La prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile en France et au Japon : quelles différences ?

Karine ISHII [1]

Avec le vieillissement de la population, les pouvoirs publics des pays industrialisés sont confrontés à la question de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. En 1997, la France a mis en place une prestation spécifique dépendance (PSD), tandis que le Japon adoptait une assurance dépendance obligatoire qui est appliquée depuis avril 2000. Cet article met en exergue les similitudes et les divergences de la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile dans ces deux pays en se plaçant du point de vue de l'usager. Le travail comparatif s'appuie d'une part sur des entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels de la santé et du social et d'autre part sur un projet des cas-types. L'étude montre un système de prise en charge japonais particulièrement standardisé, aussi bien dans le processus d'évaluation que dans la composition des aides. Le système français, moins standardisé, semble accorder une plus grande importance aux inégalités de ressources.

Si la croissance de la part des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population a soulevé de nombreuses interrogations au sujet des retraites et des dépenses de santé, celle des personnes âgées de 80 ans et plus prévue dans les prochaines décennies entraîne de nombreuses problématiques liées à la dépendance. En effet, la dépendance, définie comme le besoin d'aide des personnes âgées à accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne, progresse avec l'âge et augmente particulièrement à partir de 80 ans (Duée, Rebillard, 2006).

1. Doctorante, Paris Sciences et Lettres (PSL), Université Paris-Dauphine, Laboratoire d'Économie de Dauphine (LEDa), Économie de la mondialisation et du développement (DIAL)-Économie de la santé et de la protection sociale (LEGOS) (karine.ishii@dauphine.fr). L'auteur tient à remercier Maylis Bolze, Anne-Marie Laumay, Michèle Borlet, Tsukasa Yamaguchi, Masayuki Ochi et Naomi Ookubo pour leur participation au projet des cas-types ainsi que les professeurs John Creighton Campbell, Junichi Hisazuka, Blanche Le Bihan-Youinou, et Yayoi Saito pour leurs précieux conseils. Ce travail provient d'une étude réalisée pour l'Agence d'objectifs de la CFE-CGC (Ishii, 2013) disponible sur : http://www.ires.fr/images/files/EtudesAO/CFECGC/Rapport__CFECGC_personnes_agees_prises_en_charge_France_japon_2013.pdf.

À l'heure actuelle, quel que soit le pays, la prise en charge de la dépendance repose fortement sur l'aide informelle apportée par les enfants adultes (jeunes seniors de 50 à 65 ans), dont une majorité de femmes (Colombo, Llena-Nozal, Mercier *et al.*, 2011). Or, d'une part le nombre de seniors de 50 à 65 ans augmente moins rapidement que celui des personnes âgées de 80 ans et plus, d'autre part la participation des femmes sur le marché du travail, et notamment celle des femmes âgées, tend à croître. Le taux d'emploi des femmes âgées de 55 à 64 ans des pays de l'OCDE est passé de 41,7 % en 2005 à 45,4 % en 2010. La demande d'aide de soins et d'aide quotidienne devrait ainsi croître alors que le stock d'aide informelle devrait diminuer, augmentant la probabilité pour de nombreux pays de l'OCDE de se retrouver dans une situation de *Care deficit*.

Le cas japonais est particulièrement préoccupant car il est marqué par un niveau de vieillissement démographique encore jamais atteint. Si le processus de vieillissement a commencé plus tard qu'en France, il s'est en revanche effectué à un rythme extrêmement élevé. Depuis le début des années 2000, le Japon est le pays où le vieillissement est le plus avancé et son avance sur le reste du monde devrait se maintenir au cours des prochaines décennies. En 2010, la part des personnes âgées de 65 ans et plus représentait 23 % de la population japonaise, contre 18 % en Europe de l'Ouest et 13 % en Amérique du Nord. Face à cette évolution, les pouvoirs publics ont progressivement mis en place des mesures visant à intégrer la question de la dépendance dans le périmètre des politiques publiques pour finalement adopter un système d'assurance à la dépendance obligatoire en 2000. Au sein de ce cadre institutionnel, les autorités japonaises ont affiché leur volonté de privilégier l'aide à domicile par rapport à celle en établissement.

Autour de 2025-2030, les prévisions centrales de l'Onu montrent que la structure démographique française devrait ressembler à celle du Japon de 2010. Si la France s'appuie aujourd'hui sur une combinaison de dispositifs sans système unique, la création d'un *risque de la dépendance comme cinquième risque* [2] de la Sécurité sociale est une option qui a été soulevée et le débat n'est pas encore clos. L'analyse des différences entre le système japonais et le système français apporte des éléments de réflexion pour la mise en place éventuelle d'une assurance dépendance en France.

L'objectif de cet article est ainsi de comparer les solutions adoptées par la France et le Japon en termes de prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile. À l'instar de Le Bihan et Martin (2006 ; 2008), nous adoptons une méthode comparative au niveau individuel. En effet, alors que les études au niveau institutionnel permettent d'identifier les caractéristiques convergentes et divergentes des systèmes et de saisir l'évolution

2. Les quatre branches actuelles de la Sécurité sociale sont la branche maladie, la branche accidents du travail et maladies professionnelles, la branche retraite et la branche famille.

générale, l'analyse au niveau individuel permet d'appréhender les caractéristiques des systèmes en étudiant précisément les prestations auxquelles un usager peut prétendre en fonction de son niveau de dépendance et de sa situation socio-économique et familiale.

Le travail comparatif de cet article s'articule autour de deux approches : l'examen du processus de prise en charge et l'analyse de plans d'aide constitués pour des situations concrètes. Le premier repose sur des entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels de la santé et du social. L'intérêt est particulièrement porté sur la procédure d'évaluation. Le second, qui se focalise sur la logique de composition des plans et l'impact des revenus du bénéficiaire sur l'aide publique, s'appuie quant à lui sur la méthode des cas-types. Celle-ci consiste à construire des cas concrets puis à analyser les réponses apportées à chaque situation.

D'après notre étude, le système japonais de prise en charge apparaît comme un système particulièrement standardisé aussi bien dans le processus d'évaluation que dans la composition des aides. À travers l'adoption de réglementations strictes, le gouvernement japonais impose une vision claire de la prise en charge. Il favorise la prise en charge mixte qui combine l'aide à domicile et celle en centre d'accueil de jour. En revanche, le niveau de revenus n'étant pas systématiquement pris en compte, l'effort pour lutter contre les inégalités de revenus reste limité. En France, une logique de prise en charge systématique n'apparaît pas au niveau national. En revanche, la France semble accorder une plus grande importance aux inégalités de ressources.

L'article débute par une présentation historique des politiques de prise en charge de la dépendance et une description des dispositifs actuellement en œuvre au Japon et en France (I et II). La section suivante expose l'approche méthodologique de la comparaison (III). Finalement les résultats sont présentés en trois parties. La première met en exergue les différences qui apparaissent dans le processus d'évaluation des besoins et de définition du plan (IV). Les deux suivantes présentent la composition des plans d'aide (V) et l'impact des revenus de la personne âgée dépendante sur l'aide perçue (VI).

I. La prise en charge de la dépendance au Japon

Au Japon, les premiers dispositifs spécifiques à la dépendance sont formalisés à la fin des années 1980. Dans un premier temps, ce sont des dispositifs appartenant à la logique de l'aide sociale qui sont mis en place avec le *Gold Plan*. Cependant, face aux difficultés budgétaires et à l'augmentation importante du nombre de personnes dépendantes, le Japon adopte en 1997-2000 un système assurantiel obligatoire de dépendance (Campbell,

Ikegami, 2003). Depuis la mise en place de l'assurance dépendance obligatoire en avril 2000, toutes les personnes âgées de 40 ans et plus cotisent de manière mensuelle, en fonction de leurs revenus, auprès de l'assurance et toutes les personnes dites *dépendantes* ont accès aux services éligibles à l'assurance, sans aucune condition de ressources. Est considérée comme dépendante toute personne âgée de 65 ans et plus dont une perte d'autonomie est identifiée lors d'une évaluation spécifique. Une personne âgée de 40 à 64 ans peut également être considérée comme dépendante si elle est touchée par une maladie généralement liée à la vieillesse [3].

L'assurance japonaise distingue sept niveaux de dépendance : les niveaux en prévention 1 et 2, puis les niveaux en dépendance 1 à 5 [4]. Les termes utilisés au Japon sont *Yôshienshya* et *Yôkaigoshya*, qui signifient littéralement *personnes ayant besoin de soutien* et *personnes ayant besoin de soin* (*Care*). Les personnes en prévention ne sont pas considérées comme des personnes véritablement dépendantes mais comme des personnes âgées ayant besoin de soutien pour certaines tâches de la vie quotidienne et pour lesquelles des activités préventives pourraient ralentir la perte d'autonomie. Les personnes autonomes ne sont pas classées.

Les prestations sont en grande majorité fournies par des prestataires privés à but lucratif ou non, ayant obtenu un agrément, et en partie par des établissements publics notamment les municipalités. Outre la cotisation que l'assuré continue de verser, une participation à hauteur de 10 % du coût du service est demandée aux utilisateurs, le reste étant à la charge de l'assurance. Les prestations sont dispensées en nature et, sauf pour de rares cas, le dispositif japonais ne prévoit pas de prestation en espèces. La rémunération d'un aidant proche n'est pas prévue dans ce système.

Le niveau des prestations attribuées (ou plus exactement accessibles à 10 % des tarifs) est déterminé en fonction du niveau de dépendance : un nombre maximum d'unités de services est fixé pour chaque niveau de dépendance, sachant qu'un service *coûte* un nombre d'unités défini par le ministère [5] (tableau 1). Dans la limite des droits octroyés, l'assuré peut librement combiner les services (tableau 2) dont il souhaite bénéficier. Le tarif d'un service est déterminé à l'aide du nombre d'unités fixé pour ce service par le ministère et du prix en yens d'une unité. Une unité de services correspond environ à dix yens et varie en fonction de l'emplacement

3. Cancer en phase terminale ; rhumatisme articulaire ; sclérose latérale amyotrophique ; ossification du ligament longitudinal du postérieur ; ostéoporose avec fracture ; démence prématurée ; paralysie supranucléaire progressive ; dégénérescence cortico-basale ; maladie de Parkinson ; dégénérescence spinocérébelleuse ; sténoses du canal rachidien ; progéria ; atrophie multisystématisée ; neuropathie diabétique ; néphropathie diabétique ; rétinopathie diabétique ; maladie cérébrovasculaire ; artériosclérose oblitérantes ; maladies pulmonaires obstructives chroniques ; arthrose avec déformation de l'articulation du genou ou de la hanche.
4. Les termes en prévention et en dépendance retenus ici sont les mêmes que ceux utilisés dans Gimbert, Malochet (2011). Dans le système japonais, le niveau 1 de dépendance regroupe les personnes les plus autonomes, et le niveau 5 les personnes les plus touchées par la dépendance.
5. À titre indicatif, une aide ménagère de 45 minutes équivaut environ à 235 unités.

Tableau 1. Plafond mensuel de services accessibles par niveau de dépendance

Niveau de dépendance	En unités	10 yens/unité		10,7 yens/unité	
		yens	euros	yens	euros
Prévention 1	4 900	49 000	388	52 430	415
Prévention 2	10 400	104 000	822	111 280	880
Dépendance 1	16 580	165 800	1 311	177 406	1 403
Dépendance 2	19 480	194 800	1 541	208 436	1 648
Dépendance 3	26 450	264 500	2 092	283 015	2 238
Dépendance 4	30 600	306 000	2 420	327 420	2 589
Dépendance 5	35 830	358 300	2 834	383 381	3 032

Note : Une personne dépendante au niveau *dépendance 2* peut accéder à des services jusqu'à hauteur de 19480 unités. Le plafond des prestations accessibles est de 194800 yens (1541 euros en parité de pouvoir d'achat 2010) dans le cas où une unité coûte 10 yens et de 208436 yens (1648 euros) dans le cas où elle coûte 10,7 yens. Le reste à charge est de 10 % du montant des services, soit 19480 yens dans le premier cas et 20843 yens dans le deuxième.
Source : mhlw.go.jp ; oecd.org.

Tableau 2. Services proposés dans le cadre de l'assurance dépendance

Services à domicile	Service d'aide ménagère à domicile
	Service d'aide physique à domicile
	Service de bain à domicile (bains ambulants)
	Service de nuit (visites de nuit)
	Soins infirmiers à domicile
	Service de rééducation à domicile
Services d'accueil de jour	Centre d'accueil de jour
	Centre de rééducation
Services d'accueil temporaire	Centre d'accueil temporaire
	Centre d'accueil temporaire médicalisé
	Centre d'accueil pour personne atteinte de démence
Autres aides	Établissements multifonctionnels
	Location d'équipements spécialisés
	Vente d'équipements spécialisés
	Rénovation du logement (adaptation)

géographique du prestaire. Chaque assuré cotise ainsi selon ses moyens alors que les droits sont octroyés selon le niveau de dépendance.

Si le fonctionnement général de l'assurance dépendance n'applique pas de progressivité du ticket modérateur [6], d'autres modalités sont toutefois prévues pour aider les personnes ayant des difficultés financières. Ces aides permettent de plafonner le reste à charge en fonction des revenus ou de réduire le reste à charge de certaines prestations. Outre ces modalités, un système supplémentaire d'aide sociale *Seikatsu Hogo* apporte des aides aux plus démunis. Ceux qui bénéficient du *Seikatsu Hogo* sont exonérés du reste à charge et de la cotisation.

II. La prise en charge de la dépendance en France

De la même manière qu'au Japon, la question de la dépendance devient une question prégnante en France à la fin des années 1980. Le débat est lancé avec la préparation du rapport de Théo Braun de la Commission nationale d'études sur les personnes âgées dépendantes. Il sera suivi de nombreux rapports, mais aucun projet n'aboutit avant le milieu des années 1990. Après une première phase de mise en œuvre d'une prestation expérimentale dépendance (PED) instituée par la loi du 25 juillet 1994, la loi qui met en place la prestation spécifique dépendance (PSD) est adoptée en 1997 (Le Bihan-Youinou, 2010). La PSD permettait de financer, en fonction du niveau de dépendance et des revenus, un plan d'aide conçu par une équipe médico-sociale. Critiquée pour être trop restrictive et dissuasive, la PSD a été remplacée par l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) avec l'adoption de la loi du 20 juillet 2001 (Rosso-Debord, 2010). D'une part, la PSD était récupérable sur les successions. D'autre part, cette aide était réservée aux personnes classées en groupes iso-ressources (Gir) 1 à 3. Le Gir désigne différents niveaux de perte d'autonomie : le Gir 6 regroupe les personnes autonomes et le Gir 1 les personnes les plus lourdement touchées par la dépendance, c'est-à-dire les personnes « confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ». L'Apa élargit le périmètre des personnes concernées en incluant les personnes classées en Gir 4 et enlève la récupération sur la succession. L'Apa s'est alors développée beaucoup plus rapidement que la PSD.

Les premiers dispositifs exclusivement destinés aux personnes âgées dépendantes sont donc apparus en 1997, mais les efforts publics en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes en France ne se traduisent pas uniquement par des dispositifs qui leur sont exclusivement dédiés. Contrairement au Japon, la prise en charge des personnes âgées

6. C'est-à-dire le taux de participation des bénéficiaires.

dépendantes ne s'organise pas autour d'un système unique, mais à travers l'imbrication de plusieurs dispositifs faisant intervenir divers acteurs dans le financement et dans l'organisation : elle s'appuie aussi bien sur les dispositifs spécifiques à la dépendance que sur d'autres systèmes, notamment l'assurance santé, l'assistance sociale et les mesures fiscales. Parmi ces nombreux dispositifs, l'Apa et les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) sont les plus importants en termes de dépenses budgétaires.

L'Apa définit la dépendance comme l'état d'une personne âgée de 60 ans et plus qui a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière. L'évaluation de la dépendance dans le cadre de l'Apa s'appuie sur la grille Aggir (déjà utilisée dans le cadre de la PSD) qui classe les personnes en six groupes (Gir 1 à Gir 6) en fonction de leur niveau d'autonomie. Selon les critères d'accès à l'Apa, seules les personnes en Gir 1 à 4 sont considérées comme étant dépendantes.

L'Apa finance tout ou partie d'un plan d'aide proposé par l'équipe médico-sociale du Conseil général en fonction du niveau de dépendance et des besoins du demandeur, dans la limite du plafond fixé par le Gir. L'accès à cette allocation n'est soumis à aucune condition de ressources, mais le ticket modérateur dépend des revenus. Il peut varier de 0 à 90 % des dépenses et il représentait en moyenne 21 à 24 % des dépenses (selon les différents Gir) en 2007 (Vasselle, 2008).

Lorsque la perte d'autonomie est accompagnée de problèmes de santé nécessitant une intervention infirmière, une personne dépendante peut également bénéficier des soins des Ssiad [7] ou des services polyvalents d'aides et de soins à domicile (Spasad [8]). Les Ssiad sont des services médico-sociaux qui, sous prescription du médecin, apportent à domicile des prestations de soins infirmiers et d'hygiène générale aux personnes âgées de 60 ans ou plus. Depuis 2004, ces services peuvent également être apportés aux adultes de tout âge présentant un handicap ou atteints d'une maladie chronique. Les frais des soins apportés par le Ssiad sont pris en charge par l'Assurance maladie dans le cadre d'une dotation globale de soins (Chevreul, 2009).

Parallèlement à l'Apa et au Ssiad, d'autres dispositifs permettent de procurer de l'aide à ceux qui ne peuvent accéder à l'Apa, de réduire le reste à charge des bénéficiaires ou d'augmenter le volume d'aide. L'aide sociale aux personnes âgées ou la réduction d'impôts pour l'emploi de personnel à domicile sont des exemples parmi d'autres. L'aide sociale aux personnes

7. Les éléments concernant le Ssiad s'appuient sur les propos recueillis auprès d'Anne-Marie Laumay, infirmière coordinatrice du Ssiad de Valbonnais, sur l'étude de Bertrand et Falinower (2011) et de Chevreul (2009).
8. Les Spasad ne constituaient que 2 % des services de soins infirmiers à domicile en 2008 (Bertrand, Falinower, 2011). Dans la suite du texte, le terme Ssiad est utilisé pour désigner l'ensemble des services.

âgées prévoit des aides ménagères aux personnes âgées de 60 ans et plus, ayant de faibles revenus et ne pouvant bénéficier de l'Apa (en raison d'un faible niveau de perte d'autonomie). La réduction d'impôts permet également de défiscaliser 50 % des sommes déclarées pour l'emploi de personnel à domicile. Cette mesure n'est pas uniquement destinée aux personnes âgées dépendantes, mais le montant des exonérations est plus important pour les foyers avec des enfants, des enfants handicapés ou des personnes âgées de plus de 65 ans (Kergueris, 2010) .

III. Méthodologie de la comparaison

La suite de l'article compare les systèmes de prise en charge entre le Japon et la France en se plaçant du point de vue de l'usager. Contrairement aux études institutionnelles, les études au niveau individuel permettent d'analyser l'aide apportée à un individu selon ses caractéristiques et d'examiner comment elle est concrètement mise en œuvre. Elles mettent ainsi en exergue différentes logiques peu visibles à travers des études au niveau institutionnel.

Notre approche comparative se traduit par deux éléments : 1) l'examen du processus de prise en charge ; 2) l'analyse des plans d'aide constitués pour des situations concrètes de dépendance à travers un projet des cas-types. La démarche est dans l'esprit proche des travaux de Le Bihan et Martin (2006) qui ont effectué une étude comparative du système de prise en charge de la dépendance dans six pays d'Europe (Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède [9]).

Le processus de prise en charge a été étudié à travers des entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels de la santé et du social (encadré 1). Des acteurs intervenant à différentes étapes du processus ont été interrogés sur le déroulement de la prise en charge d'un usager. Ce travail permet d'identifier un schéma précis des différentes étapes et d'appréhender la logique qui sous-tend chacune de ces étapes. L'intérêt est particulièrement porté sur la procédure d'évaluation et l'articulation entre cette évaluation et le plan d'aide.

Dans une seconde partie de l'étude, les plans d'aide sont analysés à travers la méthode des cas-types. Celle-ci consiste à construire des exemples de cas concrets et d'étudier les réponses qui leur sont apportées dans chaque pays. L'objectif est d'une part de mettre en évidence les logiques qui orientent la composition des plans d'aide et d'autre part d'analyser l'impact des revenus sur l'aide. Suivant l'approche de Le Bihan et Martin (2006), sept cas parmi ceux utilisés dans leurs travaux ont été retenus pour notre étude [10]

9. Leur étude portait sur des territoires (des sites) et non sur des pays : Rome, Barcelone, Ille-et-Vilaine, Stockholm et Münster. Le territoire du Royaume-Uni est resté anonyme.
10. Ils correspondent aux cas 1, 2, 4, 5, 6, 7 et 12 de leur projet. Le nombre de cas a été restreint à sept pour des raisons de disponibilité des professionnels qui ont accepté de travailler sur le projet.

Encadré 1

Profession des personnes interrogées

En France :

- Chef de service autonomie du Conseil général territorial de la Matheysine (Isère) ;

- Infirmières coordinatrices du Ssiad de Valbonnais (Isère) ;

- Responsables ADMR (Isère et Mayenne) ;

- Médecin coordinateur de corps (Isère) ;

- Instructeur prestations d'aide sociale au Conseil général (Alpes de Haute-Provence).

Au Japon :

- *Care Manager* spécialisé pour les personnes en prévention (municipalité de Itoh) ;

- *Care Managers* rattachés à un prestataire de service (Itoh, Kobe) ;

- Responsables de département des services pour les personnes âgées à la Municipalité (Itoh) ;

- Directeur de prestataires de services (Olympia) et membre du comité d'évaluation (Kobe) ;

- Responsables de prestataires de services (J. Elderly) (Tokyo).

(tableau 3). Des informations sur le niveau de dépendance, les ressources et la présence ou non d'un soutien familial y sont précisées. La sélection des cas a été effectuée en veillant à maintenir un équilibre entre le nombre de cas avec et sans dépendance psychique. Les quatre premiers sont des situations de dépendance sans dépendance psychique. Les trois suivants sont au contraire des cas avec dépendance psychique. Enfin, chacun des cas a été décliné en deux situations de ressources. Les niveaux de ressources définis par décile dans le projet de Le Bihan et Martin (2006) ont été actualisés à l'aide des données des revenus disponibles en 2005 par unité de consommation publiées par l'OCDE (voir l'encadré 2 pour un exemple détaillé d'un cas-type [11]).

Les cas ont été soumis à des professionnels pour établir les plans d'aide. Le projet a été mené en 2011 au Japon et en 2012 en France. Au Japon, deux *Care Managers* de Kobe ont été sollicités. Les *Care Managers* aident les personnes âgées dépendantes à constituer les plans d'aide et coordonnent les différents services. En France, les plans d'aide ont été dans un premier

11. Pour une description détaillée de tous les cas-types, voir Ishii (2013).

Tableau 3. Présentation résumée des sept cas-types

Cas-type, nom, âge	Situation familiale	Situation médicale	Perte d'autonomie
1. Monsieur A (68 ans)	Habite avec sa mère (83 ans)	Insuffisance cardiaque ; amputé d'une jambe (non appareillé)	Difficulté pour la toilette, hygiène corporelle, s'habiller et se déshabiller. Se déplace en fauteuil roulant électrique
2. Madame B (79 ans)	Veuve 2 enfants à 100 km	Fractures du fémur à répétition ; plaie de la face dorsale du gros orteil ; dépression	Se déplace avec des cannes ; de moins en moins autonome ; alitée toute la journée ; elle ne fait plus la toilette ; difficultés à s'habiller seule ; fuites urinaires
3. Madame D (71 ans)	Mariée (conjoint autonome) Vit aussi avec sa mère (86 ans) Un fils dans la même commune	Alcoolique ; fracture du col du fémur ; oscille entre dépressive et agressive	Se déplace péniblement avec un déambulateur ; autonome sauf pour la toilette et l'habillage du bas (aidé par conjoint) ; ne peut sortir de son logement sans aide
4. Monsieur E (69 ans)	Marié (conjoint autonome) Trois enfants dont une fille au chômage et à proximité	Accident cardio-vasculaire cérébral ischémique ; hémiplégie droite et aphasie ; souffre de dépression	Se déplace avec déambulateur ; assure partiellement l'habillage ; besoin d'aide pour le bas du corps, passage du fauteuil à une chaise
5. Madame O (68 ans)	Mariée (conjoint autonome) Deux filles habitent à proximité	Alzheimer	Assise ou alitée 24h/24 ; ne parle pas, ne reconnaît plus ses proches, ne mange pas seule
6. Monsieur T (88 ans)	Marié (conjointe autonome) Deux enfants à proximité	Dégénérescence neurologique	Ne peut se déplacer, s'habiller, se lever seul ; incontinent ; mange avec une petite aide ; conjointe déprimée (elle refuse d'être aidée)
7. Monsieur J (80 ans)	Vit avec sa fille et son gendre (à la retraite)	Alzheimer à un stade avancé	Parfaitement valide ; Déambule et nécessite une surveillance permanente ; besoin d'aide pour le lever, le coucher, la toilette et l'alimentation

Source : Le Bihan (2002).

temps constitués par une équipe médico-sociale d'un Conseil général et par des infirmières coordinatrices de Ssiad en Isère. Les réponses ont été apportées sous le format qu'ils souhaitaient, à savoir le format sur lequel ils avaient l'habitude de travailler.

Lors de l'identification des plans d'aide dans le cadre du projet, les *Care Managers* japonais ont été confrontés à des difficultés dues à la liberté laissée aux usagers et aux mécanismes des aides supplémentaires. Premièrement, contrairement au cas de la France où le plan d'aide est défini par l'équipe médico-sociale et/ou l'infirmier coordinateur du Ssiad, au Japon ce sont les usagers qui constituent eux-même leur plan avec les conseils d'un *Care Manager*. Certains usagers utilisent tous leurs droits alors que d'autres limitent l'utilisation pour des raisons de préférence (préférence de l'aide informelle à l'aide formelle, par exemple) ou budgétaires. Le plan d'aide constitué au Japon pour un même cas peut ainsi varier en fonction des revenus alors que les plans proposés dans le cadre de l'Apa et du Ssiad sont les mêmes

Encadré 2

Exemple d'un cas-type

Madame B (Cas 2) a 79 ans. Elle est veuve depuis quelques mois. Madame B a eu une fracture du col du fémur en 1988. On a constaté en 2001 une reprise de la fracture du col. Puis en 2010, elle a souffert d'une luxation de la prothèse pour laquelle elle a dû être hospitalisée. Sur les trois derniers mois, Madame B a été de nouveau hospitalisée pour une plaie de la face dorsale du gros orteil et des douleurs des membres inférieurs. Elle ne marche plus seule et est alitée toute la journée dans un lit médical. Une hospitalisation à domicile a été mise en place. Madame B est dépressive et semble avoir perdu le goût de vivre. Elle ne fait absolument plus sa toilette, elle a des difficultés à s'habiller seule et ne se déplace plus à l'extérieur de son domicile. Elle parvient à assurer seule son élimination mais avec un bassin urinal. Elle a aussi des fuites urinaires.

Situation 1 : Madame B a des ressources d'environ 972 euros par mois (décile 2). Elle n'est pas propriétaire de son logement et a peu de patrimoine mobilier.

Situation 2 : Madame B dispose d'un revenu mensuel supérieur à 2603 euros (décile 10). Il comprend une retraite d'un montant d'environ 1639 euros, une pension de reversion (de son mari) d'un montant d'environ 702 euros et un revenu de placement d'un montant d'environ 467 euros.

quels que soient les revenus. Deuxièmement, les aides complémentaires ne sont pas octroyées automatiquement en fonction du niveau des revenus mais nécessitent des démarches supplémentaires pour chaque type d'aide. Les critères d'accès sont parfois flous (*Seikatsu Hogo* [12]) et certaines aides ne sont accessibles que si l'usager fait appel à un prestataire avec un statut juridique spécifique.

Pour contourner ces difficultés, il a été demandé aux *Care Managers* de préparer deux séries de plans d'aide. Dans la première, les *Care Managers* ont constitué les plans d'aide qu'ils considéraient comme étant les plus appropriés en fonction de la situation de la personne dépendante, en supposant que le bénéficiaire ait la possibilité d'utiliser pleinement ses droits. Le niveau des revenus n'a pas été pris en compte pour la constitution de ces plans d'aide. Ils ont été désignés comme des plans *standards* (tableau 4). Dans un second temps, afin de rendre compte de l'impact des aides complémentaires financières sur le plan d'aide, il a été demandé aux *Care Managers* de constituer pour les cas 2, 3 et 4, plusieurs plans en prenant en considération les différentes aides supplémentaires dont pourraient bénéficier l'usager et cohérents avec la réalité (tableau 6). Les deux situations financières prévues initialement n'ont donc pas été mobilisées pour la préparation des plans japonais.

12. S'il existe des critères de ressources et de capital, la décision finale est prise au cas par cas.

IV. Les évaluations du degré de dépendance et du besoin : quelle procédure?

Au Japon, la procédure d'évaluation du niveau de dépendance s'avère particulièrement lourde et longue. Elle fait intervenir différents acteurs : l'assistant social qui complète une grille d'évaluation contenant 74 éléments, le médecin qui émet un avis et le comité d'évaluation qui valide le niveau de dépendance en fonction des deux éléments précédents. La même grille d'évaluation est utilisée au niveau national. Théoriquement, le niveau de dépendance est déterminé uniquement en fonction des capacités physiques et cognitives. En pratique, l'assistant social a la possibilité de préciser certains éléments dans le dossier d'évaluation qui peuvent influencer la décision du comité. Ces éléments peuvent porter sur la situation familiale, la présence ou non d'aidant familial ou la gravité du niveau de démence. Le niveau de dépendance qui en ressort détermine le plafond du plan d'aide. La définition du plan intervient dans une seconde étape mais n'implique pas d'*évaluation* à proprement parler. Dans la limite du plafond fixé selon le niveau de dépendance, les personnes aidées sélectionnent et combinent les services parmis ceux catalogués (définis) par l'assurance dépendance. Les *Care Managers* conseillent les bénéficiaires dans le choix des services et coordonnent les prestataires mais la décision revient aux bénéficiaires qui ont également la possibilité de contacter directement les prestataires sans passer par un *Care Manager* [13]. Les bénéficiaires n'utilisent pas nécessairement la totalité de leurs droits, mais il existe un lien direct entre le niveau de dépendance et les droits octroyés à chaque individu.

La France distingue deux circuits d'accès à la prise en charge : le premier à destination de l'Apa et le second vers les soins du Ssiad.

L'évaluation du niveau de dépendance pour l'Apa est également formalisée mais relativement plus simple qu'au Japon. Elle est effectuée par un membre de l'équipe médico-sociale du Conseil général à l'aide d'une grille unique (grille Aggir) qui contient dix éléments. Suite à la détermination du niveau de dépendance, lorsque celui-ci est défini au Gir 1 à 4 , l'équipe médico-sociale procède à l'évaluation des besoins et établit un plan d'aide en fonction du niveau Gir, des besoins et des souhaits de la personne âgée. Cette deuxième étape se distingue de l'intervention des *Care Managers* au Japon qui jouent un rôle de conseil mais ne prennent aucune décision. En France, c'est l'équipe médico-sociale qui définit le plan d'aide dans la limite du plafond. La décision du plan revient au Conseil général. Différentes pratiques ou contraintes budgétaires au niveau du Conseil général peuvent intervenir dans la définition du plan. Le bénéficiaire donne un avis consultatif et peut accepter ou

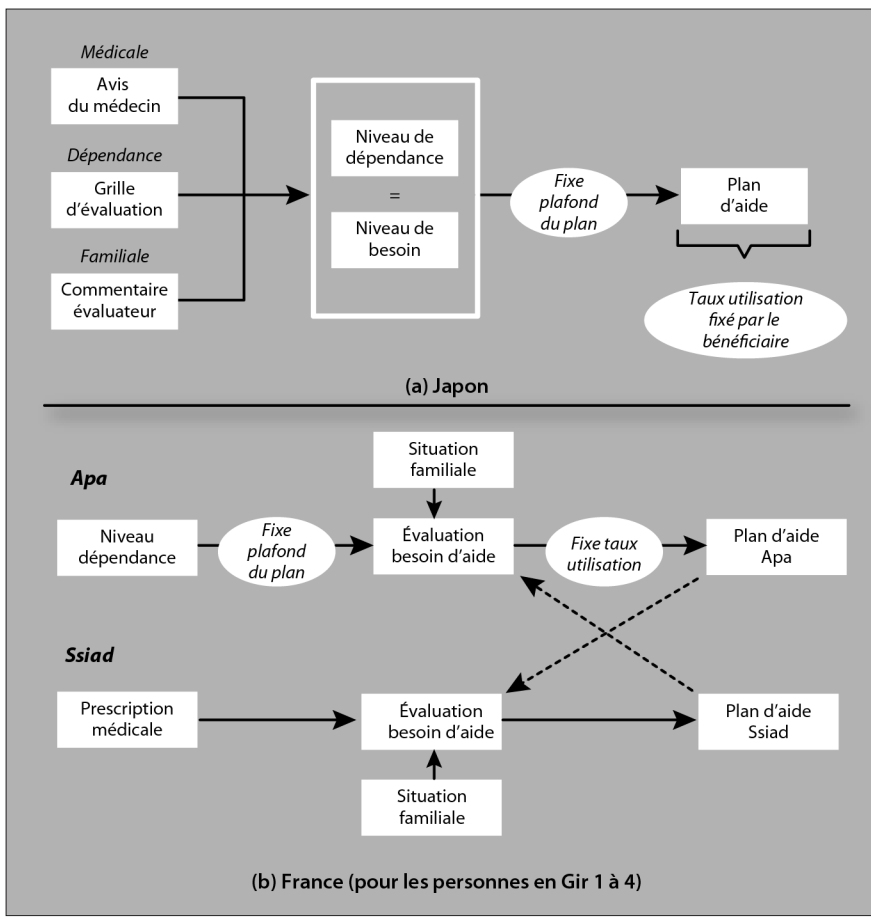
13. En réalité, il est extrêmement rare qu'un bénéficiaire de l'assurance dépendance ne fasse pas appel à un *Care Manager*.

refuser le plan. Dans le cas de l'Apa, le plafond défini par le niveau Gir ne correspond donc pas à un droit systématiquement octroyé au bénéficiaire.

Les soins du Ssiad sont quant à eux dispensés sur prescription du médecin. Si en principe le niveau Gir ne limite pas l'accès à ces soins, en pratique les Ssiad refusent la prise en charge des personnes en Gir 5 ou 6. L'élaboration du plan d'aide et sa mise en œuvre sont coordonnées par l'infirmier coordinateur en fonction des besoins du patient. La situation familiale tout autant que l'aide apportée par l'Apa peuvent être prises en compte lors de cette élaboration.

Ainsi que l'illustre le schéma 1, le niveau de dépendance identifié à travers le processus d'évaluation de l'assurance dépendance japonaise et le niveau Gir en France ne revêtent pas la même signification. Le niveau de

Schéma 1. Procédure d'évaluation et de définition du plan d'aide au Japon et en France



Source : auteur.

Encadré 3

Éléments de comparaison internationale

Le Bihan et Martin (2008) distinguent trois catégories de pays en fonction du processus d'évaluation du besoin. La première catégorie de pays, illustrée par l'Allemagne, ne distingue pas l'évaluation de la dépendance et l'évaluation du besoin : le niveau de dépendance estimé reflète directement le besoin d'aide et détermine la quantité du plan. Le dispositif d'évaluation de la Suède se place à l'opposé puisqu'aucun niveau de dépendance n'est explicitement mentionné et l'évaluateur identifie directement le plan d'aide nécessaire. Très peu formalisée, l'évaluation du besoin est effectuée par le *Care Manager* dans le cadre d'une discussion avec la personne âgée. Les pays de la troisième catégorie distinguent l'étape d'évaluation du niveau de dépendance et l'étape d'identification du besoin : le niveau de dépendance et le besoin d'aide sont dissociés. Cette catégorie regroupe la France, l'Angleterre, l'Espagne et l'Italie. Si ces pays sont dans une même catégorie, ils présentent toutefois quelques caractéristiques différentes. Comme expliqué plus haut, en France, l'évaluation de la dépendance s'effectue de manière formalisée à travers un questionnaire unique alors qu'en Angleterre les *Care Managers* ont de même qu'en Suède une liberté d'appréciation plus importante. En Espagne et en Italie, le système d'évaluation est complexe et varie selon les territoires. En raison d'une faible capacité d'offre, la relation entre niveau de dépendance et aide proposée reste faible. Selon cette catégorisation, la procédure d'évaluation au Japon se rapproche davantage du système allemand. Le processus d'évaluation est toutefois plus complexe qu'en Allemagne qui ne fait intervenir qu'un médecin.

dépendance japonais prend en compte la dimension médicale, la dimension de la dépendance et la dimension familiale (même si la prise en compte de cette dernière dimension est moins explicite) et ne se distingue pas du niveau de besoin d'aide. En France, seul un des trois éléments définit le niveau Gir. La situation familiale intervient dans une deuxième étape lors de la constitution des plans. Finalement la dimension médicale ne concerne que la prise en charge par le Ssiad.

Un fort niveau de formalisation de la procédure d'évaluation apparaît comme un élément caractérisant aussi bien le Japon que la France. Le système japonais semble cependant marqué par une degré de formalisme au niveau national plus important : il existe un lien direct entre le niveau de dépendance, qui résulte d'une évaluation formalisée, et les droits octroyés au bénéficiaire. En France, cette articulation est moins évidente : si l'étape d'évaluation du niveau de la dépendance (Gir) s'effectue de manière codifiée, le niveau Gir n'attribue pas directement de droit à la personne dépendante. Le Gir constitue un des éléments de décision pour l'équipe médico-sociale du Conseil général et l'infirmier coordinateur du Ssiad.

V. La définition des plans d'aide : quelle logique?

La nature des services proposés semble identique entre les deux pays : des aides ménagères, des aides à la personne, des services de soins infirmiers, des aides techniques pour le maintien à domicile (à l'instar de l'installation de barres de soutien), des séjours en centre d'accueil de jour et en établissement d'hébergement provisoire. Mais la définition des plans d'aide suit-elle la même logique au Japon et en France ? Les plans d'aide français sont ici comparés aux plans d'aide japonais *standards*, à savoir des plans d'aide que les *managers* considèrent les plus appropriés en supposant que l'assuré peut maximiser ses droits [14] (tableaux 4 et 5 [15]).

Les plans d'aide élaborés pour les sept cas-types par des *Care Managers* de Kobe et des professionnels d'Isère semblent diverger sur la manière de combiner les services. Les différences apparaissent d'une part sur la fréquence d'emploi de la prise en charge mixte, c'est-à-dire une prise en charge combinant l'aide apportée à domicile et l'utilisation de centre d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire, et d'autre part sur l'utilisation de l'aide ménagère.

Les plans d'aide de Kobe montrent un emploi fréquent de la prise en charge mixte alors que celle-ci est très peu mise en œuvre en Isère. Hormis un cas où la conjointe était réticente à accepter l'aide extérieure (cas 6), tous les plans contiennent au moins un service en dehors du domicile. Les centres d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ont en revanche été très peu sollicités dans les plans prévus pour l'Isère. Les soins du Ssiad sont systématiquement dispensés à domicile et les services en centre d'accueil n'ont été suggérés que dans deux plans d'Apa (cas 6 et 7).

Nos résultats en Isère sont cohérents avec ceux obtenus en Ille-et-Vilaine par Le Bihan et Martin (2006). Les auteurs ont constaté un faible emploi des services d'accueil de jour ou temporaire en raison d'un coût important restant à la charge de l'usager. Le coût total d'une prise en charge en centre d'accueil n'est pas nécessairement plus élevé en Isère, mais l'assurance japonaise finance une part plus importante de ces coûts que l'Apa. Les dépenses laissées à l'usager sont par conséquent plus élevées en Isère. La fréquence d'utilisation de la prise en charge mixte au Japon s'explique ainsi par le faible coût restant à la charge de la personne âgée dépendante. Elle semble par ailleurs traduire une volonté du gouvernement japonais de développer et d'inciter à ce mode de prise en charge.

Par ailleurs, l'analyse de la composition des plans d'aide montre une fréquence d'utilisation divergente de l'aide ménagère. Les services isérois prévoient systématiquement de l'aide ménagère alors qu'elle n'est incluse que

14. Le niveau des revenus du bénéficiaire n'intervient pas dans le contenu de ces plans d'aide.
15. Conversion des montants japonais en parité de pouvoir d'achat 2010 (OCDE).

Tableau 4. Plans d'aide des cas-types au Japon

Cas		1 Monsieur A		2 Madame B		3 Madame D		4 Monsieur E		5 Madame O		6 Monsieur T		7 Monsieur J	
Pathologie		Insuffisance cardiaque ; jambe amputée		Fracture du col ; luxation de la prothèse ; plaie de la face dorsale du gros orteil ; dépression		Alcoolique ; insuffisance hépatique avec une cirrhose ; fracture du col du fémur ; dépression		Accident cardio-vasculaire cérébral ischémique ; hémiplégie droite et aphasie ; dépression		Alzheimer		Dégénérescence neurologique		Alzheimer avancé	
Habite		Mère (83 ans)		Seule		Conjoint et mère (86 ans)		Conjointe (73 ans)		Conjoint (75 ans)		Conjointe (76 ans)		Fille (60 ans) et gendre	
Niveau de dépendance		Prévention 2		Dépendance 3		Dépendance 3		Dépendance 2		Dépendance 4		Dépendance 4		Dépendance 5	
Plafond d'unités		10 400		26 750		26 750		19 480		30 600		30 600		35 830	
Unités utilisées		7 221		25 259		21 275		15 945		28 155		3 320		32 160	
Taux d'utilisation		69,4 %		94,4 %		79,5 %		81,9 %		92,0 %		10,8 %		89,8 %	
Panier de services		**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**
- Aide corporelle	heures/ mois	8	209 €	11	471 €	2	142 €			10	472 €				
- Aide ménagère	heures/ mois			22	426 €	4									
- Rééducation à domicile	heures/ mois							2,5	642 €						
- Soins infirmiers	heures/ mois			2	144 €	2	144 €					4	277 €		
- Centre d'accueil de jour	jours/ mois			5	398 €	8	637 €			21	1 866 €				
- Centre d'accueil rééducation	jours/ mois	4	41 €												
- Centre d'accueil démence	jours/ mois													20	2 026 €

■■■

Cas		1 Monsieur A		2 Madame B		3 Madame D		4 Monsieur E		5 Madame O		6 Monsieur T		7 Monsieur J	
- Centre de séjour court	jours/ mois			8	719 €	8	719 €	8	524 €					8	651 €
- Location de matériel	Unité	1	40 €			1	40 €								
Prestation Assurance dépendance		**290 €**		**2 158 €**		**1 682 €**		**1 166 €**		**2 338 €**		**277 €**		**2 677 €**	
- Hébergement	jours /mois			8	20 €	8	20 €	8	20 €					8	20 €
- Repas (Séjour)	jours mois			8	87 €	8	87 €	8	87 €					8	87 €
- Repas (Accueil de jour)	jours /mois			5	26 €	8	41 €			21	108 €			20	103 €
Frais repas et hébergement		**0 €**		**133 €**		**148 €**		**107 €**		**108 €**		**0 €**		**210 €**	
Ticket modérateur		10 %		10 %		10 %		10 %		10 %		10 %		10 %	
Prise en charge assurance standard		261 €		1 942 €		1 514 €		1 049 €		2 104 €		249 €		2 409 €	
Reste à charge assurance		29 €		216 €		168 €		117 €		234 €		28 €		268 €	
Reste à charge repas & hébergement		0 €		133 €		148 €		107 €		108 €		0 €		210 €	
Cotisation		41 €		41 €		41 €		41 €		41 €		41 €		41 €	
Dépenses pour la personne (mensuel)		**70 €**		**390 €**		**357 €**		**265 €**		**383 €**		**69 €**		**519 €**	
Aide nette de la cotisation (mensuel)		**220 €**		**1 901 €**		**1 473 €**		**1 008 €**		**2 063 €**		**208 €**		**2 368 €**	
Taux de reste à charge total		24,1 %		17,0 %		19,5 %		20,8 %		15,7 %		24,8 %		18,0 %	

Source : auteur.

Tableau 5. Plans d'aide des cas-types en France

Cas		1 Monsieur A		2 Madame B		3 Madame D		4 Monsieur E		5 Madame O		6 Monsieur T		7 Monsieur J	
Pathologie		Insuffisance cardiaque ; jambe amputée		Fracture du col ; luxation de la prothèse ; plaie de la face dorsale du gros orteil ; dépression		Alcoolique ; insuffisance hépatique avec une cirrhose ; fracture du col du fémur ; dépression		Accident cardio-vasculaire cérébral ischémique ; hémiplégie droite et aphasie ; dépression		Alzheimer		Dégénérescence neurologique		Alzheimer avancé	
Habite		Mère (83 ans)		Seule		Conjoint et mère (86 ans)		Conjointe (73 ans)		Conjoint (75 ans)		Conjointe (76 ans)		Fille (60 ans) et gendre	
Niveau de dépendance		Gir 4		Gir 2		Gir 4		Gir 3		Gir 1		Gir 2		Gir 2	
Apa montant max.		541 €		1 081 €		541 €		811 €		1 262 €		1 081 €		1 081 €	
Apa montant du plan		375 €		1 079 €		327 €		394 €		540 €		929 €		926 €	
Taux d'utilisation		69 %		99,7 %		61 %		49 %		43 %		86 %		85,6 %	
Panier de services		**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**
- Soins (Ssiad)	heures/ mois			20	983 €			22,5	737 €	45	1 475 €	45	1 475 €		
Sécurité sociale mensuel (total)			**0 €**		**20 €**		**0 €**		**737 €**		**1 475 €**		**1 475 €**		**0 €**
- Accueil journalier	jours/ mois											9	253 €	9	253 €
- Aide corporelle	heures/ mois	15	273 €			15	273 €							15	273 €
- Aide ménagère	heures/ mois	4	73 €	3	55 €	3	55 €	8	145 €	8	145 €	12	218 €	12	218 €
- Présence, repas	heures/ mois			45	818 €			12	218 €	15	273 €	24	436 €	10	182 €

■■■

Cas		1 Monsieur A		2 Madame B		3 Madame D		4 Monsieur E		5 Madame O		6 Monsieur T		7 Monsieur J	
- Téléalarme	contrat/ mois	1	30 €					1	30 €						
- Portage de repas	unités/ mois			30	69 €										
- Frais liés à l'hygiène	coût/ mois			1	137 €					1	122 €	1	22 €		
Apa (total mensuel)		**373** €		**1 079** €		**328** €		**393** €		**540** €		**929** €		**926** €	
- Hébergement	jours/ mois											9	253 €	9	253 €
Frais repas et hébergement		**0 €**		**0 €**		**0 €**		**0 €**		**0 €**		**253 €**		**253 €**	
Situation financière		**1 328 €**	**2 603 €**	**972 €**	**> 2 603 €**	**1 943 €***	**2 900 €***	**1 734 €***	**2 849 €***	**2 248 €***	**3 258 €***	**2 849 €***	**3 258 €***	**1 100 €**	**> 2 603 €**
Coût Sécurité sociale				983 €	983 €			737 €	737 €	1 475 €	1 475 €	1 475 €	1 475 €		
Coût prestations Apa		376 €	376 €	1 079 €	1 079 €	328 €	328 €	393 €	393 €	540 €	540 €	929 €	929 €	926 €	926 €
Ticket modérateur Apa		26,2 %	80,3 %	11,1 %	90,0 %	18,4 %	44,7 %	13,0 %	41,0 %	26,0 %	51,2 %	41,0 %	51,2 %	15,0 %	90,0 %
Aide Apa		277 €	74 €	959 €	108 €	268 €	181 €	342 €	232 €	400 €	264 €	548 €	453 €	787 €	93 €
Dépenses pour la personne (mensuel)		**99 €**	**302 €**	**120 €**	**971 €**	**60 €**	**147 €**	**51 €**	**161 €**	**140 €**	**277 €**	**634 €**	**729 €**	**392 €**	**1 086 €**
Aide (total mensuel)		**277 €**	**74 €**	**1 942 €**	**1 091 €**	**268 €**	**181 €**	**1 079 €**	**969 €**	**1 875 €**	**1 738 €**	**2 023 €**	**1 928 €**	**787 €**	**93 €**
Taux de reste à charge hors Ssiad		26 %	80 %	11 %	90 %	18 %	45 %	13 %	41 %	26 %	51 %	54 %	62 %	33 %	92 %
Taux de reste à charge avec Ssiad		-	-	6 %	47 %	-	-	5 %	14 %	7 %	14 %	24 %	27 %	-	-

Source : auteur.
* Revenus du couple.

dans très peu de cas à Kobe. En effet, en France, l'aide ménagère et l'aide corporelle (telles que l'aide à la toilette ou l'habillage) constituent les principaux éléments des plans d'aide de l'Apa. Dans certains cas, les conjoints ou parents cohabitant bénéficient également d'aides ménagères à travers d'autres dispositifs destinés aux personnes âgées en Gir 5 ou 6 [16]. Dans les plans constitués pour l'Isère, l'Apa se concentre sur les aides corporelles et sur la présence pour les cas d'Alzheimer. L'aide ménagère dans les cas de Kobe ne concernait en revanche que deux cas sur sept. L'aide ménagère est avant tout incluse dans les plans destinés aux personnes vivant seules. Dès lors que le bénéficiaire habite avec une personne autonome, le plan d'aide est orienté vers l'aide corporelle et l'accueil de jour qui propose aussi bien des aides corporelles que des exercices physiques.

La fréquente utilisation de l'aide ménagère dans les plans d'aide en Isère par rapport à ceux de Kobe ne reflète pas un usage particulièrement important de cette forme d'aide en Isère mais au contraire un emploi limité au Japon où le ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales restreint son utilisation à des situations spécifiques. L'utilisation de l'aide ménagère étant fortement règlementée dès lors que la personne âgée dépendante est en cohabitation avec une personne autonome, les *Care Managers* japonais orientent le plan d'aide vers d'autres services.

L'analyse de la combinaison des aides tend à souligner le caractère particulièrement standardisé du système japonais. Les personnes âgées dépendantes ont accès à un panier de services prédéterminés selon leurs niveaux de dépendance. Les services qui n'ont pas été spécifiquement prévus par le ministère ne peuvent pas être intégrés dans les plans d'aide. L'utilisation des services peut également être soumise à des contraintes en fonction de l'environnement familial. Du fait de son manque de souplesse, ce système peut être critiqué notamment dans la prise en charge de cas particuliers qui nécessitent des aides non prévues par l'assurance. En France, une grande souplesse est laissée aux Conseils généraux et aux Ssiad dans la manière d'établir les plans d'aide afin de les adapter aux besoins de la personne aidée. Toutefois, des contraintes en matière budgétaire et d'offres viennent limiter l'accès à certaines catégories de services, notamment ceux d'accueil de jour.

VI. L'impact des revenus sur l'aide publique perçue

Une logique de copaiement sous-tend l'articulation des financements publics et des contributions financières aussi bien dans le cadre de l'assurance dépendance japonaise que dans celui de l'Apa. Appliquant un ticket modérateur fixe à 10 %, l'assurance japonaise est *a priori* un système sans

16. Notamment les aides sociales aux personnes âgées ou les aides de la Caisse de retraite.

mécanisme de progressivité, contrairement à l'Apa qui est très progressif (ticket modérateur qui varie entre 0 à 90 %). Toutefois, aussi bien au Japon qu'en France, d'autres modalités ou dispositifs participent à la prise en charge de la dépendance et viennent modifier la participation des bénéficiaires. La suite de l'article s'intéresse non pas au ticket modérateur mais au coût total laissé à la charge du bénéficiaire et à l'aide nette qu'il perçoit compte tenu de ses revenus.

VI.1. Le montant de l'aide publique au Japon

Le niveau de revenus de la personne aidée influence la valeur de l'aide à travers trois canaux : la cotisation, les aides supplémentaires et le taux d'utilisation.

Premièrement, l'assurance dépendance ne prévoit aucune progressivité du ticket modérateur mais applique une cotisation progressive. Toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, qu'elles soient bénéficiaires d'une aide ou non, versent une cotisation fixée par la municipalité qui augmente avec les revenus [17] (encadré 4). Elle constitue une charge pour l'assuré qui n'utilise aucun service, mais dès lors qu'il bénéficie d'une prestation supérieure à un seuil [18], la cotisation peut être considérée comme une partie du reste à charge. Elle introduit donc de la progressivité sur le reste à charge de l'usager. D'après les scénarios de notre étude, l'application de différents niveaux de cotisation à des plans *standards* nous permet de mettre en évidence une fluctuation des restes à charge nets entre 16 % et 40 %. L'écart du taux de reste à charge entre les faibles revenus (personnes versant la cotisation la plus faible) et les revenus élevés (personnes versant la cotisation maximale) est au minimum de 2 points de pourcentage (cas 7) et au maximum de 22 points (cas 1) [19].

Deuxièmement, les différentes aides financières supplémentaires offrent la possibilité aux personnes ayant de faibles revenus de réduire les dépenses à leur charge. Il convient toutefois de mettre en avant le *Seikatsu Hogo* : cette aide sociale est destinée aux personnes particulièrement démunies et permet aux bénéficiaires d'être intégralement exonérés des cotisations et frais de prestations de l'assurance dépendance. Les personnes concernées bénéficient également de réductions pour les frais annexes engendrés par le plan d'aide mais non pris en charge par l'assurance (notamment les frais d'hébergement et les frais de repas des centres d'accueil). Cette aide n'est attribuée que selon des critères stricts : si la décision est prise au cas par cas, le demandeur doit théoriquement épuiser son capital avant de pouvoir en bénéficier. Les autres aides, à l'accès moins restrictif, plafonnent la valeur

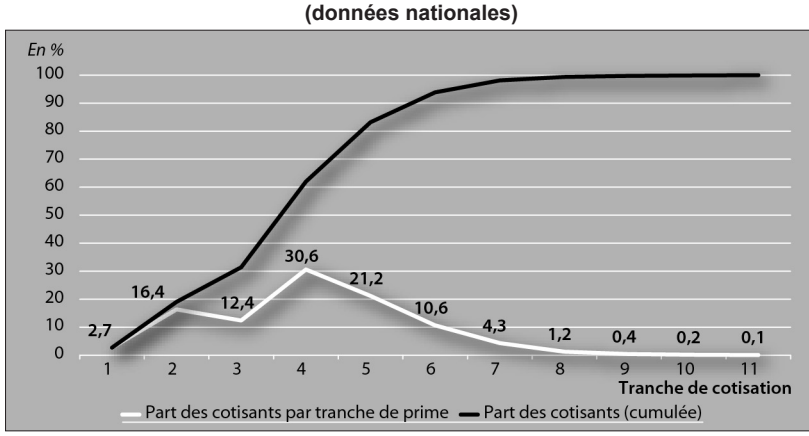
17. La cotisation de Kobe variait de 19 à 74 euros selon les revenus en 2011.
18. Seuil = cotisation/0,9. Le ticket modérateur étant défini à 10 %, l'utilisation des prestations à hauteur de ce seuil équivaut à percevoir une aide d'un montant correspondant à la cotisation.
19. Les détails de ces données sont disponibles auprès de l'auteur sur demande.

Encadré 4

Le niveau des cotisations de l'assurance dépendance

Le niveau de cotisation d'un assuré est un prorata d'un montant de référence (le prorata pouvant aller de 0,5 pour les plus faibles revenus à 2 pour les plus aisés). Les municipalités peuvent prévoir de six à une dizaine de niveaux différents. Kobe en prévoit neuf. La cotisation à Kobe peut varier de 19 euros à 74 euros par mois en fonction des revenus, la cotisation de référence étant de 37 euros. Les cotisations des trois premières tranches s'appliquent aux assurés dont aucun membre du ménage n'est imposable. Ce sont également les personnes qui peuvent potentiellement bénéficier d'aides supplémentaires. Ainsi, la cotisation minimale et celle de la troisième tranche ont été retenues pour les cas *faibles avec aide*, le premier pour les assurés bénéficiant de la protection sociale *Seikatsu Hogo* et le second pour les autres. D'après les données du ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales, 30 % des assurés de première catégorie (âgés de 65 ans et plus) versent une prime correspondant à l'une des trois premières tranches. La prime de référence correspond à la quatrième tranche qui s'applique aux assurés non imposables mais dont un membre du foyer l'est. Les personnes imposables mais dont les revenus nets annuels (*goukei shotoku kingaku*) sont inférieurs à 11 666 euros versent la prime de la cinquième tranche. Les cotisants de ces deux tranches représentent plus de 50 % des assurés âgés de 65 ans et plus (graphique 1) et correspondraient aux situations de faibles revenus, sans pour autant pouvoir bénéficier d'aides supplémentaires. La prime de référence a donc été retenue pour les cas faibles sans aide de ce projet. Celles appliquées aux cas standard et importants sont respectivement de 46 euros (5 868 yens qui correspond à la tranche 6) et de 74 euros (9 388 yens qui correspond à la prime maximale).

Graphique 1. Part des assurés par tranche de prime en 2011 (données nationales)



Note : 30,6 % des assurés de la première catégorie (personnes âgées de 65 ans et plus) versent les primes de la quatrième tranche. 60 % des assurés de la première catégorie versent une cotisation égale ou inférieure à celle de la quatrième tranche.
Source de données : mhlw.go.jp.

du reste à charge ou financent une partie des dépenses de prestations ou des frais annexes supportés par l'usager.

Finalement, malgré l'existence d'aides financières complémentaires, une personne ayant de faibles revenus peut être contrainte de limiter son utilisation de l'assurance dépendance. Les aides financières ne sont pas automatiquement attribuées en fonction des revenus, mais doivent faire l'objet d'une demande spécifique. L'usager peut être réticent à effectuer ces démarches en raison de la lourdeur administrative ou par peur de la stigmatisation. Enfin, malgré un faible niveau de revenus, celui-ci peut rester trop élevé pour que l'utilisateur puisse bénéficier d'aides supplémentaires. Or, si la personne aidée ne bénéficie d'aucune aide supplémentaire, le taux de reste à charge (hors cotisation) est le même quel que soit le niveau de revenu. Une personne ayant de faibles revenus peut alors être amenée à réduire l'utilisation des services afin de limiter le montant de reste à charge tandis qu'une personne aisée sans contrainte financière peut optimiser davantage le plan d'aide. À ticket modérateur constant, la diminution du taux d'utilisation réduit mécaniquement l'aide apportée. Cette dernière peut être supérieure pour les personnes aisées que pour celles ayant des revenus plus faibles.

Si la cotisation et les aides supplémentaires tendent à augmenter l'aide consacrée aux personnes ayant de faibles revenus, le système du ticket modérateur fixe favorise une variabilité du taux d'utilisation qui profite davantage aux personnes aisées. Les cinq plans d'aide prévus pour le cas 2 illustrent des configurations auxquelles les *Care Managers* sont confrontés au quotidien et montrent ces différents mécanismes (tableau 6). La dépendance de Madame B est évaluée au niveau dépendance 3, ce qui lui ouvre le droit de bénéficier d'un plan correspondant à 26 750 unités. Les cinq configurations traduisent des situations financières différentes. Dans le tableau 6, elles sont classées par ordre croissant.

Dans la situation *faible sans aide*, la personne âgée dépendante a de faibles revenus et ne bénéficie d'aucune aide supplémentaire. Elle réduit alors les dépenses restant à sa charge en limitant son taux d'utilisation de l'assurance à 6 885 unités (soit 25,7 % du plafond d'unités). Sa prise en charge revient au total à 657 euros [20], dont 481 euros financés par l'assurance dépendance et 176 euros par l'usager.

Dans la situation *faible avec aide (1)*, l'usager bénéficie d'aides supplémentaires qui viennent baisser le taux restant à sa charge, mais il maintient un plan d'aide réduit afin de limiter ses dépenses. Sa cotisation est plus faible pour la situation *faible sans aide*. Le contenu du plan d'aide est le même que pour la situation précédente, mais il ne reste plus que 100 euros à sa charge.

20. Taux de change en parité de pouvoir d'achat 2010 (OCDE).

Tableau 6. Plans d'aide pour le cas 2 – illustration de cinq situations différentes

Cas		**Cas 2 – Madame B**									
Pathologie		Fracture du col ; luxation de la prothèse ; plaie de la face dorsale du gros orteil ; dépression									
Habite		Seule									
Situation financière		**Faible avec aide (2)**		**Faible avec aide (1)**		**Faible sans aide**		**Standard**		**Important**	
Plafond d'unités		26 750									
Unités utilisées		25 259		6 885		6 885		25 259		23 286	
Taux d'utilisation		94,4 %		25,7 %		25,7 %		94,4 %		87,1 %	
Panier de services		**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**
- Aide corporelle	heures/mois	11	471 €	4,5	257 €	4,5	257 €	11	471 €		
- Aide ménagère	heures/mois	22	426 €	4,5		4,5		22	426 €		
- Soins infirmiers	heures/mois	2	144 €					2	144 €		
- Centre d'accueil de jour	jours/mois	5	398 €	4	319 €	4	319 €	5	398 €		
- Centre de séjour court	jours/mois	8	719 €					8	719 €		
- Établ. multifonctionnel	mois									1	1 842 €
Prestation assurance dépendance		**2 158 €**		**576 €**		**576 €**		**2 158 €**		**1 842 €**	

■ ■ ■

Cas		Cas 2 – Madame B									
- Portage de repas	unité/mois			17	60 €	17	60 €				
- Hébergement	jours/mois		8	20				8	20 €	8	158 €
- Repas (Séjour)	jours/mois		8	87 €				8	87 €	8	76 €
- Repas (Accueil de jour)	jours/mois	5	26 €	4	21 €	4	21 €	5	26 €	22	209 €
Frais repas et hébergement		**133 €**		**81 €**		**81 €**		**133 €**		**443 €**	
Ticket modérateur		10 %		10 %		10 %		10 %		10 %	
Aide assurance standard		1 942 €		518 €		518 €		1 942 €		1 658 €	
Aides complémentaires		303 €		67 €		0 €		0 €		0 €	
Reste à charge assurance		0 €		6 €		58 €		216 €		184 €	
Reste à charge repas & hébergement		46 €		66 €		81 €		133 €		443 €	
Cotisation		0 €		28 €		37 €		46 €		74 €	
Dépenses pour la personne (mensuel)		46 €		100 €		176 €		395 €		701 €	
Aide nette de la cotisation (mensuel)		2 245 €		557 €		481 €		1 896 €		1 584 €	
Part des dépenses pour la personne		2,0 %		15,2 %		26,8 %		17,2 %		30,7 %	

Source : auteur.

Le plan d'aide *faible avec aide (2)* correspond à la situation où l'usager est financièrement démuni et peut bénéficier de l'aide sociale (*Seikatsu Hogo*). Le bénéficiaire est alors exonéré de la quasi-totalité des frais. Dans ce contexte, malgré un faible revenu, la personne âgée dépendante peut utiliser la totalité des droits de l'assurance dépendance avec une faible voire aucune dépense personnelle. Ici, le taux d'utilisation atteint 94 % (équivalent au plan *standard*) mais l'usager ne participe aux dépenses qu'à hauteur de 46 euros (soit 2 % des dépenses totales), le reste (2 246 euros) étant financé par l'assurance dépendance et le *Seikatsu Hogo*.

Les deux dernières situations concernent les personnes suffisamment aisées pour bénéficier de la totalité de l'aide. Dans la situation *standard*, l'usager maximise l'utilisation de ses droits alors que dans la situation *important*, il constitue le plan d'aide qui lui correspond le plus sans se soucier des coûts à sa charge. La différence entre les deux configurations réside dans les dépenses annexes engendrées par le plan d'aide et qui ne rentrent pas dans le cadre de l'assurance dépendance. Les restes à charge de ces deux plans sont respectivement de 396 et 701 euros. Ils sont bien supérieurs aux autres plans, mais les dépenses publiques sont elles aussi importantes (1 896 euros et 1 583 euros).

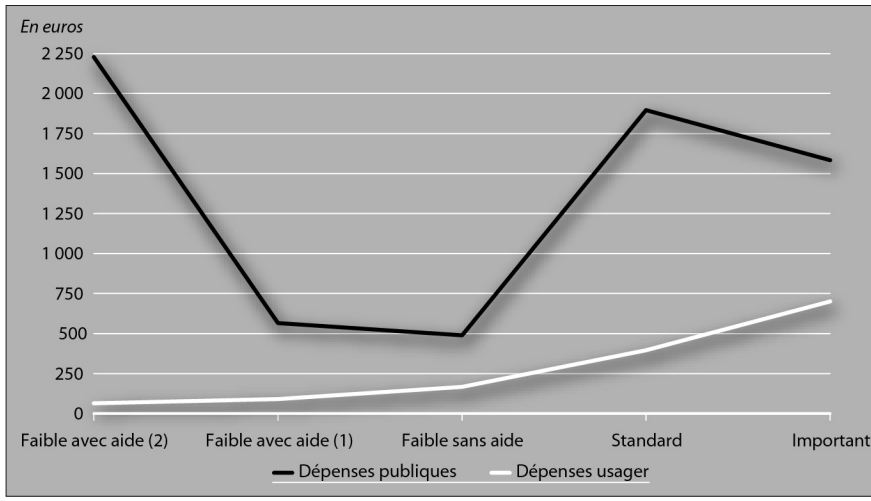
Dans cet exemple du cas 2, les dépenses de l'usager augmentent avec les revenus mais les dépenses publiques sont particulièrement importantes pour les personnes les plus démunies et les personnes aisées (graphique 2). Premièrement, l'aide consacrée aux personnes particulièrement démunies est la plus importante en raison des aides financières supplémentaires destinées aux plus démunis. Deuxièmement, les *Care Managers* ont constitué les plans d'aide sous l'hypothèse que le taux d'utilisation des services à niveau de dépendance et à taux de reste à charge équivalent est plus important pour les personnes ayant des revenus élevés. Ainsi le taux d'utilisation des services, et par conséquent l'aide publique est particulièrement importante pour les personnes les plus aisées.

L'aide apportée dans la configuration *standard* et *faible avec aide (2)* est respectivement quatre et cinq fois plus importante que celle apportée à l'usager qui ne bénéficie d'aucune aide supplémentaire. Si les configurations ne constituent pas une illustration nécessairement représentative, elles rendent compte de situations rencontrées par les professionnels de terrain. L'analyse des différentes situations pour les cas 3 et 4 montre une tendance équivalente avec toutefois un écart des dépenses publiques entre l'aide *standard* et l'aide faible sans aide moins marqué.

L'effort public inclut la part du plan d'aide financée par l'assurance dépendance nette de la cotisation et les aides supplémentaires consacrées aux personnes ayant de faibles revenus. La nature progressive de la cotisation et les aides supplémentaires tendent à augmenter l'effort public destiné aux

moins aisés. En revanche, les personnes ayant des contraintes financières et ne bénéficiant pas ou peu d'aides supplémentaires peuvent être amenées à réduire le taux d'utilisation. Les dépenses prises en compte par l'assurance dépendance sont par conséquent également moins importantes. Le cumul de ces différents éléments conduit à un système japonais généreux pour les plus démunis et les personnes aisées, et moins généreux pour la classe moyenne, comme le montre la forme en U de la courbe des dépenses publiques (graphique 2).

Graphique 2. Dépenses publiques et dépenses de l'usager au Japon (cas 2)



Source : auteur.

VI.2. Le montant de l'aide publique en France

L'Apa et le Ssiad constituent les principaux dispositifs de la prise en charge de la dépendance en France, mais d'autres mesures peuvent modifier l'aide *réellement* perçue par une personne âgée dépendante. Dans un premier temps, cette section cible l'impact des revenus sur l'aide dans le cadre classique de l'Apa et du Ssiad, puis dans un second temps élargit l'analyse aux réductions d'impôts dans le cadre des dépenses d'emploi de personnel à domicile.

Les plans d'aide de l'Apa et du Ssiad sont constitués en fonction des besoins de l'usager sans tenir compte du niveau des revenus. Quelle que soit la situation financière (situation 1 ou 2 du tableau 5), les plans d'aide sont identiques. Concernant la répartition du financement, l'Apa applique un ticket modérateur progressif en fonction des revenus tandis que les dépenses liées aux prestations du Ssiad sont intégralement financées par la Sécurité sociale.

Ainsi la répartition est progressive avec une participation au financement des usagers de 0 à 90 % des dépenses des plans d'aide qui ne comportent pas de soins du Ssiad. Dans le cadre des cas-types, les tickets modérateurs varient de 11 à 90 %. Lorsque le plan comporte des soins du Ssiad, l'ampleur de la progressivité est plus faible. Les taux de reste à charge des plans d'aide incluant des soins du Ssiad (cas 2, 4, 5 et 6) se situent dans l'étude entre 5 % et 47 %. Au final, pour un même plan d'aide, la participation de l'usager au financement augmentant avec les revenus, l'aide nette perçue par le bénéficiaire est maximale pour les personnes démunies et décroît progressivement pour être minimale pour les plus aisées.

Le niveau des revenus, en revanche, peut venir fortement modifier ce constat lorsque le cadre d'analyse est étendu aux mesures fiscales. 50 % des sommes versées pour des services à la personne peuvent être déduites de l'impôt sur les revenus dans la limite de 562,5 euros par mois (soit 6 750 euros par an) et par foyer ayant une personne âgée de 65 ans et plus. Pour un foyer avec plus d'une personne âgée d'au moins 65 ans, la limite s'élève à 625 euros par mois (7 500 euros par an).

Cette mesure fiscale concerne principalement les personnes aisées. En effet, les personnes qui souhaitent en bénéficier doivent être capables d'avancer les dépenses pendant plus d'un an et avoir des revenus suffisamment importants pour être assujetties à l'impôt sur les revenus. Du point de vue de l'usager, cette mesure équivaut à une aide apportée par l'État avec une participation du bénéficiaire de 50 % et un plafond d'utilisation de 1 125 ou 1 250 euros par mois.

Cette mesure offre ainsi plusieurs possibilités à celui qui en bénéficie. D'une part, il peut limiter le taux de reste à charge à 50 % ou moins (dans le cas où le plan d'aide contient des prestations du Ssiad). L'usager dont le ticket modérateur de l'Apa est supérieur à 50 % peut renoncer à l'Apa et privilégier l'utilisation de la réduction d'impôts. D'autre part, il peut augmenter le volume du plan d'aide. Le plafond de l'Apa pour le Gir 1 étant de 1 261,59 euros et le taux moyen d'utilisation d'environ 78 %, il est fort probable que le plan d'aide proposé par l'Apa soit inférieur au plafond prévu dans le cadre de la mesure fiscale. L'usager peut privilégier la mesure fiscale, voire combiner les deux.

La superposition des différents dispositifs conduit à une courbe en U des dépenses publiques françaises en fonction des revenus de l'usager. L'aide nette est particulièrement importante pour les moins aisés qui bénéficient de l'Apa sans contrepartie et pour les plus aisés qui peuvent bénéficier de la réduction d'impôts.

La prise en compte de l'ensemble des dispositifs souligne que le système de prise en charge reste inégal avec une classe moyenne moins favorisée que les foyers les plus aisés. Toutefois la France semble être moins inégalitaire

pour les plus faibles revenus. Premièrement, la prise en compte des revenus est systématique. Les personnes ayant de faibles revenus bénéficient ainsi automatiquement d'une aide plus importante, contrairement au système japonais qui exige des démarches supplémentaires. Deuxièmement, l'écart des dépenses publiques entre les personnes aisées et les personnes bénéficiant d'un minimum d'aide reste plus modéré. Dans le cadre des cas-types, il ne dépasse pas 600 euros par mois en France tandis qu'au Japon, il peut atteindre plus de 1 400 euros. Finalement, hormis pour les plans d'aide qui comportent des soins du Ssiad, les personnes aisées contribuent au financement au moins à hauteur de 50 % tandis qu'au Japon, le ticket modérateur peut aisément être inférieur à 20 %.

Conclusion

Notre méthode de comparaison par les cas-types appréhende l'aide dont peut réellement bénéficier une personne âgée dépendante en fonction de sa situation et ainsi met en évidence la logique sous-tendant les deux systèmes. Nous focalisons notre étude sur deux axes qui nous semblent être des points essentiels : le niveau de formalisation et la prise en compte des inégalités de revenus par les dispositifs d'aide.

Un dispositif soumis à des procédures spécifiques et à des règlementations strictes est considéré comme étant marqué par un degré important de *formalisation*. À cet égard, la France présente davantage les caractéristiques propres à un système assistantiel, tandis que le Japon présente celles d'un système d'assurance sociale. Un système de type assistantiel prend en compte le niveau de revenus et la situation familiale (capacité à apporter de l'aide), et par conséquent apporte des solutions aux besoins de la personne âgée dépendante de manière plus flexible. Le fonctionnement d'un système de type assurantiel est quant à lui conditionnel à des droits individuels préalablement définis, impliquant ainsi une plus grande rigidité du système mais également une liberté plus importante pour l'usager. L'assurance dépendance japonaise apparaît ainsi comme un système particulièrement formalisé. À travers l'application de critères stricts, le ministère impose une vision claire de la prise en charge et incite au développement de services spécifiques. L'importance relative de la prise en charge mixte, combinant la prise en charge à domicile et en centre d'accueil de jour, est également la conséquence d'un mode de tarification privilégiant son utilisation. En revanche, ce système manque de souplesse et peut porter préjudice pour des cas particuliers qui nécessitent des aides non prévues dans le cadre de l'assurance. Avec l'adoption de l'Apa, le système de prise en charge français est également marqué par un plus grand degré de formalisation qu'auparavant, mais il reste bien plus souple que le système japonais : une grande

liberté est laissée aux Conseils généraux et aux Ssiad. En outre, une logique de prise en charge claire n'apparaît pas au niveau national, ce qui peut générer des inégalités territoriales plus fortes.

La prise en compte des revenus dans l'attribution des aides reflète l'importance qu'accordent les gouvernements à la lutte contre les inégalités de revenus. Le système japonais paraît moins soucieux de ce type de disparités. Si les cotisations varient selon les revenus, le ticket modérateur est le même quels que soient les revenus. Par ailleurs, le système d'assurance prévoit des mécanismes d'aides supplémentaires pour les personnes moins aisées mais leur attribution doit faire l'objet d'une demande supplémentaire. Au final, l'effort public peut être particulièrement important pour les plus démunis et les personnes aisées. Par contre, les classes moyennes, ne bénéficiant d'aucune aide supplémentaire, apparaissent défavorisées par rapport au reste de la population. Dans le cas français, la prise en compte de l'ensemble des dispositifs souligne également un système de prise en charge en forme de U. Toutefois la France semble accorder un poids plus significatif à la question des disparités sociales.

Rappelons au final que cette étude se focalise sur la prise en charge à domicile. Or la prise en charge en établissement peut également représenter une part importante de l'aide apportée par le système mis en œuvre par l'État. En 2010, 23 % des bénéficiaires de l'assurance dépendance japonaise et 40 % des bénéficiaires de l'Apa étaient en établissement. Une étude élargissant l'analyse à la prise en charge en établissement serait donc nécessaire pour une compréhension plus fine des logiques de prise en charge de la dépendance.

Références bibliographiques

Bertrand D., Falinower I. (2011), « Les services de soins infirmiers à domicile en 2008 », *Document de travail*, n° 160, série Statistiques, Drees, août.

Campbell J.C., Ikegami N. (2003), « Japan's Radical Reform of Long-term Care », *Social Policy & Administration*, vol. 37, n° 1, p. 21-34, February.

Chevreul K. (dir.) (2009), *Les patients en service de soins infirmiers à domicile (Ssiad) : le coût de leur prise en charge et ses déterminants*, ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité, Paris.

Colombo F., Llena-Nozal A., Mercier J., Tjadens F. (2011), « Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care », *OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing.

Duée M., Rebillard C. (2006), « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », in *Données sociales – La société française édition 2006*, Paris, Insee, p. 613-619.

Gimbert V., Malochet G. (dir.) (2011), *Les défis de l'accompagnement du grand âge. Perspectives internationales pour éclairer le débat national sur la dépendance*, Paris, Conseil d'analyse stratégique, juin.

Ishii K. (2013), *Système de prise en charge des personnes âgées dépendantes : une étude comparative entre la France et le Japon*, Recherche effectuée dans le cadre d'une convention conclue entre l'IRES et la CFE-CGC, septembre.

Kergueris J. (2010), *Rapport d'information fait au nom de la de la Délégation sénatoriale à la prospective sur l'avenir des services à la personne*, n° 589, Sénat, 30 juin.

Le Bihan B. (2002), « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède : une étude de cas-types », *Études et Résultats*, n° 176, juin.

Le Bihan-Youinou B. (2010), « La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France. Vers la création d'un cinquième risque ? », *Informations sociales*, n° 157, p. 124-133.

Le Bihan B., Martin C. (2006), « A Comparative Case Study of Care Systems for Frail Elderly People: Germany, Spain, France, Italy, United Kingdom and Sweden », *Social Policy & Administration*, vol. 40, n° 1, p. 26-46.

Le Bihan B., Martin C. (2008), « Comment comparer les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes en Europe ? », *in* Guillemard A.-M. (dir.), *Où va la protection sociale ?*, Paris, PUF, p. 289-311.

Rosso-Debord V. (2010), *Rapport d'information déposé par la Commission des Affaires sociales en conclusion de la mission sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes*, Assemblée nationale, n° 2647, 23 juin.

Vasselle A. (2008), *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création d'un cinquième risque*, n° 447, Sénat, 8 juillet.