180%, soit 34 millions d'individus de plus par rapport à aujourd'hui. Cet accroissement de la population des personnes très âgées pose le problème de la demande de soins et d'aide quotidienne, du fait des risques d'incapacités et de handicaps qui augmentent avec l'âge.

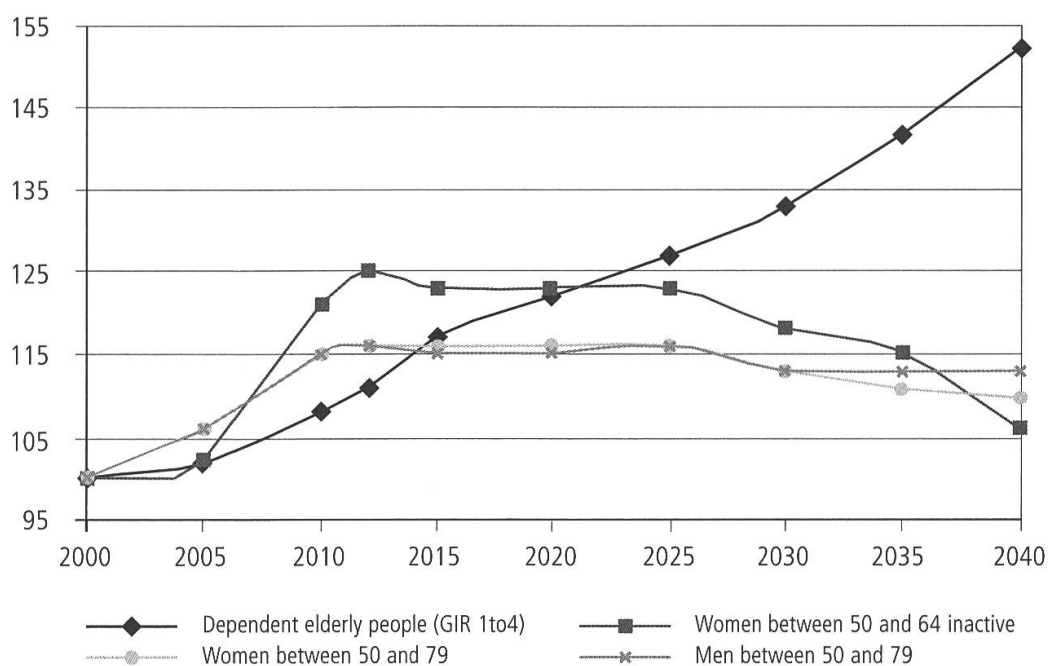
C'est précisément cette augmentation de la demande de soins qui est perçue comme un enjeu majeur d'action publique et ce pour deux raisons. Non seulement le besoin de soutien et d'aide quotidienne des personnes âgées va augmenter de façon exponentielle dans les décennies à venir, mais de plus, l'offre de soins, d'aide et de soutien fournie par les proches va tendre à diminuer, ce que les experts qualifient de *care deficit*. En effet, dans la société de croissance de l'Après-Guerre, la quasi-totalité

2 Cette thématique est considérablement plus développée en Amérique du Nord, mais elle donne lieu à des recommandations importantes visant à la définition d'une politique des générations de façon à garantir cette équité (voir en particulier Chauvel, 2002)

de l'aide aux personnes âgées souffrant d'incapacités ou de handicaps était assurée par des membres de la famille, des proches: le plus souvent des femmes, épouses, filles et brus. La participation accrue des femmes au marché du travail, d'une part, et l'instabilité des ménages qui complexifient et démultiplient potentiellement le nombre des personnes âgées apparentées, d'autre part, rendraient les femmes moins disponibles pour ce travail de soin non rémunéré.

A titre d'exemple, certains experts tentent d'évaluer ce *care deficit* en comparant l'évolution de la demande potentielle (nombre de personnes âgées dépendantes) à celle de l'offre potentielle de soins profanes (nombre de femmes inactives de plus de 55 ans, susceptibles d'avoir un parent ou beau-parent dépendant) (voir figure 1).

Figure 1 : Evolution du nombre de personnes âgées dépendantes et des carers potentiels en France (2000 = base 100)



Source: INSEE; HID, DREES calculations

Dans cette figure correspondant au cas français, on constate ainsi que le nombre de femmes inactives entre 50 et 64 ans va augmenter neuf fois moins vite entre 2000 et 2040 que le nombre de personnes âgées dépendantes, au sens de la grille (AGGIR) qui permet en France d'évaluer le niveau de dépendance. Ce genre d'évaluation est bien sûr tout à fait discutable, non seulement parce qu'elle reprend à son compte le postulat que les femmes inactives sont a priori toutes désignées pour rendre ce type de service, mais aussi parce que l'on évalue la demande et l'offre de soins futurs « toutes

choses égales par ailleurs», c'est-à-dire sans tenir compte de nombreux éléments susceptibles d'évoluer, comme la durée du temps de travail, le développement de nouvelles formes de protection, comme des assurances publiques ou privées, l'évolution des normes sociales en matière de division des rôles des sexes, etc. Mais même si une telle projection ne peut rendre compte d'une réalité sociale à venir, elle contribue à souligner l'urgence de formuler des réponses collectives pour faire face à ce ciseau entre demande et offre.

Tableau 2 : Participation au marché du travail, chômage et niveau de temps partiel dans l'Europe des 15 en 2003

Pays	Taux de participation au marché du travail ¹⁾			Taux de chômage ²⁾			Taux de travail à temps partiel ³⁾		
	Femmes (en%)	Hommes (en %)	Différence entre les genres (femmes – hommes [en %])	Femmes (en %)	Hommes (en %)	Différence entre les genres (en %)	Femmes (en %)	Hommes (en %)	Différences entre les genres (en %)
SW	76.9	80.8	-3.9	5.3	6.4	-1.1	20.6	7.9	12.7
DK	74.8	84.0	-9.2	5.8	5.2	0.6	21.9	10.5	11.4
FIN	72.1	76.1	-4.0	8.9	9.3	-0.4	15.0	8.0	7.0
UK	69.2	83.9	-14.7	4.1	5.5	-1.4	40.1	9.6	30.5
NL	68.4	84.2	-15.8	3.8	3.5	0.3	59.6	14.8	44.8
PT	65.6	78.5	-12.9	7.7	5.9	1.8	14.9	5.9	9.0
GER	64.5	78.0	-13.5	8.9	9.7	-0.8	36.3	5.9	30.4
AUT	63.9	79.4	-15.5	4.3	5.1	-0.8	26.1	3.2	22.9
FR	62.5	73.8	-11.3	10.4	8.3	2.1	22.8	4.7	18.1
IRL	57.6	78.3	-20.7	3.9	4.9	-1.0	34.7	8.1	26.6
BEL	55.8	72.6	-16.8	8.0	7.5	0.5	33.4	5.9	27.5
ESP	55.7	81.1	-25.4	16.0	8.2	7.8	16.5	2.5	14.0
LUX	53.5	77.0	-23.5	3.6	1.9	1.7	28.1	2.3	25.8
GR	51.0	77.0	-26.0	13.8	5.9	7.9	9.9	2.9	7.0
IT	48.3	74.8	-26.5	11.7	6.8	4.9	23.6	4.9	18.7
EU 15	61.3	79.2	-17.9	8.6	7.2	1.4	30.1	6.3	23.8

Notes : ¹⁾ Participation au marché du travail en % de la population de 15 à 64 ans; ²⁾ chômeurs en % des actifs; ³⁾ travailleurs à temps partiel en % des personnes occupées (Source : OCDE : Employment outlook 2004, Paris).

L'intensité de ce problème de *care deficit* est étroitement liée à l'évolution du contrat de genre dans les pays de l'UE. En effet, il est manifeste que la place des femmes sur le marché du travail est loin d'être uniforme au sein de ces Etats (voir tableau 2). Si

l'écart entre les taux de participation des hommes et des femmes sur le marché du travail était de 4 points en Suède ou en Finlande en 2003, il était de 26 points en Italie ou en Grèce. Et ces écarts se retrouvent lorsque l'on aborde les taux de chômage respectifs des hommes et des femmes ou encore le taux de travail à temps partiel. En revanche, il semble que l'UE soit plus uniforme quant à la division du travail domestique et de soins. Les enquêtes « emploi du temps » confirment à l'échelle européenne que les femmes assument toujours nettement plus que les hommes ce travail non rémunéré, même si des différences sensibles séparent une fois encore pays d'Europe du nord et du sud.

2 Les grands types de politiques de soins de longue durée en Europe selon les régimes de Welfare

Ces informations, basées sur des moyennes nationales et sur des données et projections statistiques réunies à l'échelle européenne, permettent de comprendre de quelle manière la définition d'une politique de prise en charge de la dépendance des personnes âgées est devenue une priorité politique. Une fois admise cette priorité partagée, plusieurs problèmes se posent à l'ensemble de ces pays pour parvenir à définir une politique publique :

Comment évaluer la dépendance ? En effet, il n'existe pas encore de consensus international sur la meilleure manière d'évaluer la dépendance des personnes âgées. Certains pays, comme la France, ont adopté, non sans controverses et critiques, une grille nationale unique ; d'autres laissent le soin aux professionnels de terrain de faire le choix de la grille qui leur semble la plus adaptée (c'est par exemple le cas de la Suède).

Si la dépendance est conçue comme un risque, celui-ci est-il assurable ? Le « risque dépendance » est manifestement difficilement assurable, tout au moins dans une logique d'assurance privée (Bouget, 2003). L'incitation à s'assurer augmente avec l'âge, mais le prix de l'assurance augmente également (d'après le phénomène de la sélection adverse). Whynes en 1996 estimait pour la situation au Royaume-Uni que le montant de la cotisation à 50 ans serait près de 4 fois plus élevé qu'à 20 ans et que le coût d'une telle assurance débutant à 40 ans représenterait déjà près de 10% du revenu moyen individuel. De ce fait, Wiener et al. (1994) estiment pour leur part que seulement 10 à 20% maximum des personnes âgées sont en mesure de financer une assurance privée aux Etats-Unis. Quoiqu'il en soit, à l'échelle européenne, ce marché des assurances privées est encore très limité.

Comment financer cette politique et quelles articulations prévoir entre le national et le local, entre le sanitaire et le social ? Les insuffisances des financements privés de couverture de ce risque ont fait que la plupart des pays européens ont tenté de promouvoir une prise en charge collective, complétant l'aide informelle

et intergénérationnelle des familles. Pour autant, dans une majorité de pays, la priorité reste de confier cette tâche aux familles et de renforcer leurs responsabilités pour éviter ces coûts sociaux supplémentaires. Dans d'autres, l'aide informelle est considérée comme subsidiaire à une offre de services publics gérés localement (les pays scandinaves).

Les arbitrages à effectuer sont donc nombreux. Comment financer : par une nouvelle cotisation, par l'impôt ; comment articuler la contribution des différents dispositifs de protection sociale et en particulier le rôle respectif de l'assurance maladie et du système de santé et des politiques sociales ? Faudra-t-il privilégier les aides en nature ou des prestations monétaires ? Faut-il mieux verser ces prestations aux personnes âgées ou à leur aidant familial ? Faut-il appliquer des critères de ressources pour concentrer l'aide sur les plus démunis dans une logique d'assistance sociale ? Quel rôle faut-il laisser à la parenté ? Quelle place laisser à l'obligation alimentaire ?

Avant d'aborder les différences entre les dispositifs nationaux, adoptés et mis en œuvre à l'échelle européenne, nous pouvons souligner quelques grands principes communs qui structurent ces politiques.

Une organisation territoriale. Quels que soient les systèmes de protection sociale, la dépendance ou la perte d'autonomie des personnes âgées sont envisagées à une échelle territoriale limitée, de manière à rester au plus près de la manifestation des besoins. Les échelles territoriales d'organisation varient bien sûr selon les pays (communes, départements, régions), mais l'idée d'une « gestion de près », si l'on peut dire, domine l'ensemble de ces politiques nationales.

Dans tous ces pays, la prise en charge de la dépendance suppose de combiner offre de soins médicaux et paramédicaux et offre de services sociaux : combiner le *health* et le *social care*, le *cure*, le *care* et le *help*, le social et le sanitaire. L'articulation entre santé et social est cependant plus ou moins bien conçue. Elle se manifeste en particulier par la multiplicité des intervenants, au sein desquels dominent encore nettement les médecins et l'approche bio-médicale et curative.

De même, on retrouve partout une tendance à privilégier l'aide à domicile aux dépens de la prise en charge en institution. Ce redéploiement de l'aide vers le domicile, le *home care* ou *community care*, a été amorcé dès les années 1970, pour éviter à la fois l'hospitalisme ou les effets négatifs des prises en charge institutionnelles (sans compter l'effet très négatif joué par l'image des hospices et des mouiroirs), et pour réduire les coûts.

En somme, on constate partout une prédominance de la logique du besoin. Les besoins d'aide et de soins dans les cas de perte d'autonomie sont extrêmement variables et instables. Il faut pouvoir ajuster au plus près de l'individu. D'où une très profonde tendance à l'individualisation, que ce soit au niveau de l'évaluation du besoin d'aide ou à celui de la définition de l'offre de services. On passe ainsi d'une logique du « prêt-à-porter » (des prestations et des services uniformes) à celle du « sur-mesure » (à chacun sa prise en charge). Mais cette individualisation n'empêche pas

que l'offre locale de services surdétermine souvent la définition même des besoins, au risque d'importantes disparités territoriales.

Malgré ces principes fédérateurs permettant de penser une politique dans ce domaine, d'importants écarts sont manifestement liés aux différences des systèmes de protection sociale à l'échelle européenne. On retrouve donc dans ce secteur comme dans d'autres les différences liées aux « régimes de Welfare », pour reprendre l'expression consacrée proposée par Gosta Esping-Anderson (1990).

Ces systèmes ont plus ou moins de capacités d'adaptation et ont permis plus ou moins facilement d'intégrer ce nouveau risque. Dans la littérature, il est fréquent désormais de distinguer au moins 4 systèmes de protection sociale (auquel on ajoute désormais les systèmes des pays de l'Est de l'Europe des 25). Les 4 principaux types qui s'imposent le plus souvent dans la littérature renvoient aux différences de finalité, de mode de financement principal, d'impact en terme de démarchandisation de la force de travail ou de défamilialisation des tâches non rémunérées (Lister, 1994).

Du fait de la force ou de l'inertie de ces régimes de welfare, le risque dépendance est abordé de manière bien différente. On évoque pour en rendre compte la notion de « dépendance au chemin » ou de « path dependency », l'idée étant que les choix initiaux en matière de protection sociale surdéterminent les possibilités de réponse à ce nouveau risque.

On peut donc distinguer 4 principaux types de réponse, correspondant à ces quatre régimes (voir tableau 3) :

Dans le modèle libéral: le principe dominant de solidarité est le marché, pour préserver la responsabilité individuelle, auquel s'ajoute la solidarité familiale, complétés par l'assistance pour les plus pauvres, avec une forte stigmatisation. Les personnes âgées qui en ont la possibilité peuvent se protéger contre ce risque en recourant à la désépargne (la vente de son patrimoine immobilier principalement) et à l'assurance privée.

Dans le modèle familialiste des pays du sud de l'Europe, la famille reste le principe de solidarité privilégié, avec une obligation alimentaire qui pèse sur de larges pans du système de parenté. Les réponses complémentaires à cette aide de la parenté sont initiées au plan local, de manière très inégalitaire, principalement au niveau du tiers secteur et de l'action sociale bénévole.

Dans le modèle corporatiste, le principe dominant est la solidarité professionnelle, visant à donner au travailleur et à sa famille un niveau de vie et de rémunération indexé sur ses revenus antérieurs. La dépendance peut alors être conçue comme un nouveau « risque social » pouvant donner lieu à une nouvelle assurance sociale, financée par une nouvelle cotisation et gérée dans le cadre du pacte social paritariste par les employeurs et les employés. La difficulté réside ici principalement dans la déconnexion entre le risque dépendance et les situations de travail. Le besoin de soin de longue durée se fait en général ressentir longtemps après la fin de l'activité professionnelle, ce qui pose des problèmes par rapport à la logique de ce

système. Pour autant, ce modèle a été adopté avec d'importantes nuances aussi bien en Allemagne qu'au Luxembourg.

Dans le modèle social démocrate, le principe de solidarité repose sur la promotion pour chaque citoyen de droits sociaux à un ensemble de services publics permettant de faire face à ces situations de dépendance. Le financement est assuré par des impôts nationaux et locaux, gérés au plan des municipalités et donnant accès à des prestations de soins et d'aide en nature.

Tableau 3 : Les politiques de « Long Term Care » selon les régimes d'Etat-providence

Les politiques de « Long term care » selon les régimes d'Etat-providence	Libéral	Familialiste et clientéliste	Corporatiste	Socio-démocrate
Principes dominant de solidarité	Le marché	La famille	La corporation professionnelle	La citoyenneté
Finalité du système	Garantir la couverture des besoins par le marché et la solidarité familiale	Définir localement des services complémentaires à la famille	Garantir au travailleur et à sa famille un niveau de vie sur la base de ses ressources antérieures	Promotion de la citoyenneté sociale en définissant des droits sociaux universels
Principes de fonctionnement	Responsabilité individuelle	Obligation alimentaire, solidarité familiale	Contributivité des travailleurs et assistance pour les non travailleurs	Egalité d'accès à des services collectifs décentralisés
Mode de financement	Ressources de la personne âgée (désépargne) et de sa famille et assurance privée	Ressource de la personne âgée plus obligation alimentaire élargie et assistance	Cotisation obligatoire	Impôts nationaux et locaux
Offre de services	Dominée par industrie privée de services	Tiers secteur avec importantes inégalités territoriales	Essentiellement tiers secteur et marginalement marché	Services publics et prestations en nature

Ces typologies ou « régimes de Welfare » se révèlent à la fois un atout et un obstacle à la compréhension de ces politiques. Un atout, dans la mesure où l'on peut, grâce à ces idéaux-type, identifier les principales options possibles en matière de conception de ces politiques sociales. Mais un obstacle aussi, lorsque ces modèles, conçus comme

un moyen de se représenter des choix fondamentaux, fonctionnent comme un véritable « prêt-à-penser ». Si ces idéaux-types sont d'une évidente pertinence pour comprendre ce que représentent les systèmes de protection sociale dans différentes sociétés développées, en termes de projet de société, de conception du rôle de l'Etat, de pacte social, d'agencement ou de compromis politiques, etc., ils peuvent aussi finir par nous masquer plusieurs phénomènes absolument cruciaux lorsque l'on aborde ces politiques sociales spécifiques : premièrement, leur instabilité et donc le fait que les formules adoptées évoluent rapidement, même si ce peut être dans le cadre d'une trajectoire donnée ; deuxièmement, les disparités territoriales qui font que l'échelle nationale est bien peu adaptée à une analyse de ce que recouvrent précisément ces dispositifs (Tester, 1999, pour un exemple de comparaisons territoriales voir Le Bihan & Martin, 2006) ; troisièmement, les variations importantes dans la compréhension de ces politiques en fonction des classes sociales concernées, du genre, ou des liens avec des questions d'immigration, de marché du travail, etc.

On voit donc que malgré un certain nombre de points communs apparents et une gamme de services relativement analogues dans chaque pays, la conception de cette politique s'inscrit dans la logique qui prévalait antérieurement. A cet égard, le cas français est intéressant, car la politique dépendance y a été définie de manière très progressive et débouche sur un dispositif relativement original et assez intermédiaire entre ces différents idéaux-type.

3 La définition de la politique de prise en charge de la dépendance des personnes âgées en France : un processus original

Le dispositif français comprend, dès le départ, deux principaux volets : un volet assurantiel avec le rôle de l'assurance maladie, ce qui n'est pas sans poser de problèmes du fait de la nature quasi permanente ou en tous les cas de longue durée, des besoins de soins de ces personnes âgées en perte d'autonomie, et un volet relevant de l'action sociale. C'est au niveau de ce second volet que des réformes importantes ont eu lieu au cours des dix dernières années.

On peut distinguer quatre principales phases dans le processus de définition de la politique française : La première étape (phase d'expertise) a consisté en un long arbitrage, une phase d'indécision politique, au cours de laquelle ont été commandés un grand nombre de rapports d'experts et formulés plusieurs projets de loi. La difficulté principale résidait alors dans l'évaluation du coût d'une telle politique, elle-même étroitement liée à l'évaluation du nombre de personnes âgées dépendantes. Il faudra attendre la fin des années 1990 pour que la première enquête nationale fournisse cette évaluation, avec l'enquête « Handicap – Incapacité – Dépendance » de l'INSEE (voir tableau 4).

Tableau 4 : Nombre de personnes âgées dépendantes en France
(source HID 1999) (en milliers)

	domicile	Institutions	Ensemble
GIR 1	22	47	69
GIR 2	133	129	262
GIR 3	137	64	201
de GIR 1 à 3	292	240	532
GIR 4	232	32	264
de GIR 1 à 4	524	272	796
GIR 5	346	44	390
GIR 6	10692	163	10855
GIR inconnu	24	21	43
Ensemble des 60 et +	11586	498	12084

Source : INSEE, HID, calculs DREES (Kerjosse, 2003).

En 1995, est engagée une nouvelle étape avec l'expérimentation dans 12 départements d'un dispositif dont les grandes lignes sont fixées par l'Etat, mais dont la mise en œuvre est confiée à ces collectivités locales. Le but est à la fois d'expérimenter et d'évaluer ces dispositifs, avant d'envisager leur généralisation sur l'ensemble du territoire.

En 1997, et avant même que les résultats de ces évaluations aient été rendus publics, sera adoptée une loi généralisant le dispositif de la Prestation spécifique dépendance (PSD) à l'ensemble du territoire. Ce dispositif d'aide sociale, très minimaliste, donnera lieu à de très vives critiques dans les milieux professionnels. Il sera mis en œuvre entre janvier 1997 et janvier 2002, pour ne concerner au total que 150 000 bénéficiaires, soit environ 15% des besoins (pour plus de détails, voir Frinault, 2003).

Pour faire suite à ces critiques, le gouvernement Jospin fera adopter en 2002 une nouvelle loi créant l'Allocation personnalisée à l'autonomie (APA), un dispositif qui va connaître un très rapide succès et permettre d'offrir une réponse à l'essentiel de la population des personnes âgées dépendantes, soit plus de 900,000 bénéficiaires. Entre janvier 2002 et juin 2003, près de 1,4 million de personnes avaient fait une demande d'APA et 723,000 avaient reçu la prestation. En janvier 2006, on dénombrait 938,000 bénéficiaires, dont 59% vivaient à domicile, avec un montant moyen mensuel de 481 euros.

La politique française apparaît aujourd'hui comme un habile compromis : ni assistance, ni assurance, ni dispositif universel, ce qui la rend difficilement classable dans les typologies évoquées précédemment (Le Bihan et Martin, 2007). En effet, le dispositif français n'est plus une politique d'assistance, réservée aux plus pauvres et aux plus dépendants (plus de récupération sur successions). Il n'est pas non plus un système assurantiel obligatoire donnant lieu à une cotisation et à la création d'une nouvelle branche de la sécurité sociale, ni tout à fait un système universel comme dans les pays scandinaves.

Un pas supplémentaire a cependant été franchi en direction du système assurantiel en août 2003, suite à la catastrophe de la canicule qui aurait provoqué le décès de près de 15000 personnes âgées. Mais, contrairement aux propos tenus par certains acteurs politiques et dans les médias, il ne s'agit pas d'une nouvelle branche de la sécurité sociale, ni d'un dispositif géré par les partenaires sociaux, mais d'un compromis entre assurance, impôt affecté et action sociale locale, avec un pilotage qui demeure celui des conseils généraux des départements. La résistance des salariés qui s'est manifestée à l'occasion de la journée du lundi de Pentecôte, qui devait être travaillée en mai dernier pour contribuer au financement de la politique dépendance, montre que cet épisode est loin d'être clos et que les acteurs politiques n'en sont certainement pas à leur dernière réforme dans ce domaine.

4 Conclusion

La compréhension et la comparaison de ces nouvelles politiques sociales à l'échelle européenne nécessitent de dépasser le niveau des typologies d'Etat-providence. Pour aller plus loin, il faut aussi s'intéresser au niveau méso (de la mise en œuvre locale) et micro (des relations de *care*). Il faut en somme distinguer le niveau de la régulation politique de celui de la régulation domestique. Une des questions-clé ou l'un des défis pour la recherche en sciences sociales est de comprendre les formes contemporaines du « prendre soin », ou de la sollicitude, c'est-à-dire la manière dont évolue le souci de l'autre. A ce niveau se manifeste toute une série de normes.

On ne peut donc se limiter à une analyse des politiques publiques. En effet cette analyse des dispositifs ne permet pas de rendre compte des pratiques sociales et de ce qui les détermine. On ne peut en effet aborder la question du *care* ou celle de la sollicitude sans en passer par une analyse des pratiques de *care* et des discours et rationalisations des acteurs en situation. Les individus structurent en effet leurs valeurs en agissant et en interagissant. Les pratiques de soins mobilisent toutes sortes de considérations morales sur ce qui est bien ou mal, ce qui doit ou ne doit pas être fait. Les individus agissent donc en fonction de toute une série de « raisons », plus ou moins maîtrisées : pour certains, il s'agit de respecter une obligation, une prescription sociale ; pour d'autres d'un sacrifice fondé sur un sentiment de dette ;

pour d'autres il s'agit de faire ce qui doit être fait ; pour d'autres encore, il peut s'agir en prenant l'autre en charge de lui signifier sa dépendance, sa faiblesse et donc sa position de dominé, etc.

La notion de *care* est par essence ambivalente : elle véhicule toute une série de notions comme la compassion, l'attention, l'empathie, la confiance, mais elle peut aussi être le résultat de l'absence de confiance, de la culpabilité ou de la volonté de domination. Le travail du sociologue et ses méthodes sont alors particulièrement utiles pour se pencher sur le point de vue des acteurs en situation.

Une autre partie nécessaire du travail scientifique sur ces questions consiste donc à analyser et à comprendre en situation et grâce au discours des acteurs impliqués dans des relations de sollicitude et de *care*, la manière dont ils expliquent et s'expliquent leurs pratiques, ce qui les conduit à agir de telle ou telle manière, que ce soit comme pourvoyeur ou comme récipiendaire de l'aide et du *care*. Ce type d'analyse est indispensable pour compléter l'analyse des messages normatifs identifiables dans les législations, les dispositifs, les réformes et les systèmes de *care*.

La diversité de ces valeurs et situations sont aussi un moyen de tenter de rendre intelligibles les relations entre contraintes et arbitrages, déterminations et choix, et de lier ces variations à un certain nombre de conditions, conditions sociales, de genre, type de contraintes, histoire familiale, trajectoire sociale, etc. Pour toutes ces raisons, il nous semble que la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées est un enjeu pour les sciences sociales et pour la compréhension de nos sociétés contemporaines ; un analyseur des liens sociaux et politiques.

5 Références bibliographiques

- Bouget, D. (2003), « Vieillesse, dépendance et protection sociale en Europe », in C. Martin (ed), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?* Rennes: Presses universitaires de Rennes, 271–292.
- Chauvel, L. (2002), *Le destin des générations*, Paris : PUF.
- Commission européenne (2005), *Face aux changements démographiques, une nouvelle solidarité entre générations*, DG emploi, affaires sociales.
- Esping-Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, London : Polity Press.
- Frinaut, T. (2003), *Action publique et transformations des modes de socialisation de la vieillesse. Les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes*. Thèse de science politique, sous la direction de P. Hassenteufel et C. Martin, Université de Rennes 1.
- Le Bihan, B. et C. Martin (2006a), « A Comparative Case Study of Care Systems for Frail Elderly People: Germany, Spain, France, Italy, United Kingdom and Sweden », *Social Policy and Administration*, vol. 40, n° 1, 26–46.
- Le Bihan, B. et C. Martin (2007), Cash for Care: in the French Welfare State: A skilful Compromise, in: C. Ungerson et S. Yeandle (éd.), *Cash for Care in Developed Welfare States*, Basingstoke: Palgrave, 32–59.

- Lesemann, F. et C. Martin (dir) (1993), *Les personnes âgées. Dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*, Paris : La Documentation Française.
- Lister, R. (1994), "She has other duties" – Women, citizenship and social security, in : S. Baldwin and J. Falkingham (eds), *Social Security and Social Change*, Harvester Wheatsheaf, 31–44.
- Martin, C. (dir) (2003), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?* Rennes : Presses universitaires.
- Memmi, A. (1979), *La dépendance*, Paris : Gallimard.
- Memmi, A. (2005), *L'individu face à ses dépendances. Entretiens avec C. Pont-Humbert*, Paris : Vuibert.
- OECD (2005), *Long-Term Care for Older People*, OECD, July 2005.
- Sauvy, A. (1966), *Théorie générale de la population. Volume II. La vie des populations*, Paris : PUF.
- Tester, S. (1999), Comparative Approaches to Long-term Care, in Jochen Clasen (éd), *Comparative Social Policies. Concepts, Theories and Methods*, Oxford : Blackwell.
- Whynes, D. K. (1996), The Provision and Finance of Long-term Care in the United Kingdom, *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, vol. 21, n° 79, avril, 271–283.
- Wiener, J.; Illston L. H. and Hanley R. J. (1994), *Sharing the Burden; Strategies for Public and Private Long-Term Care Insurance*, WashingtonDC : The Brookings Institution.

