SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES : UNE ÉTUDE COMPARATIVE ENTRE LA FRANCE ET LE JAPON

Karine ISHII*

* PSL, Université Paris Dauphine, LEDa-DIAL,
Doctorante à l'Université Paris-Dauphine, sous la direction de Pierre Ralle.
Place du Maréchal de Lattre de Tassigny, 75775 Paris CEDEX 16, France,
e-mail: *karine.ishii@dauphine.fr*

Janvier 2014

Recherche effectuée dans le cadre d'une convention conclue
entre l'Institut de Recherches Économiques et Sociales (IRES) et la CFE-CGC

REMERCIEMENTS

Je remercie en premier lieu mon directeur de thèse Pierre Ralle pour son encadrement et ses nombreuses relectures.

Je tiens également à remercier les professeurs John Creighton Campbell, Junichi Hisazuka, Blanche Le Bihan-Youinou, Sébastien Lechevalier et Yayoi Saito. Cette étude n'aurait pu être menée à bien sans leurs précieux conseils et leur soutien.

J'adresse par ailleurs mes sincères et chaleureux remerciements aux personnes qui ont bien voulu participer au projet. Je remercie Maylis Bolze, Anne-Marie Laumay, Michèle Borlet, Tsukasa Yamaguchi, Masayuki Ochi, Naomi Ookubo pour la générosité de leur implication, leur disponibilité et leur patience.

Je souhaite également remercier toutes les personnes que j'ai interviewées et qui m'ont aidée dans le cadre de cette recherche. Je remercie Annie Brantus, Gérard Cardin, Michèle Doineau, Martin Duvallon, Geneviève Richiero, Kyouichi Seki, Toshikazu Seki, Yasushi Shibata, Daisuke Sugimoto, Kyouichi Tounai, Georges Vallet, l'équipe du centre d'accueil de jour *Care Hyukkari,* l'équipe de l'Établissement *Jyo ga Saki no Sono,* les Care-managers du *Chiiki-Hohkatsu-Shien Center* de Tajima, le département des services pour les personnes âgées de la Mairie d'Itoh et le département de l'assurance sociale de la Mairie de Naga-Izumi.

Je remercie enfin Sabine Delzescaux, Olivier Françaix, Damien Gaudichon, Li-Hua Luu et Li-kim Luu pour leurs conseils, relectures et corrections.

ABRÉVIATIONS

ACA	Allocation Complémentaire d'Autonomie
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AIS	Actes Infirmiers de Soins
AMI	Actes Médicaux Infirmiers
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
ASH	Aide Sociale à l'Hébergement
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico Sociale
CSA	Contribution Solidarité pour l'Autonomie
CSG	Contribution Sociale Généralisée
DDTEFP	Direction Départementale du Travail et de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP	Équivalent Temps Plein
GIR	Groupes Iso-Ressources
MHLW	Ministère japonais de la Santé, du Travail et des Affaires Sociales
MRS	Mission Régionale de Santé
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économiques
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
SMIC	Salaire Minimum Interprofessionel de Croissance
SPASAD	Services Polyvalents d'Aides et de Soins À Domicile
SSIAD	Service de Soins Infirmiers À Domicile
USLD	Unités de Soins de Longue Durée

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS 2

ABRÉVIATIONS 3

RÉSUMÉ 7

INTRODUCTION 9

CHAPITRE 1. CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE AU JAPON ET EN FRANCE 13

Introduction 13

1. Contexte démographique et les défis face au vieillissement de la population 14

2. Le choix des différents systèmes de prise en charge 19

3. Le périmètre de la dépendance et les efforts publics 24

Conclusion 29

4. Annexe 30

CHAPITRE 2. COMPARAISON INSTITUTIONNELLE DES SYSTÈMES DE PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE AU JAPON ET EN FRANCE 35

Introduction 35

1. L'assurance dépendance au Japon 37

2. La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France 42

3. Une comparaison à travers quatre dimensions 50

Conclusion 59

CHAPITRE 3. COMPARAISON DES SYSTÈMES DE PRISE EN CHARGE AU JAPON ET EN FRANCE : UNE ÉTUDE PAR LES CAS-TYPES 61

Introduction 61

1. Méthodologie 62

2. Résultats 76

Conclusion 93

3. Annexe 95

BIBLIOGRAPHIE 109

RÉSUMÉ

Cette étude analyse les systèmes de prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes au Japon et en France. En s'appuyant sur deux méthodes comparatives (comparaison institutionnelle et étude de cas-types), l'objectif est de caractériser les bases (notamment politiques) des différences entre ces deux systèmes et de mettre en exergue des similarités parfois fondamentales mais peu visibles. L'étude est constituée de trois parties. La première présente l'évolution démographique et retrace l'émergence des politiques concernant les personnes âgées dans les deux pays. La deuxième compare les principaux dispositifs d'un point de vue institutionnel à travers l'étude de quatre dimensions : le mode de financement, le critère d'accès, la nature de la prestation et l'organisation et la gestion. Finalement, une comparaison par les cas-types permet d'analyser l'impact des divers dispositifs en se plaçant du point de vue de l'usager.

Suite à une pression démographique plus importante et précoce, les initiatives en matière de politiques destinées aux personnes âgées dépendantes au Japon précèdent celles de la France. Les premières mesures japonaises remontent à la fin des années 80, soit une dizaine d'années avant la France qui instaure la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) en 1997, puis la remplace par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) en 2002. Depuis la mise en place de l'assurance dépendance obligatoire en 2000, la prise en charge de la dépendance à domicile au Japon s'organise principalement autour d'un système unique, alors que la France s'appuie sur une imbrication de plusieurs dispositifs. Le système français est ainsi plus fragmenté qu'au Japon.

Les deux systèmes sont financés par la combinaison d'impôts et des cotisations sociales, avec une part plus importante des cotisations pour le Japon. L'accès aux droits au Japon est déterminé par le niveau de dépendance et un critère d'âge. Les revenus et la présence ou non d'aidants informels ne viennent en principe pas modifier l'accès ou la quantité d'aide accessible. En France, l'aide est apportée en fonction des besoins individuels prenant en compte aussi bien les revenus que la présence d'aidants informels. Dans les deux pays, l'aide se traduit par des prestations en nature avec une participation financière de l'usager. Au Japon, l'usager constitue lui-même le plan d'aide qu'il souhaite dans les limites de ses droits ; en France il est constitué par le Conseil Général ou le Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) mais non par l'usager. La prise en charge de la dépendance à domicile s'organise ainsi davantage comme un système de type assurantiel pour le Japon, et assistantiel pour la France. Malgré ces différences, les deux pays sont fortement marqués par la volonté de développer un marché des services à la personne et les politiques concernant la dépendance sont orientées par cet objectif.

D'après l'étude par les cas-types, le système japonais apparaît comme un système particulièrement formalisé qui privilégie le développement de services spécialement destinés aux personnes âgées dépendantes et oriente la logique de prise en charge. En revanche, le niveau de revenus n'étant pas systématiquement pris en compte, il tend à privilégier les personnes ayant de hauts revenus. En France, une logique de prise en charge claire n'apparaît pas au niveau national, et le marché offre moins de services spécialisés dans la dépendance. Toutefois le niveau des revenus de l'usager constitue un élément plus important qu'au Japon.

Au final, la question de la dépendance s'impose davantage comme une priorité au Japon. La volonté de développer le marché des services à la personne s'inscrit dans le cadre de la politique de la dépendance et ne concerne que les services spécifiquement destinés aux personnes âgées dépendantes. La réforme de 2000 a été l'occasion d'une part de définir les objectifs nationaux en termes de dépendance, mais également de mettre en place un système de suivi systématique. En France, si la mise en place de l'APA a été accompagnée d'une volonté de créer des emplois, les différentes mesures ne semblent pas avoir été organisées autour d'une orientation claire de ce que doit être la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

INTRODUCTION

Si la croissance de la part des personnes âgées de 65 ans et plus 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 soulève des questions liées à la dépendance. 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 vraiment à partir de 80 ou 90 ans (Duée et Rebillard, 2006). Dans le cas où le taux de dépendance à âge donné resterait constant, le nombre de personnes dépendantes devrait croître dans les prochaines années. Or, leur prise en charge s'appuie fortement sur l'aide informelle en partie apportée par les enfants adultes, des personnes dites *seniors* de 50 à 65 ans, dont la population devrait augmenter moins que celle des personnes âgées de 80 ans et plus. Par ailleurs, dans un contexte de vieillissement général de la population, ces enfants adultes sont également incités à participer davantage au marché du travail et à reculer l'âge du départ en retraite (1). Ainsi les décideurs politiques des pays développés sont confrontés à un double problème : le maintien d'un système pérenne de retraite et la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Avec le vieillissement de la population, des dispositifs en faveur des personnes âgées sont progressivement apparus même si le développement de politiques spécifiquement dédiées aux personnes âgées en perte d'autonomie reste relativement récent pour la plupart des pays (Colombo, Llena-Nozal, Mercier, et Tjadens, 2011). Les dispositifs consacrés à la prise en charge de la dépendance s'inscrivent dans des contextes nationaux différents et peuvent varier de manière importante d'un pays à l'autre aussi bien au niveau de l'organisation, du financement que des prestations proposées. Ces différences constituent autant d'éléments pour approfondir la compréhension des mécanismes des systèmes de protection (Palier, 2005). Ainsi, l'objectif de cette étude est l'analyse des systèmes de prise en charge des personnes âgées dépendantes en s'appuyant sur une méthode comparative, notamment entre le Japon et la France.

Plusieurs raisons ont conduit à choisir le Japon comme pays de comparaison avec la France. Premièrement le Japon est depuis le début des années 2000 désigné comme étant le pays où le vieillissement est le plus avancé. En 2010, la part des personnes âgées de 80 ans et plus avait atteint 6,3 % de la population contre 5,4 % en France. D'après les prévisions de l'ONU (2), la part de cette population devrait continuer à croître et dépasser 10 % au Japon d'ici 2025 alors que la population de cette tranche d'âge en France devrait rejoindre 6 %. Deuxièmement, le Japon a adopté un système assurantiel pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes en 2000. Si la France s'appuie aujourd'hui sur une combinaison de dispositifs sans système unique, la création du *risque de la dépendance* comme le *cinquième risque* est une option qui a été soulevée et le débat n'est pas encore clos. L'analyse des différences entre le système japonais et français peut apporter des éléments de réflexion pour la mise en place éventuelle d'une assurance dépendance en France. Finalement, le nombre d'études comparant les pays européens est croissant, mais il n'existe encore que peu de travaux comparant les pays d'Europe avec le Japon, et encore moins la France avec le Japon.

Ce projet s'appuie principalement sur deux approches comparatives : une étude de dimension institutionnelle et une étude à travers des cas-types. L'étude de dimension institutionnelle permet d'une part d'identifier les caractéristiques convergentes et divergentes entre les systèmes et d'autre part de saisir l'évolution générale de chacun des systèmes. Elle ne permet toutefois pas d'analyser les prestations que peut recevoir un individu en fonction de son niveau de dépendance et de sa situation familiale et socio-économique. L'analyse des effets des différentes institutions sur la situation concrète d'un individu selon ses caractéristiques peut en revanche s'effectuer à travers une approche par les cas-types qui permet de comparer le système en se plaçant du point de vue individuel.

Le projet des cas-types de cette étude s'appuie sur la méthodologie employée par Le Bihan et Martin (2000) dans leur travaux comparant les dispositifs de prise en charge de

(1) L'augmentation des taux d'activité des seniors est une des solutions soutenues par les pouvoirs publics afin de lutter contre les problèmes de financement des retraites (Fontaine, 2010).
(2) Nations Unies, Département d'Économies et des Affaires Sociales, Division Population. Données World Population Prospects: The 2010 Revision.

la dépendance à travers six pays d'Europe (3). Ils analysent les dispositifs d'Allemagne, d'Espagne, de France, d'Italie, du Royaume-Uni et de la Suède à partir de 12 cas-types qui se présentent sous la forme d'histoires de vie apportant des informations sur le niveau de dépendance et autres caractéristiques des individus. Les réponses apportées à ces cas spécifiques permettent d'analyser la logique des systèmes du point de vue de l'utilisateur, de repérer ce qui est accessible dans les différents pays et ce qui se passe dans la mise en œuvre de ces droits. Un travail similaire a été mené par le Conseil d'Analyse Stratégique (4) pour le rapport *Les défis de l'accompagnement du grand âge* (Gimbert et Malochet, 2011) qui présente la comparaison de la prise en charge d'une situation particulière dans cinq pays : Allemagne, Danemark, Espagne, Italie et États-Unis.

Une étude institutionnelle préalable était nécessaire pour lancer le projet des cas-types. Cette étape a été effectuée à travers une revue de littérature mais également à travers des entretiens menés auprès d'*experts* (5). Les réponses apportées aux individus des cas-types ont été constituées avec la collaboration d'experts identifiés lors de ces entretiens. Mais la réalisation du projet des cas-types permettent également de soulever de nouveaux éléments qui n'ont pas nécessairement été traités lors de l'étude préalable et qui nécessitent d'être complétés dans la partie institutionnelle. Ce travail de comparaison n'a donc pas été conduite en deux ou trois étapes distinctes : l'étude institutionnelle et l'étude des cas-types ont été menées en parallèle, l'une venant compléter l'autre.

Le premier chapitre de l'étude présente le contexte démographique, introduit des problématiques liées au vieillissement de la population et retrace l'émergence des politiques concernant les personnes âgées dépendantes au Japon et en France. Des regroupements de systèmes de prise en charge des personnes âgées dépendantes identifiés dans la littérature permettent de situer ces deux pays par rapport au reste du monde (regroupement en fonction de la maturité du système ; regroupement organisationnel). Si le Danemark, la Suède et les Pays-Bas ont mis en place des dispositifs de prise en charge de la dépendance dès les années 70, les initiatives similaires n'apparaissent que plus tard dans les autres pays. Le Japon et la France se comptent parmi le groupe de pays ayant institué des systèmes de prise en charge spécifiquement destinés à la dépendance à la fin des années 80 ou 90. Les premières politiques publiques japonaises de grandes envergures précèdent toutefois celles de la France d'une dizaine d'années. En France le débat est lancé à la fin des années 80 mais aucun projet n'aboutit avant 1997. Aujourd'hui, la prise en charge des personnes âgées dépendantes au Japon s'appuie principalement sur un système d'assurance unique, alors qu'en France elle est assurée à travers la combinaison de divers dispositifs. Le périmètre de la dépendance est donc découpé de manière différente dans les deux pays, ce qui vient compliquer l'exercice de comparaison et d'interprétation des résultats, notamment lors de l'évaluation des efforts publics dans ce domaine.

Après une description des systèmes adoptés en France et au Japon, le deuxième chapitre compare la prise en charge de la dépendance dans les deux pays à travers l'analyse de quatre dimensions qui définissent les dispositifs de protection sociale (Palier, 2005) : *le mode de financement, le critère d'accès, la nature de la prestation et l'organisation et la gestion.* Afin d'exposer le système de prise en charge dans son ensemble, le chapitre présente aussi bien les systèmes de prise en charge à domicile que ceux en établissement. L'analyse comparative à travers les quatre dimensions se focalise en revanche sur les principaux dispositifs de la prise en charge à domicile (6). Le système japonais s'organise davantage comme un système assurantiel financé par des cotisations, impliquant des droits individuels préalablement définis. Il est donc marqué par une plus grande rigidité, mais également par une plus grande liberté de choix pour l'usager. Le système japonais est marqué par des règles plus importantes, mais dans le cadre de ces règles, l'usager peut lui-même constituer son plan d'aide. Par ailleurs, les droits étant les mêmes quel que soit le département ou la municipalité, le système japonais tend à réduire les inégalités régionales. Au contraire, le système français se rapproche plus d'un système assistantiel financé par impôt. Prenant en compte le niveau des revenus et la situation familiale, le

(3) Ce travail est le premier de deux études effectuées pour la DREES : Études et Résultats N° 176-Juin 2002 ; Études et Résultats N° 506-Juillet 2006.
(4) Commissariat Général à la Stratégie et à la Prospective (CGSP) depuis mai 2013.
(5) Des professionnels de la santé, du social, les chercheurs et les universitaires.
(6) D'une part, ces deux formes de prises en charge s'effectuent de manière très différente et demandent à être étudiées séparément, d'autre part, pour des raisons de coûts, les pays tendent à privilégier le maintien à domicile. Par ailleurs, le périmètre de l'analyse se limite uniquement aux principaux dispositifs : l'assurance dépendance au Japon, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) en France.

système français semble plus flexible. Le volume d'aide n'est pas déterminé uniquement en fonction du niveau de dépendance ou de critères préalablement définis, mais au cas par cas selon le besoin de la personne. Finalement, un effort plus important semble être apporté pour réduire les inégalités de l'aide engendrées par les différences de revenus.

Le projet des cas-types constitue le dernier chapitre de l'étude. L'objectif de celui-ci est d'analyser l'impact des divers dispositifs en se plaçant du point de vue de l'usager. L'intérêt se porte surtout sur le processus d'évaluation du besoin, le contenu des plans d'aide et l'impact des revenus sur le volume et la valeur de l'aide. La prise en charge des personnes âgées peut impliquer des dispositifs autres que ceux qui leur sont spécifiquement destinés. Le périmètre des éléments pris en compte dans l'analyse est donc élargi par rapport au chapitre précédent. La prise en charge de la dépendance au Japon est particulièrement formalisée et sophistiquée aussi bien au niveau de l'évaluation, de l'offre que dans la manière de constituer les plans d'aide. Le processus de la demande d'aide jusqu'à la prise en charge s'effectue selon des règles clairement définies au niveau national. Les règles sont prévues pour des situations plus détaillées que pour le système français. L'important niveau de formalisation permet d'orienter le développement des services à la personne, mais également la logique de prise en charge. La rigidité associée à la formalisation du système peut en revanche engendrer une prise en charge inadaptée de cas particuliers. Si le système français est également considéré comme étant relativement formalisé au sein des pays de l'Europe (Le Bihan et Martin, 2006), il l'est moins qu'au Japon. Avec une plus grande flexibilité, le plan d'aide peut théoriquement être ajusté en fonction des besoins particuliers des personnes âgées dépendantes. Toutefois, la logique de prise en charge semble en réalité davantage orientée par une offre relativement peu spécialisée. Finalement, les cas-types étudiés dans le cadre de ce projet montrent que l'aide peut être particulièrement importante pour les personnes démunies et les personnes aisées aussi bien au Japon qu'en France. Toutefois, l'aide publique destinée aux personnes dépendantes ayant des revenus intermédiaires tend au Japon à croître avec les revenus alors qu'elles diminuent en France.

CHAPITRE 1

CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET HISTORIQUE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE AU JAPON ET EN FRANCE

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population n'est pas un phénomène nouveau. Suivant le processus de la transition démographique, la fécondité dans le monde baisse depuis des décennies voire deux siècles selon les pays. Cette transition désigne le passage d'une population entre une situation de forte fécondité et de forte mortalité infantile à une situation de faible fécondité et de faible mortalité infantile suite à des progrès médicaux, à l'amélioration du niveau de vie et de l'hygiène (Pison, 2009). Selon Davis (1945), elle traverse plusieurs phases : à la première, la mortalité et la fécondité sont toutes deux importantes ; à la deuxième, la mortalité, infantile en particulier, diminue alors que la fécondité reste stable ; finalement à la troisième et dernière étape, une baisse de la fécondité atténue la croissance de la population enclenchée à l'étape précédente et engendre le vieillissement de la population. Tous les pays sont touchés par cette transition mais à des rythmes et des débuts de cycle différents. Le vieillissement de la population est donc avant tout la conséquence d'évolutions positives. Seulement son rythme s'est fortement accéléré depuis quelques décennies engendrant des inquiétudes politiques concernant les questions de la retraite mais également au sujet de la dépendance des personnes âgées.

L'objectif de ce chapitre est d'introduire les enjeux liés aux questions de la dépendance et de situer les politiques de prise en charge de la dépendance menées en France et au Japon dans le contexte démographique et historique.

Le processus de vieillissement a commencé plus tard au Japon par rapport à la France mais il s'est également effectué à un rythme plus élevé. La part des personnes âgées de 65 ans et plus et celle des personnes âgées de 80 ans et plus au Japon, qui étaient inférieures aux moyennes des pays développés dans les années 50, sont désormais les plus importantes du monde. Selon les prévisions de l'ONU, le Japon devrait rester le pays où le vieillissement est le plus avancé pendant encore plusieurs décennies. Le vieillissement de la population française est moins marqué mais devrait également continuer une progression importante. D'ici 2030, sa structure démographique devrait rejoindre celle du Japon de 2010.

Face à cette évolution démographique, des politiques spécifiquement destinées à la prise en charge de la dépendance sont apparues au Japon et en France vers la fin des années 80 et 90. Leurs dernières réformes importantes liées à la dépendance remontent au début des années 2000. Aujourd'hui, la prise en charge de la dépendance au Japon s'organise principalement autour d'un système unique, alors que la France s'appuie sur l'imbrication de plusieurs dispositifs. Cette divergence organisationnelle engendre un découpage différent des périmètres couverts par les dispositifs de chaque pays, et impose une certaine vigilance en ce qui concerne la comparaison et l'interprétation des résultats.

La première section du chapitre est consacrée à la présentation du contexte démographique et des enjeux liés au vieillissement de la population. La section suivante retrace l'histoire de l'apparition des politiques publiques destinées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes et souligne les différences de choix dans la manière d'organiser le système de prise en charge de la perte d'autonomie. Finalement la dernière section étudie le périmètre des principaux dispositifs publics concernant la dépendance et évalue les efforts publics en la matière.

1. CONTEXTE DÉMOGRAPHIQUE ET LES DÉFIS FACE AU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

1.1. Contexte démographique

Le vieillissement de la population peut apparaître de plusieurs façons : par le bas, par le haut et par une onde de choc de bas en haut (Aglietta, Blanchet, et Héran, 2002). Le vieillissement par le bas est engendré par la baisse de la fécondité ; celui par le haut est, par opposition, la conséquence du recul de la mortalité aux grands âges ; et finalement l'onde de choc résulte d'une hausse exceptionnelle du nombre de naissances sur une durée limitée. Ces chocs ont dans un premier temps un effet de rajeunissement, puis de vieillissement 65 ans plus tard. Le Baby Boom qui a marqué certains pays industrialisés à la fin de la Seconde Guerre Mondiale en est un exemple. La combinaison de ces trois facteurs détermine le rythme et l'ampleur du processus de vieillissement de la population.

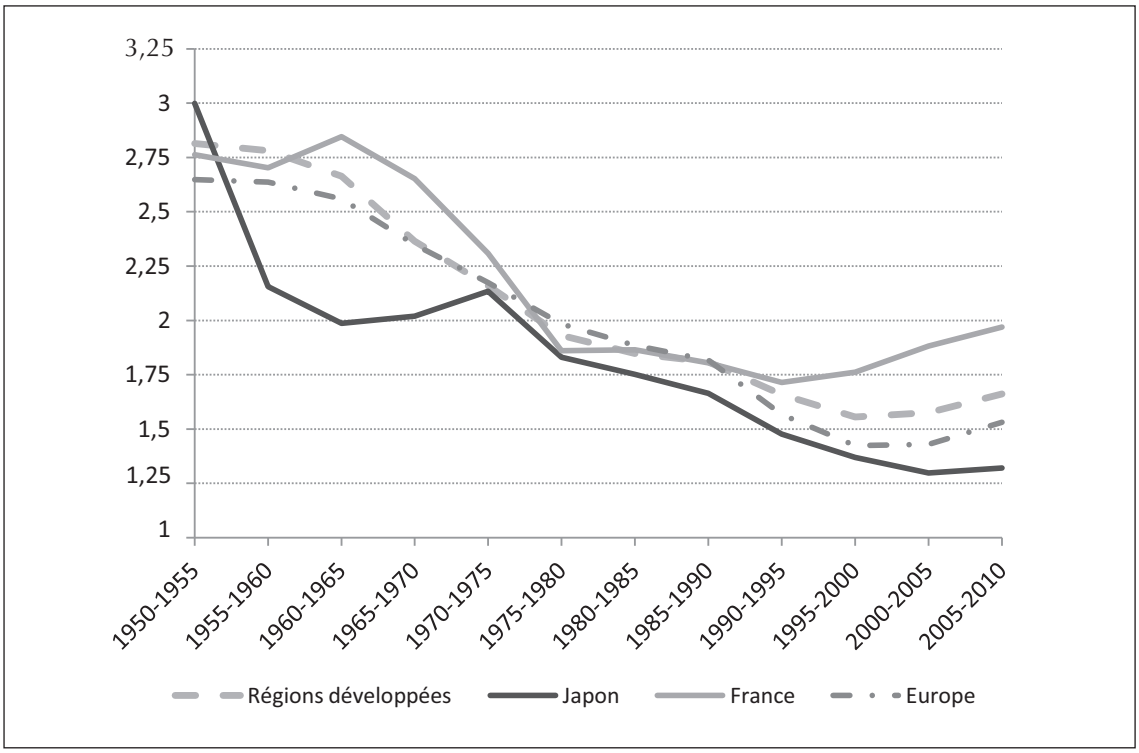
La baisse de la fécondité en France a commencé progressivement vers la fin du XVII^{e} siècle et a suivi une évolution lente (Aglietta, Blanchet, et Héran, 2002) pour atteindre un niveau d'environ 2,5 enfants par femme au début du XX^{e} : il a fallu plus d'un siècle et demi à la France pour que la fécondité baisse de 5 à 2,5 enfants par femme (de 1760 à 1910) (Pison, 2009). Inversement, le phénomène plus récent au Japon a impacté le pays de manière nettement plus violente. L'indice de fécondité qui était encore supérieur à 5 en 1925 (soit le double de la France à la même époque), a entamé une chute brutale après la Seconde Guerre Mondiale. En 25 ans, le Japon a vu son niveau de fécondité divisé par 2 (l'indice de fécondité passe de 5 en 1925 à 2,5 en 1954 (7)) alors que la même évolution avait pris plus d'un siècle en France.

L'indice de fécondité japonais a atteint un niveau inférieur à celui de la France au cours des années 50 alors que cette dernière était en pleine période de Baby Boom. La décroissance de la fécondité s'était interrompue en France durant la période du Baby Boom qui couvre les années de 1946 à 1964 selon une chronologique restreinte (Aglietta, Blanchet, et Héran, 2002) (8), contrairement au Japon qui n'a été que très peu impacté par ce phénomène. La durée du Baby Boom japonais ne concerne qu'une courte période trois ans (Véron, 2008).

Dès le milieu des années 60, la tendance à la baisse du niveau de fécondité a repris en France. Les deux pays affichaient un indice de fécondité équivalent à la fin des années 70 (environ 1,8 enfants par femme) mais leurs évolutions divergent de nouveau depuis. En France l'indice de fécondité s'est graduellement stabilisé pour ensuite s'améliorer progressivement à partir du début des années 90 et atteint un niveau proche du seuil de remplacement (qui est d'environ 2,1) et supérieur à la moyenne européenne ou la moyenne des régions développées (9) (environ 1,5 et 1,7 respectivement sur la période de 2005 à 2010). Au contraire, l'indice japonais oscille autour de 1,3 depuis 15 ans. Avec les pays d'Asie Orientale (1,5) et les pays d'Europe Orientale (1,5) et méridionale (1,4), le niveau de fécondité au Japon en 2011 fait partie des plus faibles au monde (10).

(7) Source du site stat.go.jp, tableau 2-34 des statistiques historiques.
(8) Selon la chronologie longue, elle couvrirait la période de 1942 à 1974. Pour plus de détails sur les chronologies du *baby-boom* en France, voir le rapport de Aglietta, Blanchet, et Héran (2002).
(9) Les régions développées regroupent l'Europe, l'Amérique du Nord, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Japon. Ce regroupement est celui utilisé dans les projections de l'ONU.
(10) L'indice de fécondité mondial était de 2,5 en 2011. Les indices de fécondité de 2011 proviennent de l'article de Pison (2011).

Figure 1 : Évolution de l'indice de fécondité



Source : World Population Prospects : The 2010 Revision.

Parallèlement, avec une chute du taux de mortalité des plus jeunes et un allongement de la vie des personnes âgées, l'espérance de vie à la naissance et celle à 65 ans se sont prolongées dans de nombreux pays. Entre 1950 et 2010, l'espérance de vie à la naissance s'est prolongée de 13 ans en France et 20 ans au Japon (11). L'évolution de l'espérance de vie à 65 ans a également été plus rapide au Japon qu'en France sur les 50 dernières années (voir tableau 1). Si l'espérance de vie était plus faible au Japon que de nombreux pays occidentaux au début du XX^{e} siècle, il est aujourd'hui le pays où elle est la plus longue dans le monde (12).

Tableau 1 : Évolution de l'espérance de vie à 65 ans entre 1960 et 2009

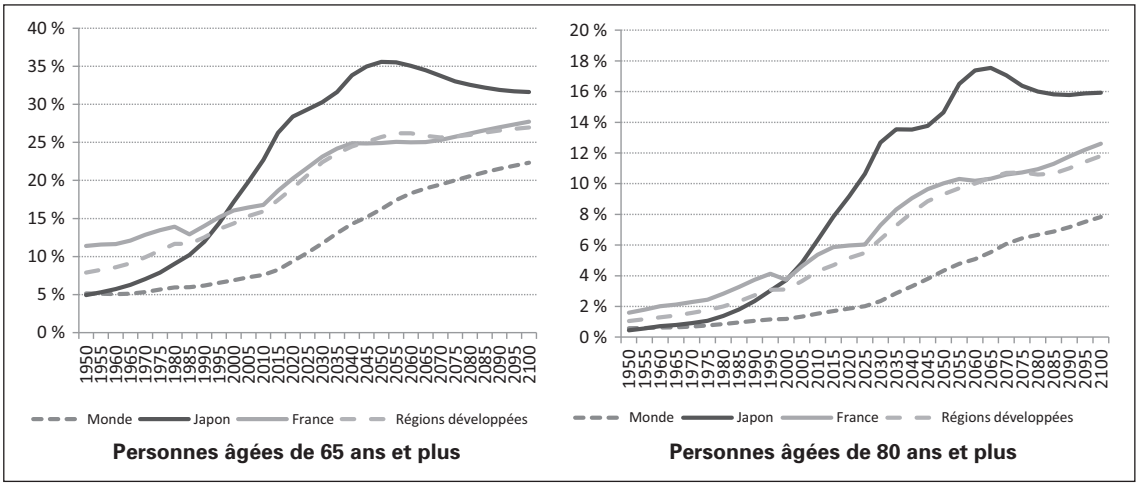
	Espérance à 65 ans et en 2009		Évolution entre 1960 et 2009	
	Femmes	**Hommes**	**Femmes**	**Hommes**
Japon	24	18,9	9,9	7,9
France	22,5	18,2	5,7	6,9
OCDE	20,5	17,2	5,6	4,4

Source : OCDE (2011).

Avec par une baisse de la fécondité et un allongement de l'espérance de vie plus accentués que les pays occidentaux, le Japon est ainsi marqué par un niveau particulièrement rapide de vieillissement de la population. Le processus de vieillissement a commencé bien plus tard qu'en France ou de nombreux autres pays développés mais il s'est effectué à un rythme plus soutenu. Aujourd'hui le Japon est le pays où le vieillissement est le plus avancé au monde. La proportion des personnes âgées de plus d'un certain âge par rapport à la population totale (ici on prendra 65 ans et 80 ans) permet la comparaison du niveau de vieillissement entre les pays et différentes périodes. La figure 2 montre l'évolution de ces indicateurs en France et au Japon comparée aux moyennes des régions développées et du monde.

(11) Selon World Population Prospects: The 2010 Revision; Nations Unies, Département d'Économies et des Affaires Sociales, Division Population.
(12) L'espérance de vie à 65 ans pour les femmes est la plus élevée ; celle des hommes fait partie des trois pays les plus élevés (Israël, Japon et Suisse).

Figure 2 : Évolution de la part des personnes âgées



Source : World Population Prospects: The 2010 Revision.

En 1950, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus ne dépassait pas 5 % de la population japonaise, mais elle a crû rapidement et a dépassé le seuil de 7 % à la fin des années 60 et celui de 14 % avant 1995. Le Japon est passé d'une société vieillissante (part des personnes âgées de 65 ans et plus de 7 %) à une société âgée (part des personnes âgées de 65 ans et plus supérieure à 14 %) en seulement 24 ans alors qu'en France ce doublement s'est effectué sur plus de cent ans (entre 1865 et 1979) (Pison, 2009). La part des personnes âgées de 65 ans et plus au Japon dépasse celle de la France au milieu des années 90. L'évolution de la proportion des personnes âgées de 80 ans et plus suit une tendance similaire avec un léger décalage : le taux japonais initialement plus faible qu'en France rattrape le niveau de ce dernier au début des années 2000 (voir les figures 2). C'est à partir du milieu des années 2000 que le Japon est désigné comme le pays où le vieillissement est le plus avancé. En 2010, les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que les personnes âgées de 80 ans et plus représentent respectivement 22 % et 6 % de la population japonaise alors que les taux observés étaient de 16,8 % et 5,4 % en France.

Selon les prévisions centrales de l'ONU (13), le processus de vieillissement, devrait s'accélérer dans les prochaines décennies. En 2040, les personnes âgées de 65 ans et plus devraient représenter un tiers de la population japonaise et un quart de la population française. La population des personnes âgées de 80 ans et plus devrait quant à elle atteindre 13,5 % de la population au Japon et 9 % en France. Le tableau 2 montre que d'ici 2025-2030, la structure démographique française devrait ressembler à celle du Japon de 2010.

Tableau 2 : Évolution des proportions des personnes âgées de 65 ans et plus, de 80 ans et plus

	Année	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
+ 65 ans	**France**	16,8 %	18,6 %	20,3 %	21,7 %	**23,1 %**	24,2 %	24,9 %	24,8 %	24,9 %
	Japon	**22,7 %**	26,3 %	28,4 %	29,3 %	30,3 %	31,6 %	33,8 %	35,0 %	35,6 %
+ 80 ans	**France**	5,4 %	5,9 %	6,0 %	**6,0 %**	**7,3 %**	8,3 %	9,0 %	9,6 %	10,0 %
	Japon	**6,3 %**	7,8 %	9,2 %	10,6 %	12,7 %	13,5 %	13,5 %	13,8 %	14,6 %

Note : Les plus de 65 ans représentaient 22,7 % de la population totale au Japon en 2010. Ce taux devrait atteindre, en 2030, les 30,3 % au Japon alors qu'il ne sera que de 23,1 % en France.
Source : World Population Prospects : The 2010 Revisions.

(13) World Population Prospects: The 2010 Revision; Nations Unies, Département d'Économies et des Affaires Sociales, Division Population.

1.2. Les défis face au vieillissement de la population

Les pays industrialisés qui suivent une tendance au vieillissement de leur population à des rythmes variés sont confrontés à des inquiétudes en termes d'actions publiques (14). Comme l'indique Martin (2006), on peut citer les inquiétudes liées à l'équilibre des régimes de retraite et celles concernant la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Le taux de dépendance des personnes âgées, qui rapporte les personnes âgées de 65 ans et plus sur la population en âge de travailler (15 à 64 ans), permet d'illustrer le risque qui pèse sur la soutenabilité des systèmes de retraite (Martin, 2006). Ce taux représente le poids des personnes en âge d'être à la retraite sur la population en âge de travailler. En 2010, il était de 35 % au Japon, 26 % en France, 24 % dans les régions développées et 12% dans le monde. D'ici 2020, le taux de la France devrait se rapprocher de celui du Japon en 2010, quand ce dernier devrait connaître un taux de personnes âgées de 65 ans et plus sur la population en âge de travailler de près de 50 % ; une personne en âge de la retraite devrait alors être soutenue par deux personnes en âge de travailler. D'après les prévisions centrales de l'ONU, la progression de ce taux sera particulièrement importante pour les pays d'Europe du Sud et les pays d'Asie de l'Est (Chine, Corée, Japon). Ces régions devraient voir leurs taux de dépendance des personnes âgées croître de plus de 30 points de pourcentage d'ici 2050. Le taux de dépendance s'appuie uniquement sur la structure démographique des pays sans prendre en compte la participation sur le marché de l'emploi (15), qui peut fortement varier en fonction des pays. L'interprétation des résultats nécessite ainsi certaines mesures.

Tableau 3 : Taux de dépendance : personnes âgées de 65 ans et plus sur la population en âge de travailler

	2010	2020	2030	2040	2050
Allemagne	31 %	36 %	48 %	56 %	57 %
Chine	11 %	17 %	24 %	37 %	42 %
Danemark	25 %	31 %	37 %	42 %	41 %
États-Unis	20 %	25 %	33 %	35 %	35 %
France	26 %	33 %	39 %	43 %	43 %
Italie	31 %	36 %	44 %	57 %	62 %
Japon	35 %	48 %	53 %	63 %	70 %
Pays-Bas	23 %	31 %	41 %	48 %	46 %
République de Corée	15 %	22 %	37 %	52 %	61 %
Royaume-Uni	25 %	29 %	34 %	39 %	40 %
Russie	18 %	23 %	29 %	31 %	39 %
Suède	28 %	34 %	38 %	41 %	42 %
Europe de l'Ouest	28 %	34 %	43 %	49 %	50 %
Europe du Sud	27 %	31 %	39 %	50 %	59 %
Europe du Nord	25 %	30 %	35 %	39 %	41 %
Régions développées	24 %	30 %	36 %	41 %	45 %
MONDE	**12 %**	**14 %**	**18 %**	**22 %**	**26 %**

Note : Le taux de dépendance en Europe de l'Ouest devrait passer de 28 à 50 % entre 2010 et 2050. À cette date, une personne âgée de 65 ans et plus devra être soutenue par seulement deux personnes en âge d'être actives.
Source : World Population Prospects: The 2010 Revision.

La deuxième inquiétude, qui est également le sujet de notre étude, concerne la prise en charge des personnes plus âgées, notamment la catégorie des personnes âgées de 80 ans et plus qui sont les plus touchées par la perte d'autonomie ou la dépendance. En France, le terme de *dépendance* est employé pour désigner les conséquences de l'allongement de l'espérance de vie, qui empêchent les personnes âgées de réaliser de manière

(14) L'évolution démographique des autres pays sont disponibles en Annexe 4.1.
(15) Des informations sur la participation des Japonais et des Français au marché du travail sont disponibles en Annexe 4.2.

autonome certains actes de la vie quotidienne. La notion de *dépendance* pouvant renvoyer au phénomène de domination d'un individu sur un autre, certains préfèrent employer le terme *perte d'autonomie,* mais les deux sont généralement utilisés comme des substituts (Gimbert et Malochet, 2011). Ces termes sont en revanche très peu employés dans les autres pays qui avancent plus souvent la notion de *soins à longue durée (long-term care).* Cette approche appréhende les situations individuelles à travers les besoins sociaux, sanitaires et médicaux et par ailleurs souligne la nécessité d'une continuité de la prise en charge. Le terme de *besoin d'aide (need of care)* vient alors remplacer ceux de *dépendance* ou de *perte d'autonomie* (c'est notamment le cas en Angleterre, en Allemagne ou au Japon). Les termes *dépendance, perte d'autonomie* et *besoin d'aide* seront utilisés de façon interchangeable dans la présente étude afin de désigner *le besoin d'aide des personnes âgées à accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne.*

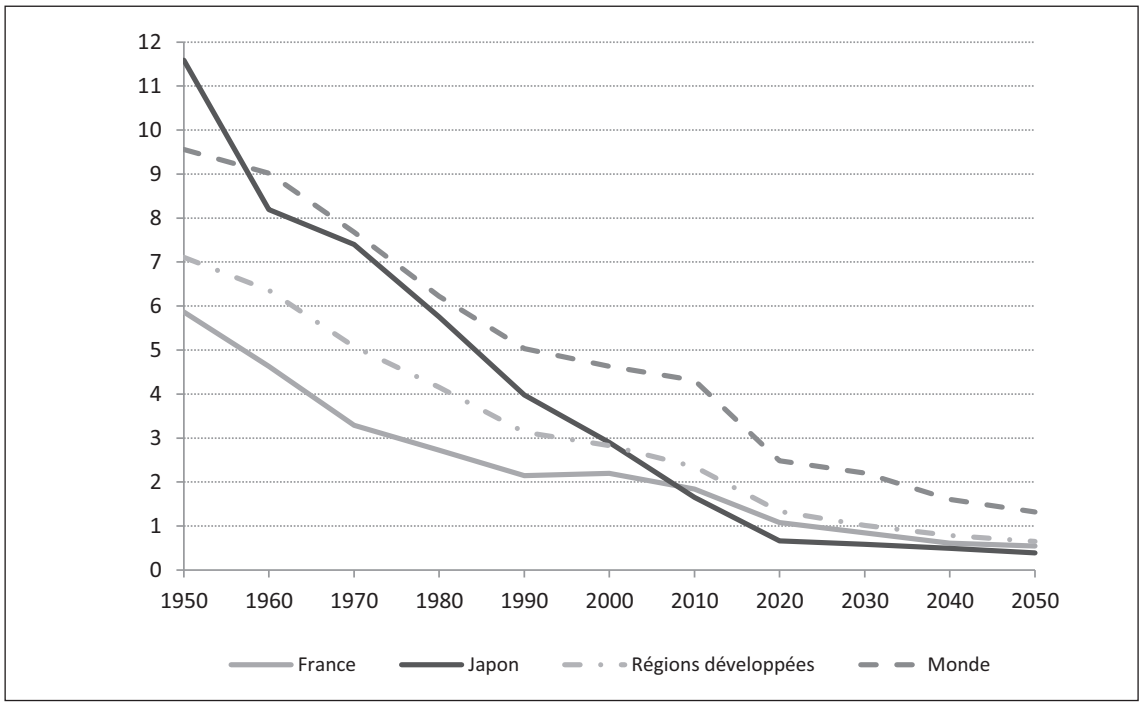
La prévalence de la dépendance augmente principalement à partir de 80 ou 90 ans (Duée et Rebillard, 2006). Dans le cas où le taux de dépendance à âge donné resterait constant, la proportion des personnes dépendantes par rapport à la population totale devrait également augmenter. La demande de soins et d'aide quotidienne devrait donc croître alors que le stock d'aide informelle, c'est-à-dire l'aide apportée par les proches, tend à diminuer. Une étude sur l'évolution des aides orientées pour les personnes dépendantes devrait prendre en compte les éléments sociologiques, économiques, démographiques et institutionnels. Toutefois, une part importante de la prise en charge des personnes âgées dépendantes étant effectuée par les conjoints et les enfants adultes, dont une majorité de femmes, le ratio du nombre des personnes âgées de 80 ans et plus sur celui des femmes âgées de 50 à 65 ans apporte un premier éclairage sur l'impact de l'évolution démographique sur le *care deficit* (16).

La figure 3 montre une baisse importante de ce ratio dans le monde. Le rythme est particulièrement important pour le Japon. En 1990, on comptait environ 2 femmes seniors en France et 4 femmes seniors au Japon pour 1 personne âgée de plus de 80 ans. En 2010, le ratio était inférieur à 2 dans les deux pays, et d'ici 2040 il devrait rejoindre un niveau inférieur à 1.

Dans le contexte de vieillissement de la population, les décideurs politiques des pays développés se retrouvent face à un double problème dont les solutions proposées reposent sur une implication plus importante des personnes âgées de 50 à 65 ans aussi bien sur le marché de l'emploi que dans la prise en charge des parents dépendants. Face au défi du maintien du système des retraites actuel, de nombreux pays affichent la volonté d'augmenter le taux d'activité des seniors : réduire les départs anticipés et repousser l'âge de départ à la retraite. Le Conseil Européen de Stockholm (2001) avait fixé l'objectif d'augmenter le taux d'emploi général à une moyenne européenne de 67 % et une moyenne de 50 % pour les personnes âgées de 55 à 64 ans quand cette dernière était alors de 37,7 % (Fontaine, 2010). En termes de politiques publiques liées à la dépendance, les pays semblent privilégier la prise en charge à domicile à celle en institution qui est également plus onéreuse. Or la prise en charge à domicile implique une participation importante des aidants informels, c'est-à-dire les conjoints ou les enfants adultes, ceux-là même qui sont incités à participer davantage au marché du travail.

(16) La comparaison de l'évolution du nombre de personnes âgées dépendantes au nombre de femmes inactives âgées de 50 à 64 ans (ou de 50 à 79 ans), comme le propose Martin (2006), serait probablement plus adéquate, mais pour faciliter la comparaison entre différents pays, un indicateur moins précis mais plus simple à calculer a été privilégié.

Figure 3 : Évolution des aidants informels potentiels



Note : Le ratio du nombre de femmes entre 50 à 65 ans sur le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus. En 1950, il y avait plus de 11 femmes âgées de 50 à 65 ans pour une personne âgée de 80 ans et plus.

Source : World Population Prospects: The 2010 Revision.

2. LE CHOIX DES DIFFÉRENTS SYSTÈMES DE PRISE EN CHARGE

La mise en place de dispositifs spécifiquement dédiés aux personnes âgées en perte d'autonomie est relativement récente pour la plupart des pays (17). Le Danemark, la Suède et les Pays-Bas avaient mis en place des dispositifs avant les années 70 : les lois majeures en matière de soins aux seniors apparaissent en 1949 au Danemark, en 1964 en Suède et en 1968 aux Pays-Bas. Mais il faut attendre les années 80 et 90 avant de voir apparaître de tels dispositifs dans les autres pays : *National Health Service and Community Care* au Royaume-Uni est voté en 1990 ; l'assurance dépendance est créé en 1995 en Allemagne ; la première prestation en France date de 1997 ; une prestation monétaire instaurée en Italie en 1980 pour les personnes handicapées est étendue aux personnes âgées dépendantes à partir de 1984 ; le projet *gold plan* ayant pour objectif d'augmenter les prestations pour les personnes âgées est mis en place au Japon en 1989 avant que le *Kaigo Hoken* (Long term Care Insurance) ne soit instauré en 2000 ; finalement l'assurance dépendance de la République de Corée *Noinjanggiyoyangboheum* a été promulguée en avril 2007.

Après un résumé historique de l'évolution des systèmes de prise en charge de la dépendance au Japon et en France, cette section situe les dispositifs Français et Japonais par rapport à d'autres pays développés en fonction de la maturité du système et de l'organisation de la prise en charge.

2.1. Quelques éléments historiques

2.1.1. Le Japon : la mise en place d'une assurance dépendance nationale

Les premiers systèmes de protection sociale apparaissent au Japon entre la fin du XVIIIe siècle et au début du XXe siècle (18). Dans un premier temps, la protection sociale concernait les personnes les plus démunies et les travailleurs. Elle a par la suite été élargie

(17) Des présentations générales des différents systèmes sont disponibles dans Gimbert et Malochet (2011) ou Colombo, Llena-Nozal, Mercier, et Tjadens (2011).
(18) Cette partie reprend les travaux de Kato, Kikuchi, Kurata, et Maeda (2009).

au reste de la population. La règle de *jyukkyu* (secours de la compassion) est un exemple de dispositif élaboré pour les personnes démunies ; mis en place en 1874, il avait pour objectif d'offrir du riz aux personnes célibataires vivant dans la pauvreté extrême, aux personnes âgées de 70 ans et plus ne pouvant plus travailler, aux personnes handicapées, aux malades et aux enfants dans le besoin de moins de 13 ans. La première loi concernant l'assurance santé est mise en place en 1922. Cette assurance est alors destinée aux cols bleus. Les lois d'assurances santé destinées à d'autres catégories de la population se sont développées au fur et à mesure en commençant par les agriculteurs, les pêcheurs et les cols blancs. Les premiers systèmes de retraite sont apparus à l'ère Meiji pour les militaires et les fonctionnaires pour ensuite être élargis à d'autres branches : la retraite des employés est notamment instaurée en 1941. Il faut attendre la fin de la Seconde Guerre Mondiale pour que les différentes protections soient élargies à toute la population. L'assurance santé devient obligatoire pour tous à partir de 1958, et la retraite à partir de 1959. Aujourd'hui, de nombreux dispositifs de protection sociale au Japon (santé, retraite, chômage) se basent sur le mécanisme d'assurance sociale. Mais malgré la dénomination d'assurance, les dépenses liées au dispositif ne sont pas totalement couvertes par les primes d'assurances. Le système assuranciel japonais est en partie (parfois importante) financé par les impôts (gouvernementaux et/ou régionaux).

Suivant ces évolutions démographiques, la protection sociale japonaise liée aux personnes âgées évolue à partir des années 60. D'après Campbell et Ikegami (2000), le premier programme moderne destiné aux personnes âgées remonte à 1963, mais c'est au début des années 70 qu'apparaissent les réformes importantes. En 1973, les dépenses médicales concernant les personnes âgées de 70 ans et plus sont rendues gratuites (19). Entre 1963 et 1993 le nombre de personnes âgées hospitalisées a alors crû de manière importante : elles occupaient presque la moitié des lits et un tiers de ces personnes restaient hospitalisées plus d'un an. Ainsi, le taux d'institutionnalisation au Japon dans les années 90 était équivalent aux autres pays riches, seulement une part importante des personnes en *établissement* était dans des hôpitaux à la charge de l'assurance santé (Campbell et Ikegami, 2000). Il y avait une surmédicalisation de la prise en charge de la dépendance qui engendrait par conséquent des coûts importants pour l'assurance santé.

Les premiers dispositifs spécifiques à la dépendance sont formalisés à la fin des années 80. Dans un premier temps, ce sont des dispositifs dans la logique de l'aide sociale qui sont mis en place avec le *Gold Plan.* Mais faisant face à des difficultés budgétaires et surtout en prévision d'une augmentation importante du nombre de personnes dépendantes, le Japon adopte en 1997-2000 un système assurantiel obligatoire de dépendance (Campbell et Ikegami, 2003). Il s'appuie alors sur l'exemple de l'Allemagne qui avait d'ores et déjà opté pour un système assurantiel *(assurance pour les soins)* en 1990-1995 (Campbell et Ikegami, 2009). Le Japon s'éloigne toutefois du système allemand sur de nombreux éléments lors de la définition du fonctionnement du dispositif. Le système d'assurance dépendance est finalement appliqué au Japon depuis avril 2000 : toute personne âgée de 40 ans et plus cotise une prime auprès de l'assurance afin de pouvoir bénéficier des aides en cas de dépendance.

La mise en place du système assurance dépendance au Japon était accompagnée de plusieurs objectifs : inciter la concurrence entre les fournisseurs, renforcer l'autonomie et la capacité de gestion des gouvernements locaux, impliquer les personnes âgées elles-mêmes au financement du système, transférer les coûts de la prise en charge de la dépendance de l'assurance santé vers l'assurance dépendance afin de résoudre les problèmes de surmédicalisation. Par ailleurs, les arguments échangés lors de la définition des détails des dispositifs montrent que le développement de l'offre de l'aide formelle avait été soulevé comme une des priorités (Campbell et Ikegami, 2000). Ce point a joué un rôle important notamment dans le choix d'exclure les prestations financières.

(19) La participation des personnes âgées à une partie des dépenses de santé a été réintroduite en 1982 mais pour un niveau de participation inférieur à la participation standard. Le montant du ticket modérateur a connu plusieurs modifications. Aujourd'hui, le taux du ticket modérateur dépend de l'âge et des revenus. Depuis 2012, les personnes âgées de 70 ans et plus ayant de hauts revenus doivent s'acquitter d'une participation de 30 %, taux identique à celui appliqué au reste de la population (hormis les enfants de 0 à 2 ans). Pour les personnes âgées ayant des revenus moins importants participent à hauteur de 20 % entre 70 et 75 ans puis de 10 % au-delà.

2.1.2. La France : l'Allocation Personnalisée d'Autonomie et l'imbrication d'autres systèmes

Si des aides dispensées aux plus démunis existaient au niveau local à la fois sur la base d'œuvres de charité et sur une base communale depuis le Moyen Âge, aucune loi nationale d'assistance n'est mise en place en France avant la deuxième moitié du XVIIIIe siècle (20). C'est dans le cadre de la concurrence qui oppose l'Église à l'État que la 3e Répulique commence à organiser, contrôler et renouveler l'intervention sociale qui relevait jusqu'alors principalement de la bienfaisance. Entre 1889 et 1913, elle met en place des lois d'assistance publique visant à aider les enfants maltraités, les vieillards, les infirmes, les incurables, les femmes en couches, les familles nombreuses et nécessiteuses... C'est également au cours de cette période que les dispositifs d'assurance sociale apparaissent progressivement. Un ensemble de lois sur les assurances sociales obligatoires (incluant l'assurance maladie) est voté entre 1928 et 1930, mais leur mise en œuvre reste incomplète. L'assurance sociale s'impose comme la modalité privilégiée à l'après-guerre avec la création du régime générale de la Sécurité Sociale en 1945.

De même qu'au Japon, la question de la dépendance devient une question prégnante en France à la fin des années 80. 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 1997. La loi de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) est alors adoptée comme une réforme transitoire, une *loi en attendant la loi* (Le Bihan et Martin, 2000). La PSD permettait de financer, en fonction du niveau de dépendance et des revenus, un plan d'aide conçu par une équipe médico-sociale. Cette aide réservée aux personnes classées en GIR 1 à 3 (21) était par ailleurs récupérable sur les successions. Critiquée pour être trop restrictive et dissuasive (22) (Rosso-Debord, 2010), la PSD a été remplacée par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) avec l'adoption de la loi n 2001-647 du 20 juillet 2001. 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 nécessairement par des dispositifs qui leur sont exclusivement dédiés tels que la PSD ou l'APA. On peut citer deux grandes lignes de politiques : actions publiques exclusivement destinées aux personnes âgées dépendantes et les politiques liées au développement des services à la personne qui ne se limitent pas aux personnes en perte d'autonomie. Les politiques liées au développement des services à la personne, tel que le plan Borloo présenté en 2005, peuvent également être considérées comme faisant partie des efforts publics concernant le sujet de la dépendance.

Le rapport du Sénat (Kergueris, 2010) qui retrace l'historique des politiques menées pour le développement des services à la personne, illustre l'accumulation de différents dispositifs dont certains sont spécifiquement destinés aux personnes âgées (mais non spécifiques aux personnes dépendantes). La base juridique de l'aide sociale à domicile est posée en 1953. En 1987, une exonération de charges patronales a été mise en place pour les particuliers employeurs handicapés ou âgés de plus de 70 ans. Au début, les mesures publiques consistaient à une prise en charge partielle des fonctions sociales par la collectivité mais à partir du début des années 1990, la création d'emplois devient également un des objectifs des actions publiques menées dans le cadre du développement des services à la personne. En 1991, une réduction d'impôts sur le revenu correspondant à la moitié des dépenses au titre des emplois familiaux est instaurée. Cette réduction concerne les particuliers employeurs ainsi que les particuliers faisant appel à un service délivré par les associations agréées (23). En 1996, l'agrément créé en 1992 et réservé jusqu'alors aux

(20) Ce paragraphe s'appuie sur les travaux de Elbaum (2008) et Palier (2005).
(21) Groupes iso-ressources (Gir) désignent différents niveaux de perte d'autonomie, GIR 1 étant le niveau de perte d'autonomie le plus avancé et GIR 6 étant le niveau des personnes autonomes. Voir la section 2.2.1 du chapitre 2 pour plus de détails.
(22) En septembre 2000, seules 135 000 personnes bénéficiaient de la PSD (Rosso-Debord, 2010).
(23) Les organismes à but non lucratif habilités au titre de l'aide sociale ou conventionnés par un organisme de sécurité sociale sont également concernés.

structures associatives, est ouvert aux entreprises, élargissant ainsi la réduction fiscale aux utilisateurs de services à domicile délivrés par des entreprises agréées. Finalement, le plan Borloo, le *plan de développement des services à la personne,* est présenté en 2005. Celui-ci se focalise sur les services à la personne qui incluent de nouveaux services par rapport aux emplois familiaux tels que le portage de repas, l'assistance informatique, la coiffure à domicile. Ayant pour principaux objectifs la réduction des coûts pour solvabiliser la demande, la simplification de l'accès et la professionnalisation du secteur, le plan Borloo comportait des mesures d'exonération de charges sociales patronales pour les organismes agréés, des allègements de charges sociales pour les particuliers employeurs (24)... (Kergueris, 2010).

La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France s'appuie aussi bien sur les dispositifs spécifiques à la dépendance que sur d'autres systèmes, notamment le système d'assurance santé (25), le système d'assistance sociale et le système fiscal.

2.2. Panorama des systèmes de prise en charge des personnes âgées dépendantes

2.2.1. Maturité des dispositifs

Dans un article comparant les systèmes de prises en charge de la dépendance Da Roit et Le Bihan (2010) classent six pays d'Europe (Allemange, Autriche, France, Italie, les Pays-Bas et la Suède) en fonction de la maturité du système public de prise en charge de la dépendance. L'élément clef de ce classement est la période de la mise en place du système, avec les pays du nord en tête de liste. Trois groupes de pays apparaissent : les pays où la protection des personnes dépendantes était d'ores et déjà relativement avancée ; les pays ayant une politique pour les personnes dépendantes plus récente avec un développement à partir des années 90 ; et finalement les pays où les politiques de dépendance restent très peu présentes.

Le premier groupe de pays est constitué (des six pays en question) de la Suède et des Pays-Bas. Ce dernier avait instauré un système d'assurance obligatoire dès les années 60 afin de couvrir principalement les frais en maison de retraite. La couverture a ensuite été progressivement élargie aux services à domicile. Suite à une croissance des frais, le développement du marché du *care* et de l'aide informelle était devenu un objectif important. Le *cash-for-care* (26) a été adopté en 2001 pour apporter plus de liberté, d'autonomie et de responsabilité individuelle. En Suède, un système public et universel de la prise en charge de la dépendance a été instauré dans les années 50. Les politiques de prises en charge sont définies au niveau national mais la mise en œuvre est déléguée au niveau des municipalités qui gardent une grande marge de manœuvre. Deux dispositifs de *cash-for-care* ont par la suite été introduits afin de soutenir l'aide informelle mais toutes les municipalités ne les ont pas adoptés et la proportion des personnes bénéficiant de *cash-fore-care* reste négligeable (Burau, Theobald, et Blank, 2007).

Le deuxième groupe est constitué de l'Autriche, l'Allemagne et la France. Les politiques orientées pour les personnes dépendantes étaient peu présentes dans ces trois pays jusque dans les années 90. L'Autriche adopte une assurance dépendance obligatoire qui procure les bénéfices sans condition de ressources. Le système autrichien ne distingue pas les personnes handicapées des personnes âgées dépendantes. Les bénéfices (allowance) peuvent être utilisés librement. De même qu'en Autriche, l'Allemagne instaure un système d'assurance dépendance obligatoire. L'aide apportée, sans condition de ressources en fonction des besoins de la personne dépendante reste tout de même une aide de base, le reste devant être complété par la famille. L'aide peut prendre la forme de services ou d'une rémunération. En France, un système de prise en charge au niveau départemental a été mis en place dans les années 90. Les personnes âgées dépendantes peuvent recevoir des aides financières sous condition de ressources. En 2002 avec la mise en place de l'APA, c'est un système universel qui est adopté afin d'augmenter le nombre de bénéficiaires. La famille bénéficie alors d'aides financières afin qu'elle puisse employer les aidants de leur choix (membre de la famille inclus).

(24) Une description plus exhaustive des politiques mises en œuvre est disponible dans le rapport CERC (2008).
(25) L'implication de l'assurance santé en matière de dépendance sera présentée dans le chapitre 2.
(26) Prestations en espèce par opposition aux prestations en nature.

Finalement le troisième groupe est représenté par l'Italie. Il n'existe que très peu de politiques liées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. L'aide formelle reste marginale et les services sont organisés au niveau local avec de faibles ressources. Une aide financière qui avait été introduite pour les personnes handicapées a été élargie aux personnes dépendantes au milieu des années 80. Il existe d'autres dispositifs au niveau local assujettis à des critères de revenus.

Au Japon, les premières initiatives politiques spécifiquement dédiées aux personnes âgées dépendantes remontent à la fin des années 80, quelques années avant la mise en place de l'assurance dépendance obligatoire en Allemagne. Le deuxième grand chantier dans le système de prise en charge des personnes âgées date de 2000, soit entre les deux initiatives françaises (PSD en 1997 et APA en 2002). Selon cette catégorisation, le Japon semble ainsi se rapprocher du deuxième groupe au même titre que l'Allemagne, l'Autriche et la France.

2.2.2. Programme unique et imbrication de dispositifs

L'OCDE (27) identifie trois groupes de pays à travers l'examen de l'aide apportée pour les activités de la vie quotidienne à domicile ou en établissement : les pays qui assurent une couverture universelle au titre d'un programme unique ; ceux qui possèdent un système d'aide sous condition de ressources faisant office de filet de sécurité pour les dépenses de dépendance ; et finalement les pays qui assurent le risque lié à la dépendance par une combinaison de dispositifs et mécanismes sans système unique pour la dépendance (Colombo, Llena-Nozal, Mercier, et Tjadens, 2011).

La couverture universelle au titre du programme unique permet de garantir un large accès aux service de prise en charge. Si le niveau des revenus ou du patrimoine peuvent venir parfois modifier le reste à charge, ils ne constituent pas de critères d'accès aux services. Ce groupe comprend les pays ayant mis en place des systèmes d'assistance financés par l'impôt (les pays nordiques) ; ceux qui ont opté pour un système d'assurance sociale dépendance (Allemagne, Japon, Corée, Pays-Bas et Luxembourg) ; et finalement la Belgique qui intègre l'essentiel de la couverture de la dépendance dans le système de santé.

Le groupe du système d'aide sous conditions de ressources concerne uniquement (des pays de l'OCDE) les États-Unis et l'Angleterre. Ce système limite l'accès des services aux plus démunis et permet de maintenir les coûts. L'accès aux services dépend de critères de revenu et du patrimoine : les usagers doivent épuiser leur patrimoine pour pouvoir prétendre à une couverture. Ce mécanisme peut donc impliquer un appauvrissement préalable des personnes âgées dépendantes.

Dans les systèmes mixtes, le financement de l'aide à la personne est réparti entre différents dispositifs et mécanismes (Autriche, France, Italie, République Tchèque, Nouvelle-Zélande, Irlande, Suisse, Espagne). Le niveau de couverture, le reste à charge et les prestations diffèrent d'un pays à l'autre. Cette division du système complique non seulement les démarches pour les usagers mais également pour la quantification des bénéfices par rapport au coût.

Dans ce classement établi par le rapport de l'OCDE, le Japon et la France se retrouvent dans deux catégories différentes : le Japon apparaît parmi les pays ayant adopté un système unique de prise en charge alors qu'au contraire la France s'appuie sur une imbrication de différents dispositifs.

Malgré le choix de mettre en place un système unique de prise en charge de la dépendance, le Japon s'appuie tout de même sur des dispositifs externes à l'assurance dépendance pour apporter des aides complémentaires. le *Seikatsu Hogo* (assistance sociale) destiné aux personnes démunies en est un exemple. Néanmoins, le dispositif général de l'assurance reste de loin l'élément principal de la prise en charge de la dépendance.

(27) Cette section reprend les éléments du rapport de l'OCDE (Colombo, Llena-Nozal, Mercier, et Tjadens, 2011).

En France, si l'APA est généralement citée comme étant le système français de prise en charge des personnes âgées dépendantes, en réalité, l'APA ne couvre qu'une partie des aides qui sont apportées par le système japonais. Ces aides sont couvertes à travers la combinaison de plusieurs dispositifs qui impactent différents budgets publics (Caisse d'assurance maladie, collectivités territoriales, Caisse nationale de solidarité et l'État). Les dispositifs peuvent être exclusivement dédiés aux personnes âgées dépendantes, d'autres quasi-exclusivement et finalement certains ne leur sont pas spécifiquement adressés mais peuvent jouer un rôle important dans la prise en charge de la dépendance.

Ce classement met non seulement en évidence une différence fondamentale dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes entre la France et le Japon mais souligne surtout la question du périmètre du champ de la dépendance.

3. LE PÉRIMÈTRE DE LA DÉPENDANCE ET LES EFFORTS PUBLICS

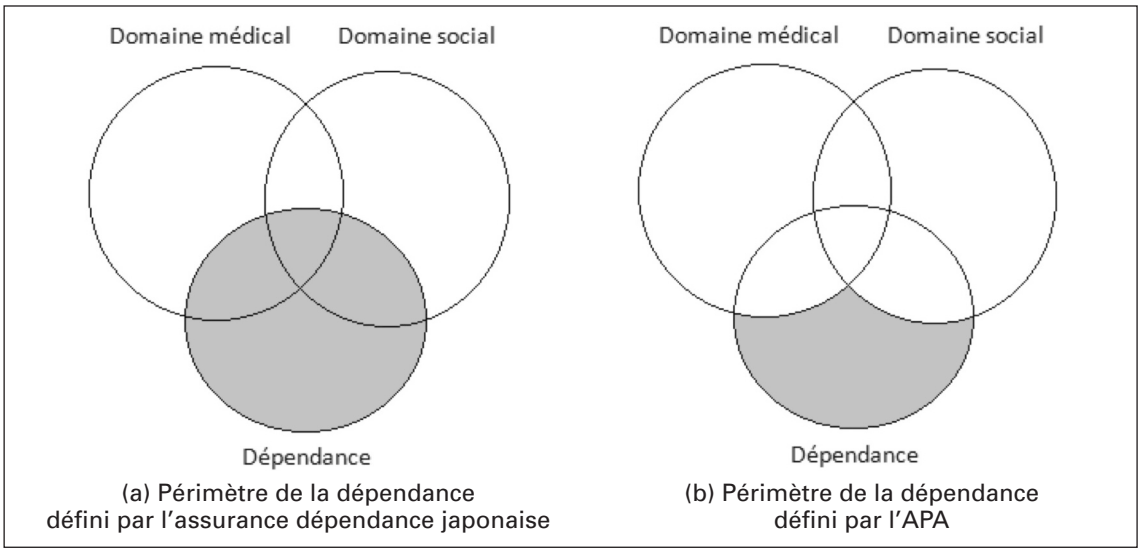
3.1. Définir le périmètre de la dépendance

Campbell et Ikegami (2002) identifient quatre catégories d'aides pouvant être apportées aux personnes en perte d'autonomie : (1) les soins en institution comprenant les services médicaux et rééducation face aux maladies chroniques et incapacité ; (2) les services apportés à domicile qui peuvent être des aides physiques telles que l'aide à la toilette et les soins infirmiers, ou ménagères telles que la préparation de plats, le ménage, le jardinage... ; (3) les services en institution pour les personnes habitant à domicile tels que les centres d'accueil journalier ; et finalement (4) les aides matérielles telles que l'aménagement du lieu d'habitation, la location de chaises roulantes... Or ces aides se retrouvent souvent à l'intersection des problématiques médicales et sociales ; la définition des frontières entre la *dépendance,* la *santé* et le *social* n'est pas évidente.

La prise en charge des dépenses en institutions médicalisées dans les deux pays illustre deux logiques différentes. En France, les dépenses en Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont composées de trois sections : les frais d'hébergement, les frais de soins médicaux et les frais de dépendance. L'effort public intervient dans chacune des sections : l'APA permet de réduire les frais de dépendance à la charge de la personne âgée dépendante, l'aide sociale ceux de l'hébergement, l'assurance santé (la Sécurité Sociale) prend en charge les soins médicaux et finalement des dispositifs d'exonérations fiscales permettent de réduire les dépenses des usagers. Au Japon, le budget des institutions (équivalent des EHPAD) est composé de deux sections tarifaires : les dépenses d'hébergement et celles de la dépendance. Contrairement à la France, tous les frais de soins (rémunération des infirmiers ou des médecins) sont considérés comme des frais de dépendance et peuvent être en partie pris en charge par l'assurance dépendance. Les frais d'hébergement sont à la charge de la personne dépendante, mais des dispositifs prévus dans le cadre de l'assurance dépendance permettent d'alléger les charges pour les personnes à faibles revenus. Ainsi, l'effort public destiné à la dépendance regroupe des aides qui dans le cas français auraient été pris en charge par la Sécurité Sociale et l'aide sociale.

L'assurance dépendance japonaise tente d'englober les dépenses médicales et sociales liées à la dépendance sous un regroupement plus large alors que l'APA prend en charge les éléments non-couverts par l'assurance santé et les aides sociales (figure 4).

Figure 4 : Le périmètre de la dépendance



(a) Périmètre de la dépendance défini par l'assurance dépendance japonaise

(b) Périmètre de la dépendance défini par l'APA

3.2. Quantifier l'effort public dans le domaine de la dépendance

Ces différences d'organisation engendrent des difficultés à délimiter, quantifier et comparer les efforts de l'action publique au sujet de la dépendance.

Tous les ans, un compte de résultat de l'activité de l'assurance dépendance est publié par le Ministère japonais de la Santé, du Travail et des Affaires Sociales. Il permet d'évaluer la valeur de l'effort public apporté à travers le système d'assurance dépendance au niveau national. Le copaiement des services, le financement du système d'évaluation du niveau de la dépendance, les dépenses administratives ou le financement des activités de prévention sont tous pris en compte. Cependant, les dépenses qui ne rentrent pas dans le cadre de l'assurance dépendance telles que les aides sociales *(Seikatsu Hogo)* n'apparaissent pas dans ces comptes. En 2010, l'effort public incluant les dépenses de l'assurance dépendance et des aides sociales (28) s'élevait à 61,7 milliards d'euros, soit 1,6 % du PIB (tableau 4).

En France, l'évaluation de l'effort public dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes est plus complexe. Dans le rapport d'information au Sénat, Vasselle (2008) soulève trois raisons qui rendent cette évaluation difficile : la définition de la dépendance, la complexité des circuits de financement et l'absence d'outils statistiques adéquats. La notion de la dépendance ne présente pas de frontière étanche avec les autres risques de la protection sociale et la définition de son périmètre reste floue. Ainsi, le choix des dispositifs à inclure dans le calcul pose un problème. Par ailleurs, l'imbrication de différents dispositifs et différentes sources de financement entrave la lisibilité des circuits de financement. Finalement, il n'existe pas de compte spécifique pour les personnes âgées dépendantes et l'isolation des coûts les concernant n'est pas aisée.

Tableau 4 : L'effort public en faveur des personnes âgées dépendantes au Japon (en milliard d'euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dépenses Totales	**28,5**	**36,2**	**39,6**	**43,0**	**46,4**	**48,7**	**50,5**	**53,8**	**56,2**	**59,1**	**61,7**
Dépenses LTC	*28,4*	*36,0*	*39,4*	*42,8*	*46,1*	*48,3*	*50,1*	*53,3*	*55,7*	*58,7*	*61,1*
Aide sociales	*0,1*	*0,2*	*0,2*	*0,3*	*0,3*	*0,4*	*0,4*	*0,4*	*0,4*	*0,5*	*0,5*
PIB	**4 032**	**3 998**	**3 947**	**3 945**	**3 984**	**3 985**	**4 007**	**4 057**	**3 964**	**3 726**	**3 810**
part du PIB	*0,7 %*	*0,9 %*	*1,0 %*	*1,1 %*	*1,2 %*	*1,2 %*	*1,3 %*	*1,3 %*	*1,4 %*	*1,6 %*	*1,6 %*

Note : conversion en PPA 2010 (OCDE).

Source : Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires Sociales du Japon (mhlw.go.jp).

(28) Ne sont intégrées que les aides sociales exclusivement destinées pour les personnes âgées dépendantes.

Malgré les difficultés et les limites, plusieurs études, dont celles de la Cour des Comptes (2005) et Vasselle (2008), ont tenté d'estimer les dépenses publiques destinées aux personnes âgées dépendantes. Selon l'actualisation des estimations de la Cour des Comptes par Vasselle (2008), l'effort public, principalement réparti entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), les collectivités territoriales, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et l'État, s'élevait à environ 19 milliards d'euros (29). Le coût serait principalement supporté par l'assurance maladie qui, à elle seule, prend en charge 60 % des coûts. Les collectivités territoriales participent à hauteur de 20 %, la CNSA (30) à hauteur de 15 % et l'État moins de 2 %. Les dépenses liées aux exonérations fiscales non spécifiquement dédiées aux personnes âgées dépendantes ou les exonérations de cotisation sociale n'ont pas été prises en compte. En revanche, d'autres éléments tels que les dépenses hospitalières et dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes, les soins en EHPAD ou les dépenses relatives à la promotion d'actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service ont été inclus. Si l'on rajoute les exonérations de cotisations sociales, l'effort public atteint 21 milliards d'euros. Dans leur article, Gramain et Wittwer (2010) retiennent quant à eux 20 milliards d'euros (pour connaître en détails les éléments pris en compte par chacun des auteurs, voir le tableau 5 (31)).

(29) L'estimation s'appuie sur les résultats 2007 et les prévisions pour 2008.
(30) Les détails sur le financement de la CNSA sont présentés dans la section 2.2 du chapitre 2.
(31) Aucunes des trois estimations n'ont pris en compte les dépenses fiscales dont peuvent bénéficier les personnes âgées mais qui ne sont pas spécifiquement dédiées aux personnes dépendantes. Elles avaient été évaluées à 7,8 milliards d'euros pour 2008 (Vasselle, 2008).

Tableau 5 : L'effort public en faveur de la prise en charge de la dépendance par source de financement (en millions d'euros)

		Vasselle (2008) (a)	Vasselle (2008) (b)	Gramain et Wittwer (2011)
Dépenses dédiées aux personnes âgées dépendantes				
États	– **Dépenses directes** *(crédits consacrés aux personnes âgées dans le programme 157 « Handicap et dépendance » de la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances »)* (prévision pour 2008)	17	17	17
	– **Dépenses fiscales spécifiquement centrées sur le traitement de la dépendance** *(exonération d'impôt sur le revenu des sommes versées au titre de l'Apa et réduction d'impôt sur le revenu au titre des frais de dépendance et d'hébergement pour personnes dépendantes accueillies en établissement spécialisé)* (prévision pour 2008)	370	370	370
Assurance maladie	– **Exonération de cotisations sociales** liées à la prise en charge de la dépendance (prévision 2008)		1 508	1 508
Départements (Conseils généraux)	– **Dépenses relatives à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)** (en 2007)	3 100	3 100	3 100
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	– **Participation au financement de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)** (prévision pour 2008)	1 572	1 572	1 572
	– **Dépenses relatives à la promotion d'actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation** des métiers de service (prévision pour 2008)	66	66	66
	– **Dépenses d'animation, de prévention et d'études** (prévision pour 2008)	10	10	10
Caisse nationale d'assurance vieillesse	– Dépenses consacrées au maintien à domicile (en 2007)	321	321	321
	– Dépenses consacrées aux lieux collectifs (en 2007)	49	49	49
	Sous-total	**5 505**	**7 013**	**7 013**
Dépenses quasi spécifiquement dédiées aux personnes âgées dépendantes				
Assurance maladie	– **Dépenses de soins des établissements et services sociaux et médicosociaux** *(crédits destinés au financement des Ehpad et des Ssiad retracés dans l'« Ondam médicosocial – personnes âgées », ainsi que les crédits destinés au financement des USLD)* (prévision pour 2008)	6 775	6 775	6 775
	– **Dépenses hospitalières et dépenses de soins de ville** des personnes âgées dépendantes (prévision pour 2008)	4 600	4 600	4 600
	– **Dépenses d'action sociale des caisses régionales d'assurance maladie** (prévision pour 2008)	10	10	
Départements (Conseils généraux)	– **Dépenses nettes relatives à l'aide sociale à l'hébergement** (en 2007)	1 100	1 100	1 100
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	– **Participation au financement des établissements** ou services sociaux et médicosociaux (prévision pour 2008)	930	930	930
	– **Cofinancement d'opérations d'investissement** (prévision pour 2008)	390	390	
Caisse nationale d'allocations familiales	– **Dépenses d'Allocations Logement à caractère Social (ALS)** accordées aux personnes âgées de 60 ans (en 2007)	305	305	
	– **Dépenses d'Aides Personnalisées au Logement (APL)** accordées aux personnes âgées de 60 ans (en 2007)	263	263	
	Sous-total	**14 373**	**14 373**	**13 405**
Total		**19 878**	**21 386**	**20 418**

(a) : Actualisation des estimations de la Cour des Comptes par Vasselle.

(b) : Estimations des dépenses par Vasselle en incluant les exonérations de cotisation sociales.

Source : Vasselle (2008) et Gramain et Wittwer (2010).

Malgré une forte évolution sur les huit dernières années (tableau 6), les dépenses de l'APA (32), principal dispositif de la prise en charge de la dépendance, ne représenterait en 2008 qu'environ 22 % des dépenses totales.

Tableau 6 : Les dépenses d'APA (en milliard d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dépenses APA	1,9	3,2	3,6	3,9	4,2	4,6	4,9	5,0	5,2
PIB	1 543	1 588	1 656	1 718	1 798	1 887	1 933	1 886	1 937
part du PIB	*0,12 %*	*0,20 %*	*0,22 %*	*0,23 %*	*0,24 %*	*0,24 %*	*0,25 %*	*0,27 %*	*0,27 %*

Source : CNSA (2010).

Les efforts publics affichés par les gouvernements s'élevaient donc en 2008 à environ 1,4 % du PIB pour le Japon et 1,1 % pour la France. La comparaison entre ces deux indicateurs nécessite toutefois beaucoup de précautions.

Premièrement, la France et le Japon n'ont pas la même structure démographique : la part des personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que celle des personnes âgées de 80 ans et plus, qui sont également les personnes les plus touchées par la perte d'autonomie, sont plus importantes au Japon qu'en France. Des dépenses plus élevées au Japon en terme de PIB ne reflètent pas nécessairement une plus grande générosité du système. Afin de prendre en compte la structure démographique, les dépenses de chacun des pays ont été divisées par la population des personnes âgées (tableau 7). Les dépenses par personne âgée de 65 ans et plus s'élèvent alors à 1 948 euros en France contre 995 euros au Japon. Cet indicateur reste tout aussi discutable notamment parce qu'il ne prend pas en compte toutes les populations concernées par les aides (en France de nombreux dispositifs sont destinés aux personnes âgées de 60 ans et plus). Il permet tout de même d'illustrer le poids de la structure démographique sur les dépenses publiques.

Tableau 7 : L'effort public en faveur des personnes âgées dépendantes au Japon et en France (2008)

	Dépenses totales *(milliard)*	Part du PIB *(en %)*	Pop. + 65 *(en milliers)*	Dépense + 65 *(en euros)*	Pop. + 80 *(en milliers)*	Dépense + 80 *(en euros)*
France	20,4	1,1 %	10 481	1 948	3 157	6 467
Japon	56,2	1,4 %	56 443	995	15 028	3 738

Note : En France l'effort public en 2008 était estimé à 20 milliard d'euros, soit 1,1 % du PIB. Ce montant équivaut à 1 948 € par personne âgée de 65 ans et plus. Conversion en PPA 2010 (OCDE).

Deuxièmement, l'estimation des efforts publics de chaque pays n'inclut pas nécessairement les mêmes éléments. Les dépenses de l'assurance dépendance au Japon englobent les soins en institution. Afin de maintenir la comparabilité, les soins en EHPAD pris en charge par la Sécurité Sociale en France ont été pris en compte dans l'évaluation de l'effort public en matière de dépendance. Or ces estimations ne tiennent pas compte du niveau de médicalisation des établissements des deux pays. Un niveau de médicalisation élevé des établissements d'hébergement japonais viendrait augmenter le niveau de dépenses liées à la prise en charge de la dépendance. Inversement, un faible niveau de médicalisation au sein des établissements signifie qu'un périmètre plus large de soins doit être apporté dans les hôpitaux : les dépenses en dépendance seraient alors moins élevées et celles de la santé (non inclues dans l'estimation japonaise) plus élevées. Une étude plus approfondie quant au niveau de médicalisation serait nécessaire afin de garantir la comparabilité.

Ainsi, la différence de découpage du périmètre de la dépendance engendre des difficultés à identifier les éléments à intégrer dans l'analyse et complique l'exercice de comparaison.

(32) L'APA est financée en partie par le Conseil Général, en partie par la CNSA. Pour plus de détails, voir 2.2.3.

CONCLUSION

Le vieillissement de la population touche tous les pays industrialisés, qui sont aujourd'hui confrontés à une croissance rapide de la part des personnes âgées de 80 ans et plus. Les personnes de cette tranche d'âge étant les plus souvent concernées par la perte d'autonomie, cette évolution démographique soulève des questions quant à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Les pays font simultanément face à deux problèmes qui engendrent une implication plus importante des personnes âgées de 50 à 65 ans sur plusieurs fronts : le maintien d'un système pérenne de retraite et la prise en charge de la dépendance. Les personnes dites seniors de 50 à 65 ans sont incitées à participer davantage au marché du travail et à reculer l'âge du départ en retraite alors que la prise en charge des personnes âgées dépendantes s'appuie fortement sur leur aide.

Si certains pays, tels que la Suède et les Pays-Bas se penchent sur la question de la dépendance depuis plus de 40 ans, les initiatives en la matière n'apparaissent au Japon et en France qu'à partir des années 80 et 90. L'initiative japonaise peut sembler être d'autant plus tardive que le pays est confronté à un rythme de vieillissement particulièrement rapide, qui le place depuis les années 2000 comme le pays où la part des personnes âgées est la plus importante. Le problème se pose ainsi de manière particulièrement pressante pour ce pays.

De part son contexte démographique, le Japon représente un exemple intéressant pour de nombreux pays. Selon les prévisions, ce pays devrait rester le pays où le vieillissement est le plus avancé pour encore plusieurs décennies. Rappelons que la structure démographique française ne devrait rattraper celle du Japon de 2010 qu'en 2030. L'objectif de cette étude est d'analyser de manière comparative les politiques mises en œuvre au Japon et en France sur les questions de la dépendance, dans un premier temps à travers une analyse institutionnelle, et dans un second temps en se plaçant du point de vue de la personne âgée dépendante.

Ce chapitre a mis en évidence une différence fondamentale entre la politique de prise en charge au Japon et en France qui complique l'exercice d'analyse et de comparaison : d'un côté la dépendance est prise en charge par un dispositif principal (éventuellement complété par un dispositif d'aide sociale), de l'autre, elle est assurée par une combinaison de dispositifs dont certains sont spécifiquement destinés à la dépendance et d'autres non. La question du périmètre des éléments à inclure dans l'analyse revient à chaque étape de l'étude.

D'après l'analyse des dépenses publiques destinées à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, l'effort public en terme de pourcentage de PIB est plus important au Japon qu'en France. Mais, la part des personnes âgées étant plus importante au Japon, les dépenses publiques par personne âgée de 80 ans et plus sont en revanche plus élevées en France. La comparabilité de ces données n'étant pas totalement assurée, ces résultats sont toutefois à relativiser.

Dans le cadre de la comparaison institutionnelle (chapitre 2), nous avons fait le choix de nous concentrer sur les dispositifs principaux (d'un point de vue des dépenses budgétaires) : l'assurance dépendance pour le Japon, l'APA et les dispositifs de la Sécurité Sociale pour la France. L'analyse à travers le projet des cas-types (chapitre 3) s'effectue sur un périmètre plus large prenant en compte un nombre plus important de dispositifs (33). Par ailleurs, la prise en charge des personnes habitant à domicile et celle en établissement s'organisent de manière très différente et implique d'effectuer l'analyse en distinguant les deux formes de prise en charge. Martin (2006) constate une tendance générale des politiques publiques au sein des pays européens à privilégier l'aide à domicile aux dépens de la prise en charge en institution. Cette tendance qui s'explique principalement pour des raisons de coûts, semble également être partagée par les politiques japonaises. Ainsi, la suite de l'étude se focalise principalement sur les dispositifs d'aide à domicile.

(33) Les éléments pris en compte seront spécifiés dans le chapitre 3.

4. ANNEXE

4.1. Évolution démographique dans le monde

Tableau 8 : Évolution de la part des personnes âgées de 65 ans et plus dans le monde

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Allemagne	9,7	11,5	13,7	15,6	14,9	16,3	20,4	23,0	28,0	31,0	30,9
Chine	4,5	4,0	4,0	5,2	5,9	7,0	8,2	12,0	16,5	23,3	25,6
Danemark	9,0	10,6	12,3	14,4	15,6	14,8	16,5	19,9	22,3	24,3	24,1
États-Unis	8,3	9,2	9,8	11,3	12,5	12,4	13,1	16,2	19,9	20,9	21,2
France	11,4	11,6	12,9	13,9	14,0	16,1	16,8	20,3	23,1	24,9	24,9
Italie	8,1	9,5	11,1	13,4	14,9	18,3	20,4	22,8	26,4	31,4	32,7
Japon	4,9	5,7	7,0	9,0	11,9	17,2	22,7	28,4	30,3	33,8	35,6
Pays-Bas	7,7	8,9	10,1	11,4	12,8	13,6	15,3	19,9	24,2	27,1	26,3
République de Corée	2,9	3,7	3,3	3,9	5,0	7,3	11,1	15,7	23,3	29,6	32,8
Royaume-Uni	10,8	11,7	13,0	14,9	15,7	15,8	16,6	18,7	21,1	23,0	23,6
Russie	6,2	6,3	7,7	10,2	10,2	12,4	12,8	15,2	19,1	20,1	23,1
Suède	10,3	12,0	13,7	16,3	17,8	17,2	18,2	20,9	22,6	24,3	24,6
Europe de l'ouest	10,2	11,4	13,1	14,6	14,4	15,9	18,3	21,3	25,4	27,9	27,8
Europe du sud	7,5	8,4	10,0	11,8	13,3	16,6	18,0	20,4	24,2	28,9	31,6
Europe du nord	10,4	11,2	12,6	14,5	15,2	15,5	16,5	18,9	21,3	23,2	23,9
Régions développées	7,9	8,6	9,9	11,7	12,5	14,3	15,9	19,0	22,4	24,5	25,7
MONDE	**5,2**	**5,1**	**5,3**	**6,0**	**6,2**	**6,9**	**7,6**	**9,4**	**11,7**	**14,3**	**16,2**

(a) Part des personnes âgées de 65 ans et plus.

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Allemagne	1,0	1,6	1,9	2,8	3,7	3,6	5,1	7,3	8,0	10,2	13,5
Chine	0,3	0,2	0,3	0,6	0,9	1,1	1,4	1,9	2,8	4,8	7,6
Danemark	1,2	1,6	2,1	2,8	3,7	4,0	4,1	4,6	6,8	7,7	9,2
États-Unis	1,1	1,4	1,8	2,3	2,8	3,2	3,8	3,9	5,2	7,1	7,9
France	1,6	2,0	2,3	2,8	3,7	3,7	5,4	6,0	7,3	9,0	10,0
Italie	1,0	1,4	1,8	2,2	3,3	4,1	5,9	7,3	8,5	9,9	12,9
Japon	0,4	0,7	0,9	1,4	2,3	3,7	6,3	9,2	12,7	13,5	14,6
Pays-Bas	1,0	1,4	1,7	2,2	2,9	3,1	3,89	4,7	6,8	8,7	10,7
République de Corée	0,4	0,4	0,4	0,5	0,7	1,0	2,0	3,7	5,2	8,8	12,3
Royaume-Uni	1,5	1,9	2,3	2,7	3,6	4,0	4,6	5,1	6,4	7,3	9,0
Russie	0,9	1,0	1,2	1,4	2,1	2,0	2,9	3,8	3,6	5,7	6,0
Suède	1,5	1,9	2,3	3,2	4,3	5,0	5,3	5,4	7,7	8,3	9,5
Europe de l'ouest	1,2	1,7	2,0	2,7	3,6	3,6	5,0	6,4	7,5	9,4	11,6
Europe du sud	1,0	1,2	1,6	1,9	2,8	3,5	4,9	6,1	7,1	8,8	11,4
Europe du nord	1,5	1,8	2,2	2,6	3,5	3,9	4,5	5,0	6,4	7,5	8,9
Régions développées	1,0	1,3	1,6	2,0	2,7	3,1	4,3	5,2	6,4	8,1	9,3
MONDE	**0,6**	**0,6**	**0,7**	**0,8**	**1,1**	**1,2**	**1,5**	**1,9**	**2,3**	**3,3**	**4,3**

(b) Part des personnes âgées de 80 ans et plus.

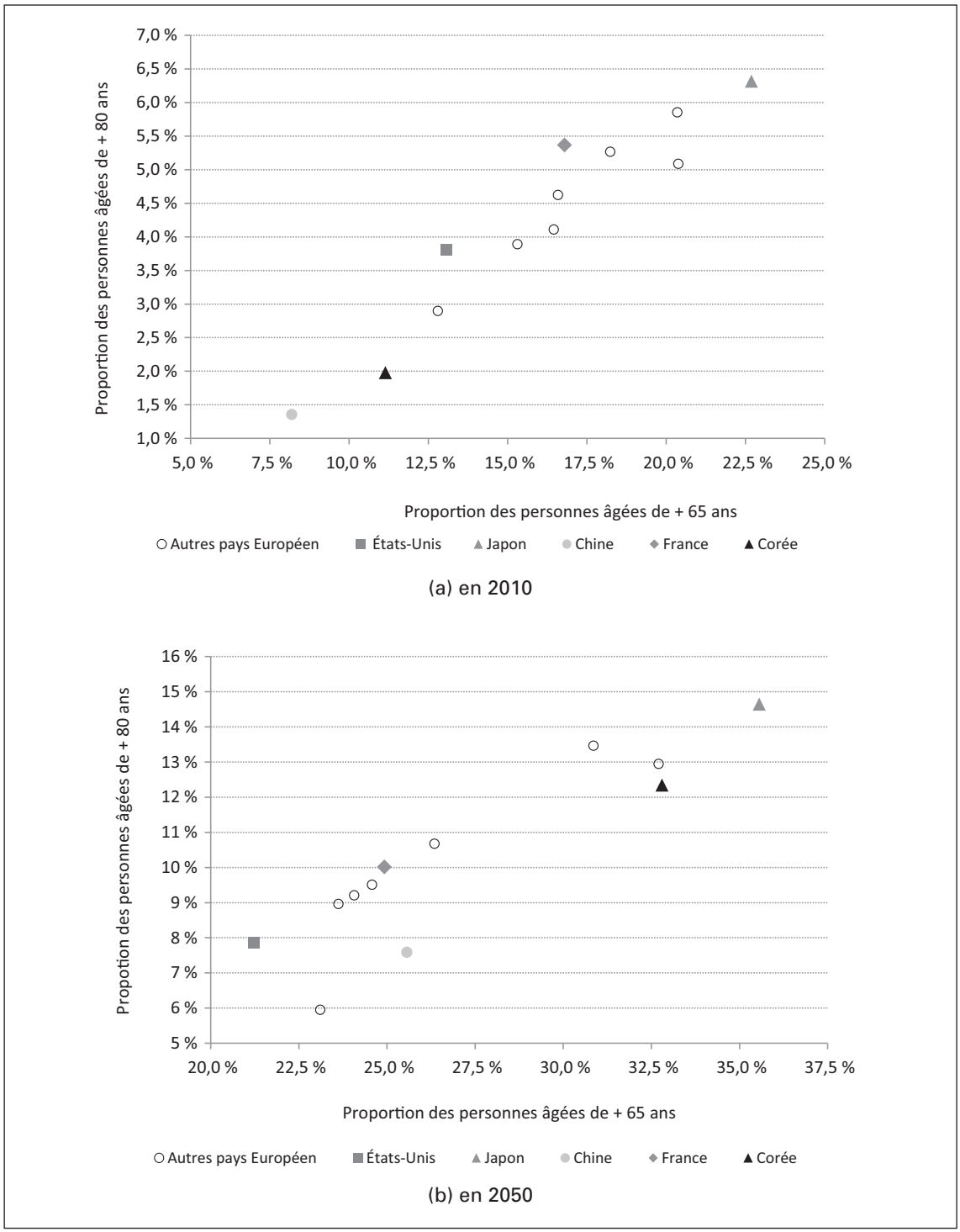
Unité : en % de la population.

Note (a) : La part des personnes âgées de 65 ans et plus était de 22,7 % en 2010 ; elle devrait atteindre 35,6 % d'ici 2050.

Note (b) : La part des personnes âgées de 80 ans et plus était de 6,3 % en 2010 ; elle devrait atteindre 14,6 % d'ici 2050.

Source : World Population Prospects: The 2010 Revision.

Figure 5 : Part des personnes âgées de + 65 ans et + 80 ans dans le monde



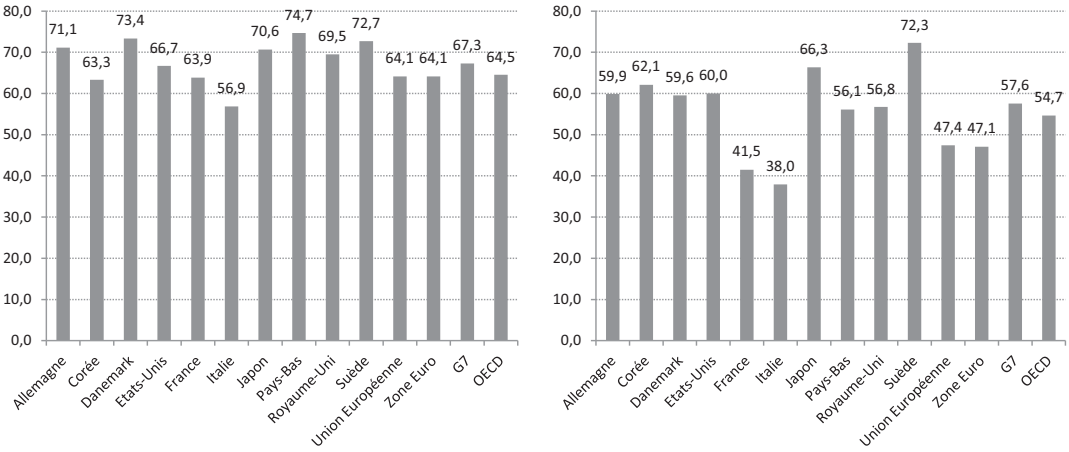
Source : World Population Prospects: The 2010 Revision.

4.2. Le marché de l'emploi : la participation des personnes âgées de 55 à 64 ans

La situation sur le marché de l'emploi est très hétérogène entre les pays. La figure 6 montre le taux de participation des personnes en âge de travailler ainsi que celui des personnes âgées de 55 à 64 ans dans certains pays de l'OCDE. Du point de vu des objectifs fixés lors du Conseil Européen de Stockholm, la France et l'Italie font figure de *mauvais élèves*. Avec un taux d'emploi global de 63,9 % pour la France, 56,9 % pour l'Italie et un taux d'emploi des seniors de 41,5 % et 38 %, ils n'atteignent aucun des deux objectifs alors qu'au contraire les pays d'Europe Scandinave, l'Allemagne et le Royaume-Uni affichent

des taux d'emploi bien supérieurs. Le Japon (34) fait partie des pays ayant un fort taux d'emploi. La participation sur le marché du travail des personnes âgées de 55 à 64 ans est particulièrement élevée (66,3 %) par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE (54,7 %).

Figure 6 : Taux d'emploi de quelques pays de l'OCDE en 2011

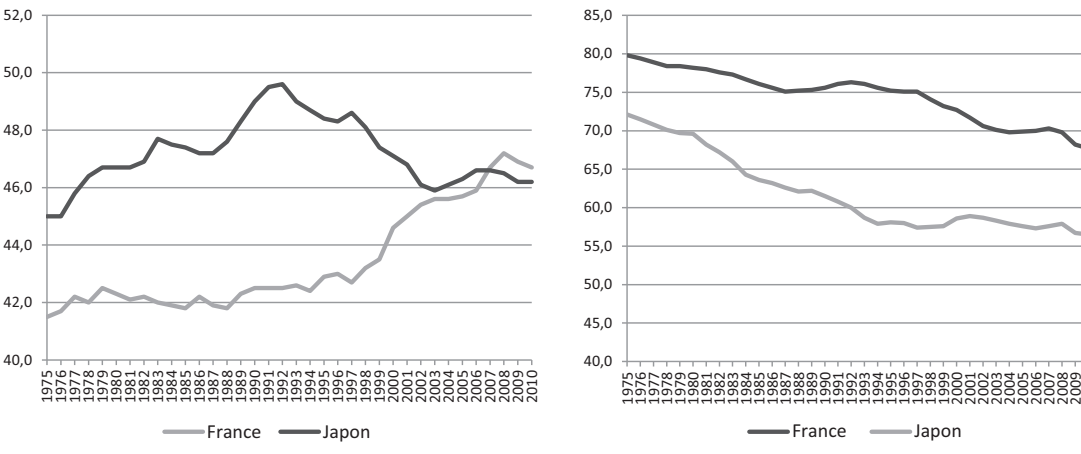


(a) des personnes âgées de 15 à 64 ans (b) des personnes âgées de 55 à 64 ans

Source : *www.oecd.org*

Une analyse plus approfondie des taux d'emploi illustre une habitude de travail très différente entre le Japon et la France, notamment pour les femmes. D'après la figure 7 qui montre l'évolution du taux d'emploi des hommes et des femmes âgées de 15 ans et plus, la participation des femmes japonaises sur le marché du travail a longtemps été plus élevée qu'en France. La France rejoint le niveau du Japon au début des années 2000. Lorsque l'analyse est limitée à la population des personnes âgées de 15 ans à 64 ans (35), le taux de participation des femmes au Japon est très proche de celui de la France sur les dix dernières années, avec une participation des femmes japonaises (61 %) légèrement plus importante celle des femmes françaises (59,7 %) en 2011.

Figure 7 : Évolution du taux d'emploi des hommes et des femmes au Japon et en France entre 1975 et 2010



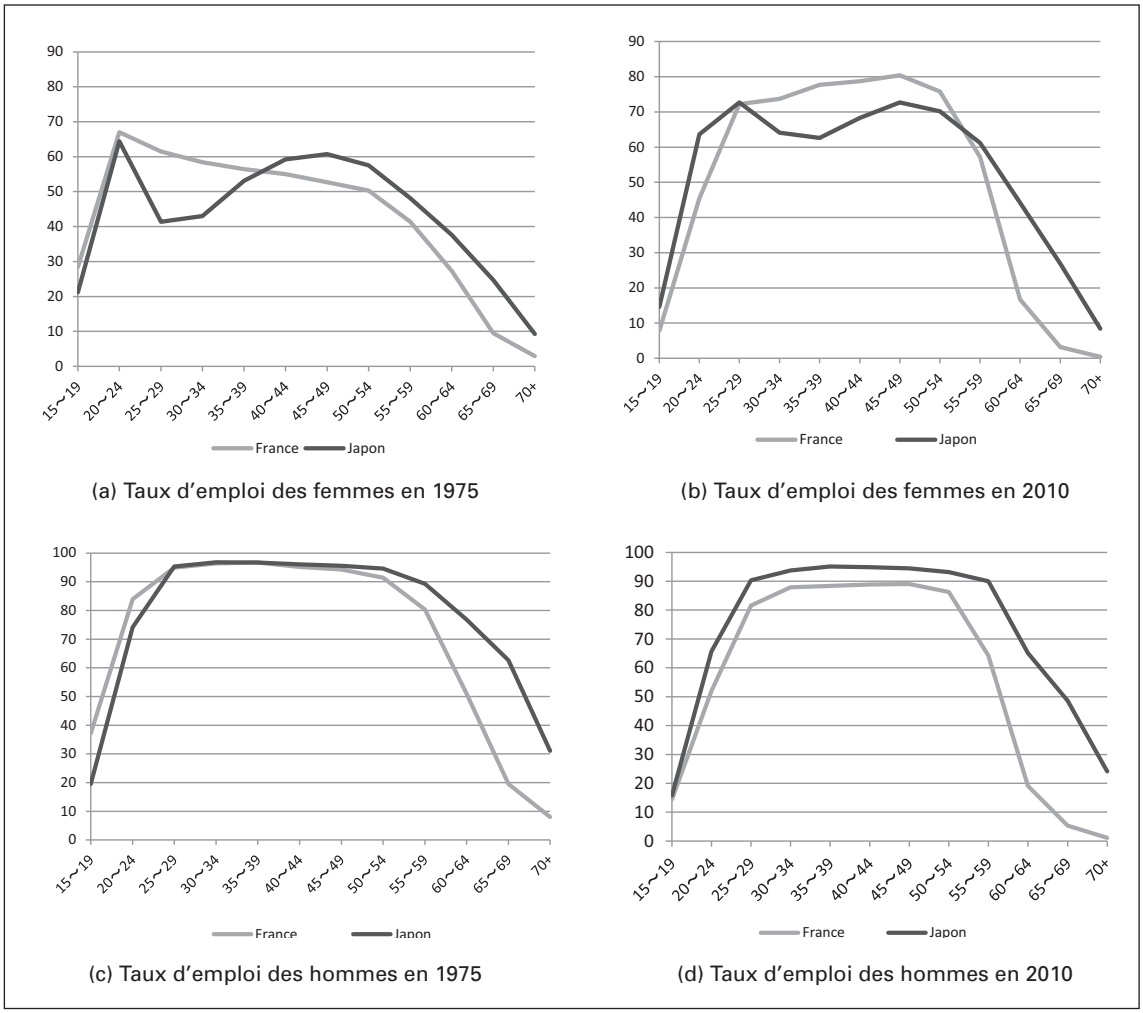
(a) des femmes âgées de 15 ans et plus (b) des hommes âgés de 15 ans et plus

Source : *stat.gov.jp* et *insee.fr*

(34) Le Japon et la Corée ne sont bien entendu pas concernés par les objectifs du Conseil Européen.
(35) Voir le taux de participation publié par l'OCDE.

Le taux d'emploi des femmes par âge au Japon est caractérisé par une forme de bosses de chameau : relativement élevé dans un premier temps, il chute sur une période de 10 ans pour ensuite augmenter de nouveau (figure 8). En 1975, les femmes quittaient le marché de l'emploi entre 20 et 24 ans pour y retourner graduellement à partir de 30 ans. Les femmes d'aujourd'hui suivent la même tendance avec un décalage de 5 ans (à partir de 25-29 ans) et une intensité moindre.

Figure 8 : Évolution du taux d'emploi par âge au Japon et en France entre 1975 et 2010



(a) Taux d'emploi des femmes en 1975

(b) Taux d'emploi des femmes en 2010

(c) Taux d'emploi des hommes en 1975

(d) Taux d'emploi des hommes en 2010

Source : *stat.gov.jp* et *insee.fr*

La France ne connaît pas de retour au travail des femmes comme au Japon. En 1975, le taux d'emploi des femmes était le plus important entre 20 et 24. Après cet âge, il diminuait graduellement. Aujourd'hui, il continue d'augmenter jusqu'à 50 ou 54 ans. Au-delà de cet âge, les femmes quittent en revanche rapidement le marché. Ainsi, entre 25 et 55 ans les femmes françaises travaillent plus qu'au Japon alors que la tendance s'inverse aux âges plus élevés : en France l'emploi concerne 39 % des femmes entre 55 à 64 ans et quasiment personne au-delà de 70 ans (0,4 %) ; alors qu'au Japon, plus de la moitié des femmes de 55 à 64 ans sont en emploi et 8,4 % des femmes continuent à travailler après 70 ans.

La différence est moins marquée pour les hommes. En 1975, la participation des hommes sur le marché du travail s'effectuait plus tard qu'en France. Quittant également le marché de manière plus tardive, la participation globale était plus importante au Japon. La figure 7 montre une diminution global de la participation des hommes sur le marché de l'emploi dans les deux pays. En 2010, le taux d'emploi par âge ne montre plus de décalage concernant le moment d'entrer sur le marché du travail. Mais la participation des hommes japonais est plus importante à tous les âges et l'écart se creuse de manière importante à partir de 50 ans.

CHAPITRE 2

COMPARAISON INSTITUTIONNELLE DES SYSTÈMES DE PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE AU JAPON ET EN FRANCE

INTRODUCTION

Selon Palier (2005) tout dispositif de protection sociale peut être caractérisé à partir de quatre dimensions : *le critère d'accès à la prestation, la nature et le niveau de la prestation, le mode de financement, et finalement la structure de décision, d'organisation et de gestion de l'organisme qui fournit la prestation.* Ces quatre dimensions proviennent des questions fondamentales qui se posent à chaque système de protection sociale : Qui bénéficie de la prestation ? Quelle est la nature de la prestation ? Comment le dispositif est-il financé ? Comment est-il géré ? Chaque programme de protection sociale présente une configuration particulière de ces éléments, qui constituent des axes d'analyse et de comparaison. Ils permettent de saisir les points de divergences et de similitudes entre les différents programmes.

Ce chapitre vise à analyser les quatre dimensions qui caractérisent les systèmes de prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes en France et au Japon, afin de faire ressortir les principaux éléments de différences et de convergences. L'analyse systématique des quatre dimensions pour chaque dispositif s'est avérée complexe et peu pertinente compte tenu du nombre important de dispositifs concernés, notamment dans le système français. Pour cette étude institutionnelle, nous avons fait le choix de nous focaliser sur les principaux dispositifs destinés aux personnes âgées dépendantes, à savoir l'assurance dépendance *standard* (36) au Japon, et l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) en France.

L'analyse souligne les principales divergences entre ces deux pays qui proviennent essentiellement du choix entre système assurantiel ou système assistantiel. Les deux pays ont adopté un financement hybride se basant aussi bien sur les cotisations sociales que sur l'impôt, mais chacun tend à favoriser l'un des systèmes : le système japonais s'organise davantage comme un système assurantiel et celui de la France comme un système assistantiel. Le régime assurantiel implique des droits individuels préalablement définis, il est donc caractérisé par une plus grande rigidité du système mais également par une plus grande liberté accordée à l'usager. Le régime assistantiel prend en compte le niveau des revenus et la situation familiale. Les solutions sont apportées de manière plus flexible que dans un système assurantiel mais peu de liberté est laissée au bénéficiaire. En dépit de ces divergences, les politiques de prise en charge de la dépendance à domicile dans les deux pays partagent des tendances similaires. Elles sont notamment fortement marquées par la volonté de développer un marché des services à la personne qui se traduit par une forte réglementation de l'utilisation des aides.

Si la comparaison institutionnelle permet de mettre en évidence les principaux éléments divergents et convergents entre les systèmes des deux pays, elle ne permet pas d'appréhender l'impact de ces dispositifs sur les prestations concrètes que peuvent recevoir un individu en fonction de sa situation. Premièrement, l'analyse étant focalisée sur les principaux dispositifs, elle omet les autres, dont certains qui peuvent impacter l'aide apportée à une personne dépendante. Par conséquent, l'étude de l'articulation des différents dispositifs entre eux est exclue de l'analyse. Deuxièmement, la dimension institutionnelle étant trop généraliste, elle ne permet pas de saisir concrètement ce que représente un plan d'aide en terme de volume et de nature d'aide. Ces divers éléments feront l'objet du troisième chapitre.

(36) Par *standard* nous désignons le fonctionnement général de l'assurance dépendance sans les modalités complémentaires spécifiquement destinées à une catégorie restreinte des bénéficiaires.

La suite du chapitre est composée de deux sections descriptives et d'une section analytique. Les deux premières présentent respectivement les systèmes japonais et français de prise en charge de la dépendance. Chacune d'elles décrit le fonctionnement général du système, les quatre dimensions des principaux dispositifs, et de manière plus succincte, les dispositifs complémentaires. L'objet de l'analyse est la prise en charge à domicile, mais nous avons fait le choix d'apporter également des éléments concernant la prise en charge en établissement afin d'exposer le système dans son ensemble. La troisième et dernière section analyse de manière comparative les principaux systèmes de prise en charge de la dépendance à travers les quatre dimensions exposées plus haut.

1. L'ASSURANCE DÉPENDANCE AU JAPON

Le Japon a adopté le système d'assurance dépendance obligatoire en 2000. L'accès au soin est depuis lors déterminé sur la base des cotisations, sans critère de revenus. Toutefois, certaines modalités prévues dans le cadre de l'assurance dépendance ainsi qu'un dispositif d'aide sociale appliquent des critères de revenus. La description de la prise en charge au Japon se traduit par la présentation de l'assurance dépendance obligatoire et du système complémentaire.

1.1. Fonctionnement général de l'assurance dépendance

Depuis la mise en place de l'assurance dépendance obligatoire, toutes les personnes âgées de 40 ans et plus cotisent auprès de l'assurance et toutes les personnes dépendantes âgées de plus de 65 ans ou âgées de 40 à 64 ans et ayant des maladies généralement liées à la vieillesse (37) ont accès aux services éligibles à l'assurance, sans aucune condition de ressources. Les services éligibles et leurs prix sont définis par le Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires Sociales (38). Les prix peuvent varier en fonction du niveau de dépendance du bénéficiaire et de la région. Les prestations sont en partie fournies par des établissements publics, notamment les municipalités, et en grande majorité par des prestataires privés à but lucratif ou non, ayant obtenu un agrément. Une participation à hauteur de 10 % est demandée aux utilisateurs, le reste étant à la charge de l'assurance. Les prestations sont donc dispensées en nature et, sauf pour des cas exceptionnels, le dispositif japonais ne prévoit pas de prestation en espèces. La rémunération d'un aidant proche n'est donc 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 (voir tableau 9). Dans la limite des droits octroyés, l'assuré peut librement combiner les services dont il souhaite bénéficier. Toutes les catégories d'aides destinées aux personnes âgées dépendantes soulevées par Campbell et Ikegami (2002) (39) sont couvertes par le système. Le panier des services auquel les personnes en *prévention* ont accès est moins large que celui des personnes en *dépendance* (40) : par exemple, les personnes en prévention n'ont pas accès aux établissements d'hébergement pris en charge dans le cadre de l'assurance dépendance ou aux soins corporels (41) réservés aux personnes en dépendance.

Tableau 9 : Plafond mensuel du niveau de services accessibles par niveau de dépendance

Niveau dépendance	En unités	10 yens/unités		10,7 yens/unités	
		Yens	Euros	Yen	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 19 480 unités. Le plafond des prestations accessibles est de 194 800 yens (1 541 euros en PPA 2010) dans le cas où une unité coûte 10 yens et de 208 436 yens (1 648 euros) dans le cas où elle coûte 10,7 yens. Le reste à charge est de 10 % du montant des services soit 19 480 yens dans le premier cas et 20 843 yens dans le deuxième.

Source : Ministère de la santé, du travail et des affaires sociales du Japon (mhlw.go.jp) ; oecd.org

(37) Voir la section 1.2.1. pour les critères exactes.
(38) Ministère Japonais de la Santé, du Travail et des Affaires Sociales (MHLW).
(39) Voir la section 3 du chapitre précédent.
(40) Sur sept niveaux de dépendance, les deux premiers, dans le sens croissant en terme de gravité de la dépendance, sont désignés comme des niveaux *en prévention* et les cinq suivants comme des niveaux *en dépendance.* Voir la section 1.2 pour plus de détails.
(41) Exception pour les personnes n'ayant pas de bains à domicile : les personnes en prévention peuvent bénéficier des prestations *bain ambulant* pourtant classées parmi les soins corporels.

Le tarif d'un service se calcule à l'aide du nombre d'unités défini pour ce service et du prix en yens d'une unité (1 unité de services correspond environ à 10 yens). Le prix d'une unité varie en fonction de l'emplacement géographique du prestataire et conduit à des tarifs différents entre municipalité pour un même service. Ce mécanisme par unité garantit les mêmes droits d'accès aux services en terme de volume quelle que soit la région. En revanche, le montant des frais à la charge du bénéficiaire diffère en fonction des régions.

1.2. Les quatre dimensions de l'assurance dépendance

1.2.1. Critère d'accès et définition de la dépendance

Les textes de loi japonais adoptés en 1997 définissent la dépendance comme un besoin d'aide partielle ou totale pour effectuer certains actes de la vie quotidienne tels que prendre le bain, aller aux toilettes, se nourrir sur une période continue. La définition de la dépendance est indissociable de la notion de la durée du besoin (42) et de l'âge. Ainsi, ne sont considérées dépendantes que les personnes âgées de 65 ans et plus en état de dépendance et les personnes âgées de 40 à 64 ans dont les causes de la dépendance sont liées à certaines catégories de maladies (43). Toute autre personne âgée de moins de 65 ans n'est pas assimilée comme dépendante. Les personnes handicapées ont accès aux dispositifs liés au handicap jusqu'à 65 ans mais non aux dispositifs de dépendance. Au-delà de cet âge, elles doivent en priorité faire appel aux dispositifs liés à la dépendance. Si ces dispositifs s'avèrent insuffisants, l'aide est complétée par des dispositifs spécifiques au handicap.

L'assurance japonaise distingue sept niveaux de dépendance : les niveaux en prévention 1 et 2, puis les niveaux en dépendance 1 à 5 (44). Les personnes autonomes ne sont pas classées. Les termes utilisés au Japon *Yôshienshya* et *Yôkaigoshya* 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.

Tableau 10 : Les différents niveaux de dépendance au Japon

Niveau	Temps d'aide	Situation
Prévention 1	25 – 32 min	Ralentissement de certaines fonctionnalités vitales. Possibilité d'améliorer la situation à travers des services de Préventions.
Prévention 2	32 – 50 min	Détérioration notoire de certaines fonctionnalités. Possibilité d'améliorer la situation à travers des services de Préventions.
Dépendant 1	32 – 50 min	Instabilité pour se lever et marcher. Nécessite une assistance partielle pour le bain, la toilette etc.
Dépendant 2	50 – 70 min	Instabilité pour se lever, marcher et autres. Nécessite une assistance partielle ou totale pour le bain, la toilette etc.
Dépendant 3	70 – 90 min	Difficulté pour se lever, marcher sans assistance. Nécessite une aide totale pour le bain, les toilettes, s'habiller etc.
Dépendant 4	90 – 110 min	Ne peut à peine se lever, marcher, etc. Nécessite une aide complète pour les activités de la vie quotidienne telles que le bain, les toilettes, s'habiller etc.
Dépendant 5	Supérieur à 110 min	Difficulté de communication. Nécessite une prise en charge totale sur toutes les activités du quotidien, notamment pour manger.

Source : Health and Welfare Statistics Association (2010/2011).

(42) Si la notion de *durée* est clairement citée dans les textes de loi, aucune durée minimale n'est précisée.
(43) 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 multi-systématisée ; 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.
(44) Les termes en prévention et en dépendance retenus ici sont les mêmes que ceux utilisés dans le rapport du Conseil d'Analyse Stratégique [22].

Le concept de la dépendance étant défini comme un besoin d'aide, chaque niveau de dépendance est rattaché à un temps de référence d'aide nécessaire (voir tableau 10). L'évaluation du niveau de dépendance s'effectue à l'aide d'un questionnaire contenant 74 éléments (45). Cette grille peut être modifiée tous les trois ans à l'initiative du ministère.

1.2.2. Les prestations

L'assurance dépendance japonaise a été mise en vigueur en avril 2000 avec la possibilité d'apporter des ajustements tous les trois ans. Les prix des services, les primes d'assurance, le périmètre des services éligibles à la couverture de l'assurance dépendance peuvent évoluer régulièrement. La réforme de 2006 a apporté des modifications importantes, notamment dans l'organisation des services couverts par l'assurance.

Premièrement, la réforme a introduit la notion de services de prévention et par conséquent la distinction entre deux catégories de services : les services de dépendance et les services de prévention. Ces catégories sont délimitées non pas en fonction de la nature des services mais en fonction du niveau de dépendance du bénéficiaire. Les services destinés aux personnes âgées dépendantes en prévention sont considérés comme des services de prévention. Chaque service de dépendance trouve généralement son équivalent dans la catégorie des services de prévention (excepté pour ceux qui sont réservés aux personnes en dépendance, notamment les établissements d'hébergement permanent). Seules les modalités d'application varient selon la catégorie.

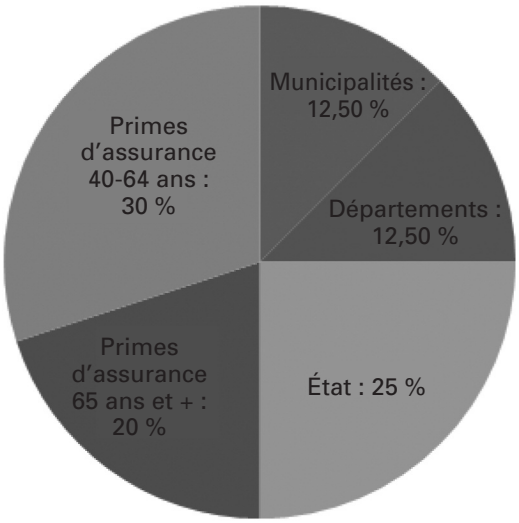
Deuxièmement, depuis 2006 l'assurance dépendance distingue les services dits de quartier (46) des autres services standard. Les services de quartier, réservés aux personnes âgées dépendantes d'une municipalité (47) *(Shichôson),* sont prévus pour des petits effectifs. Ils incluent notamment les services de visites de nuit, les centres d'accueil de jour pour les personnes atteintes par la démence ou les établissements d'hébergement à effectif restreint destinés aux personnes âgées. Si certains services ont été nouvellement intégrés dans le cadre de l'assurance lors de la création des services de quartier (visite de nuit), d'autres tels que les établissements d'hébergement spécialisés dans la démence étaient déjà couverts par l'assurance avant la réforme. Ils étaient alors classés avec les services standard. Le droit d'exercer les activités liées aux services de quartier est octroyé par les municipalités, contrairement aux autres services qui sont sous la responsabilité du département *(Todôfuken)* (48).

1.2.3. Le mode de financement

Dans le cadre de l'assurance dépendance, les prestations sont financées à hauteur de 10 % par les utilisateurs et 90 % par l'assurance. Le budget de l'assurance dépendance provient en partie des impôts (50 %) et en partie des primes (50 %) versées par toutes les personnes âgées de 40 ans et plus. L'État participe à hauteur de 25 %, les départements et les municipalités chacun à hauteur de 12,5 % (49). Les cotisations des personnes âgées de 65 ans et plus, désignées comme les *assurés de première catégorie,* sont prélevées par les municipalités locales. Elles sont généralement déduites de la retraite (50). Celles des personnes âgées de 40 à 64 ans, désignées comme les *assurés de deuxième catégorie,* sont prélevées par les institutions de l'assurance santé en même temps que les primes pour l'assurance santé, puis reversées à l'assurance dépendance.

(45) Les détails sur la procédure d'évaluation sont présentés au chapitre 3.
(46) La distinction des services de dépendance et de prévention concerne également les services de quartier.
(47) Les services standard ne sont en effet pas exclusivement destinés aux personnes d'une même municipalité.
(48) Des précisions sur l'octroi des autorisations d'exercer sont apportées dans la section 1.2.4.
(49) La répartition des sources d'impôts peut varier pour certains services, notamment pour les frais de dépendance en établissement d'hébergement : 20 % de l'État, 17,5 % du département et 12,5 % de la municipalité.
(50) Il existe une exception pour les personnes à bas revenu. Ces personnes doivent elles-mêmes aller payer la prime auprès des municipalités.

Figure 9 : Répartition du budget d'assurance dépendance au Japon



Source : MHLW.

Le montant de la prime pour les assurés de première catégorie est déterminé par les municipalités en fonction du budget prévisionnel de trois ans, et par conséquent varie en fonction des municipalités. Entre 2009 et 2011, la moyenne nationale de ces primes était d'environ 33 euros (51) (voir tableau 11). La prime est allégée pour les personnes à faibles revenus et amplifiée pour les personnes plus aisées. Le cadre général prévoit six niveaux de revenus, mais les municipalités ont la liberté de définir un nombre de tranches plus important (l'arrondissement de Shinjuku prévoit par exemple 12 tranches différentes). Les personnes de la quatrième catégorie cotisent le montant dit de référence. La cotisation des personnes les moins aisées est abaissée à la moitié de cette référence alors qu'au contraire les plus aisées cotisent plus de 1,5 fois sa valeur.

Tableau 11 : Prime d'assurance dépendance mensuelle moyenne au Japon

Année	Yens	Euros	Évolution
2000-2002	2 911	23,0	
2003-2005	3 293	26,0	13 %
2006-2008	4 090	32,3	41 %
2009-2011	4 160	32,9	43 %

Note : Les montants en euros sont calculés d'après les taux de change PPA 2010.
Source : MHLW.

Le montant de la prime des personnes salariées âgées de 40 à 64 ans est calculé de manière à ce que leurs cotisations totales couvrent environ 30 % du budget. Ce montant avait initialement été estimé à 0,9 % du salaire moyen sans prendre en compte les bonus (Campbell et Ikegami, 2002). Le taux de la cotisation peut varier entre les différentes catégories d'assurances santé. En 2009, le taux de cotisation de l'assurance santé concernant les employés des petites et moyennes entreprises était d'environ 1,2 % (52). La moitié est prise en charge par l'employeur. Les personnes non-salariées de cette tranche d'âge doivent verser leur prime à la municipalité, également en même temps que celle de l'assurance santé. Le montant varie en fonction des municipalités.

(51) Selon le taux de conversion PPA 2010. 4 160 yens.
(52) Source : kyoukaikenpo.or.jp

1.2.4. Organisation et gestion

L'organisation et la mise en application de l'assurance dépendance japonaise implique la participation de l'État, des départements et des municipalités.

Le rôle d'assureur (porteur d'assurance) est exercé par la municipalité : c'est à elle que revient les responsabilités de collecter les primes d'assurance des personnes âgées de 65 ans et plus ; de fixer le montant des primes d'assurance en fonction du budget prévisionnel ; d'évaluer le niveau de dépendance des personnes qui en font la demande ; de vérifier la validité des demandes d'aide... L'activité d'assureur reste séparée des autres activités de la municipalité (activités liées à la politique locale), ce qui permet à plusieurs villes de regrouper l'activité d'assurance au sein d'une seule entité (Campbell et Ikegami, 2000). Par ailleurs, les municipalités sont également tenues d'apporter des services de prévention aux personnes non-dépendantes.

La responsabilité concernant l'octroi des autorisations pour les prestataires de services est partagée entre les départements et les municipalités. Les municipalités gèrent l'octroi des autorisations pour les prestataires de services de quartiers alors que les départements gèrent les prestataires des autres services.

Hormis la surveillance des prestataires de services, l'implication du département dans l'assurance d'un point de vue organisationnel reste faible : dans le cas où un assuré n'est pas satisfait des décisions prises au niveau de la municipalité (par exemple avec l'évaluation du niveau de dépendance), il peut faire une réclamation au département qui, en cas de nécessité, a la possibilité d'exiger des municipalités de reconsidérer les décisions.

Les services éligibles à l'assurance, les tarifs, le taux de reste à charge et la répartition des tâches entre les municipalités et les départements sont déterminés par l'État (Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires Sociales). Ainsi, malgré le statut d'assureur, les municipalités n'ont que peu de marge de manœuvre.

1.3. Autres modalités et autres dispositifs

1.3.1. Autres modalités de l'assurance dépendance

Le fonctionnement général de l'assurance dépendance n'applique pas de progressivité du ticket modérateur qui est de 10 % de l'aide quel que soit le niveau des revenus. Mais des modalités sont toutefois prévues pour aider les personnes ayant des difficultés financières : le *plafond de reste à charge, l'aide à l'hébergement en institution et la réduction des frais des prestations fournies par des entreprises privées à but non-lucratif.* Ces trois dispositifs de l'assurance sont sous condition de ressources et/ou progressives.

Deux dispositifs de *plafonnement des charges* permettent de limiter les frais trop importants à la charge des bénéficiaires. Le premier plafonne le reste à charge des frais de dépendance en fonction du niveau de revenu. Le plafonnement fixé de manière mensuelle peut être individuel ou au niveau du ménage. Ce dispositif permet notamment de limiter des frais trop importants pour les ménages composés de plusieurs personnes âgées dépendantes. Le deuxième définit un plafond annuel par personne de la somme des restes à charge de l'assurance dépendance et de l'assurance santé. Il varie selon les revenus et l'âge de l'individu. Dans les deux cas, les personnes faisant face à un reste à charge supérieur au plafond peuvent effectuer une demande pour obtenir le remboursement de la différence. Ces aides ne sont pas automatiques et doivent être activées suite à une demande des bénéficiaires. Lorsque le remboursement concerne des frais de santé et de dépendance, la charge est répartie entre les deux assurances en fonction du prorata des dépenses réelles. Les frais d'hébergement, de repas, d'aménagement de logement et de location ne sont pas concernés par ces dispositifs.

L'aide à l'hébergement en institution permet de réduire la charge des prestations d'hébergement et de repas pour les personnes ayant de faibles revenus. Les personnes âgées dépendantes non-éligibles à cette aide doivent s'acquitter du montant déterminé par le prestataire alors que les tarifs pour les personnes à faibles revenus sont encadrés par le Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires Sociales. De même que pour le plafonnement des charges, ce dispositif n'est pas systématiquement appliqué, mais uniquement à la demande de l'assuré.

Finalement, la *réduction des frais de services fournis par des prestataires à but non-lucratif* permet de réduire les frais de certains services proposés par des prestataires dont le statut est celui de *Shakai Fukushi Hojin* (53). Il couvre les services à domicile, les services de visite de nuit, les centres d'accueil de jour, centres d'accueil de jour pour les personnes atteintes de démence, les établissements de courts séjours, les établissements d'hébergement et les centres multifonctionnels. Les personnes âgées dépendantes répondant aux critères d'éligibilité bénéficient ainsi d'un allègement de 25 % (54) voire la totalité des frais en fonction des prestations concernées.

1.3.2. Dispositifs complémentaires

Le *Seikatsu Hogo,* ou *Protection des conditions de vie,* mis en place comme un filet de sécurité ne fait pas partie de l'assurance dépendance mais d'un des volets du dispositif d'assistance sociale pour les personnes les plus démunies. Instauré pour répondre aux principes de l'article 25 de la Constitution japonaise qui dispose que le gouvernement japonais se doit d'assurer une condition de vie minimale à tous les citoyens, ce dispositif est soumis à des conditions de ressources et à l'obligation alimentaire. Pour en bénéficier, le demandeur doit avant tout utiliser toutes ses ressources et épargnes disponibles (55). Une personne qui bénéficie de cette assistance sociale n'a théoriquement plus d'héritage à laisser.

Le *Seikatsu hogo* comprend huit volets : condition de vie, éducation, logement, santé, dépendance, accouchement, profession et enterrement (Kato, Kikuchi, Kurata, et Maeda, 2009). Le volet *condition de vie* permet de compléter les revenus des individus afin qu'ils atteignent le seuil de référence minimal. Les seuils de référence fixés par le gouvernement varient en fonction du secteur d'habitation (le Japon distingue 6 secteurs différents), du nombre de personnes dans le foyer, de leurs âges, de la présence ou non de personnes handicapées et autres conditions particulières. Les personnes bénéficiant du volet *condition de vie* peuvent également bénéficier du volet *dépendance* (56). Les bénéficiaires de ce dernier sont exonérés des primes et des frais liés à l'assurance dépendance.

2. LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES EN FRANCE

La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France s'appuie sur de nombreux dispositifs avec des critères d'accès différents, faisant intervenir divers acteurs aussi bien dans le financement que dans l'organisation. Parmi ces dispositifs, les deux principaux en termes de poids de dépenses budgétaires sont l'APA (à domicile et en EHPAD) et ceux de la Sécurité Sociale (prise en charge prestations du SSIAD et des soins en EHPAD) (57).

Cette section présente dans un premier temps le fonctionnement général de la prise en charge de la dépendance et l'imbrication des différents dispositifs. La description distingue l'aide apportée à domicile et celle apportée en établissement. Dans un second temps, l'APA et les dispositifs de la Sécurité Sociale sont analysés à travers les quatre dimensions : critères d'accès, prestations, financement et organisation. Cette partie se focalise uniquement sur les dispositifs d'aide à domicile, c'est-à-dire l'APA à domicile et le SSIAD. La présentation est complétée par la description des autres dispositifs à la fin de la section.

(53) Statut spécifique d'entreprises à but non-lucratif.
(54) Les personnes bénéficiant de la retraite *Rourei Fukushi Nenkin* (Retraite pour les personnes âgées de 90 ans et plus, n'ayant pas eu la possibilité de cotiser du fait de la date de mise en application de la retraite obligatoire) bénéficient quant à eux d'une réduction de 50 %.
(55) L'octroie des aides s'effectue au cas par cas. Les contraintes d'accès peuvent ainsi varier entre les municipalités et les individus.
(56) Il est également possible de bénéficier uniquement du volet *dépendance*. L'éligibilité ou non à l'aide est étudiée par la municipalité au cas par cas.
(57) Des précisions sont apportées dans la section 3 du chapitre.

2.1. Fonctionnement général du système français

2.1.1. L'aide à domicile

En France toutes les personnes âgées de plus de 60 ans et classées en GIR 1 à 4 peuvent bénéficier de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie (APA) (58) qui finance tout ou partie d'un plan d'aide proposé par les services du Conseil Général territorial. Le plan d'aide est constitué par une équipe médico-sociale en fonction du niveau de dépendance et des besoins du demandeur dans la limite du plafond fixé par le GIR (voir tableau 12). Le plan étant défini par le Conseil Général, le plafond n'est pas un droit systématiquement octroyé aux bénéficiaires. En 2007, le taux d'utilisation des services par rapport au plafond variait entre 65 et 78 % (Vasselle, 2008).

L'accès à l'APA n'est soumis à aucune condition de ressources, mais le ticket modérateur, c'est-à-dire la participation des bénéficiaires, dépend des revenus. Il peut varier de 0 à 90 % des dépenses et représentait en moyenne 21 à 24 % (selon les différents GIR) en 2007 (voir tableau 12). L'aide réelle apportée par l'APA, c'est-à-dire la différence entre le montant du plan d'aide et la participation de l'aide, fluctue donc en fonction des revenus.

Tableau 12 : Plafond et montant mensuel moyen de l'APA en fonction du degré de dépendance au 31 décembre 2007

GIR	Plafond	Montant Moyen	% du plafond	Ticket modérateur	% du montant
GIR 1	1 261,59	982	78 %	229	23 %
GIR 2	1 081,36	771	71 %	187	24 %
GIR 3	811,02	574	71 %	131	23 %
GIR 4	540,68	352	65 %	74	21 %

Note : Le plafond légal d'une aide APA pour une personne en GIR 1 est de 1 261,59 euros. Les plans d'aide pour cette catégorie de personne étaient en moyenne de 982 euros, soit 78 % du plafond. Le reste à charge du bénéficiaire était en moyenne de 229 euros, soit 23 % du plan d'aide.

Source : Vasselle (2008).

La loi du 20 juillet 2001 définit les grandes règles de fonctionnement. Toutefois, le Conseil Général qui est en charge de son application et d'une partie du financement, garde une marge de manœuvre sur les modalités de l'aide, notamment sur le choix des services éligibles à la prise en charge. L'APA peut couvrir des aides ménagères à domicile, des aides à la personne (dont des aides à la toilette simple), des aides techniques, des portages de repas, des séjours en accueil de jour, des séjours en hébergement temporaire...

Lorsque la perte d'autonomie est accompagnée de problèmes de santé nécessitant une intervention infirmière, la personne dépendante peut également être prise en charge par les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) (59) ou par les Services Polyvalents d'Aides et de Soins À Domicile (SPASAD) (60). 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 et depuis 2004 aux adultes moins âgés présentant un handicap ou atteints de maladies chroniques. Ainsi depuis 2004 les SSIAD ne sont plus exclusivement pour les personnes âgées dépendantes, mais concernent principalement cette population. Les frais des soins apportés par le SSIAD sont entièrement financés par la Sécurité Sociale.

(58) Créée par la loi n 2001-647 du 20 juillet 2001 et mis en vigueur en 2002, l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) s'adresse à toutes les personnes âgée de 60 ans et plus classées en GIR 1 à 4. On distingue deux catégories d'APA : l'APA à domicile pour les personnes recevant des aides à domicile et l'APA pour les personnes en établissement (principalement en EHPAD).

(59) Les éléments concernant le SSIAD s'appuient sur les propos recueillis auprès de Anne-Marie Laumay, infirmière coordinatrice du SSIAD de Valbonnais, sur l'étude de Bertrand et Falinower (2011) et de Chevreul, Bahrami, Lucier, et Lelouarne (2009).

(60) Les SPASAD ne constituaient que 2 % des services de soins infirmiers à domicile en 2008 (Bertrand et Falinower, 2011). Dans la suite du texte, le terme SSIAD est utilisé pour désigner l'ensemble des services.

Par ailleurs, 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* 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) ; les Caisses de retraite peuvent accorder des aides ménagères aux personnes âgées ne bénéficiant ni de l'APA, ni de l'aide sociale ; pour les personnes prises en charge par l'APA, certains départements disposent d'aides supplémentaires pour réduire la charge laissée aux bénéficiaires ; un dispositif fiscal permet de réduire 50 % des sommes déclarées pour l'emploi de personnel à domicile (61) ; et finalement, les *personnes fragiles* (62) faisant appel à l'emploi direct de service à la personne sont exonérées de charges patronales de Sécurité Sociale maladie, vieillesse et allocations familiales (63).

2.1.2. La prise en charge en établissement

Depuis la réforme engagée en 1997 (64) sur la tarification applicable dans les établissements sociaux et médico-sociaux, le budget de ces établissements est composé de trois sections tarifaires distinctes et étanches : les prestations relatives à l'hébergement, les prestations de soins (soins médicaux) et les prestations relatives à la dépendance. Les frais d'hébergement concernent l'ensemble des prestations d'administration générale, hôtelières, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale. Les prestations relatives à la dépendance englobent les aides nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. Les frais d'hébergement sont à la charge du résident ; les soins médicaux sont financés par la Sécurité Sociale ; et finalement, les frais liés à la dépendance sont répartis entre le résident et l'APA si la personne concernée répond aux critères d'accès (Vasselle, 2011).

Trois tarifs de dépendance sont fixés pour chaque établissement en fonction du niveau GIR : GIR 1-2, GIR 3-4 et GIR 5-6. L'APA en EHPAD s'adresse, comme pour l'APA à domicile, aux personnes âgées de 60 ans et plus, classées en GIR 1 à 4. Le montant de l'aide est équivalent à la différence entre le tarif dépendance du résident et le tarif dépendance GIR 5-6. Ce tarif qui est également le tarif de base (tarif minimum) reste à la charge du résident. Contrairement à *l'APA à domicile,* le ticket modérateur sur l'APA en EHPAD ne concerne que peu de personnes : il ne s'applique qu'à celles ayant des revenus menseuls supérieurs à 2 423,26 euros (65). Ainsi, dès lors que les revenus sont inférieurs à ce montant, le coût de la dépendance à la charge du résident est le même pour tous. En d'autres termes, à niveau de dépendance donné la plupart des pensionnaires bénéficient du même montant d'aide quels que soient leurs revenus (Vasselle, 2011).

Les personnes âgées de 60 ans et plus en EHPAD habilité pour l'aide sociale et ayant des ressources inférieures au montant des frais d'hébergement, peuvent par ailleurs bénéficier de l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH). Lorsque les revenus du pensionnaire ne permettent pas de couvrir la totalité des frais, l'ASH complète le règlement. Finalement, toutes les personnes en établissement peuvent bénéficier d'exonérations fiscales sur les frais de dépendance et d'hébergement.

(61) Ce dispositif n'est pas nécessairement destiné aux personnes âgées dépendantes mais peut être pris en compte comme un des dispositifs publics pour aider à la prise en charge de ces personnes.
(62) Ce terme désigne les personnes de plus de 70 ans ou plus de 60 ans vivant seules ayant une perte d'autonomie ouvrant droit à l'APA, ou les personnes ayant un enfant handicapé (Kergueris, 2010).
(63) L'exonération de cotisations patronales concerne également les entreprises proposant des services d'aide à la personne aux personnes fragiles. Elle ne bénéficie donc pas directement mais indirectement à la prise en charge des personnes âgées dépendantes.
(64) Article 23 de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997.
(65) Taux appliqué en 2013 selon le site social-sante.gouv.fr

2.2. Les quatre dimensions du système français

2.2.1. Critères d'accès et définition de la dépendance

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 (66). L'évaluation de la dépendance dans le cadre de l'APA s'appuie sur la grille AGGIR qui classe les personnes en six groupes (GIR 1 à GIR 6) en fonction de leur niveau d'autonomie (67). 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* (Makdessi et Eghbal-Téhérani, 2011). Selon les critères d'accès à l'APA, seules les personnes en GIR 1 à 4 sont considérées comme étant dépendantes. Le GIR 5 regroupe les personnes ayant besoin d'une aide ponctuelle. Il pourrait donc correspondre au niveau *en prévention* de l'évaluation japonaise. La France distingue 4 niveaux de dépendance et 1 niveau de prévention contre 5 niveaux de dépendance et 2 niveaux de prévention au Japon.

Le critère d'âge fixé dans le SSIAD est également de 60 ans. Les prestations du SSIAD sont apportées sur prescription du médecin. Il n'y a théoriquement pas de critère de niveau de dépendance, mais en pratique, les bénéficiaires sont généralement en GIR 1 à 4. En 2008, les bénéficiaires des services du SSIAD ayant un niveau GIR inconnu ou supérieur à 4 (GIR 5 ou GIR 6) ne représentaient que 5 % des bénéficiaires totaux (Bertrand et Falinower, 2011).

2.2.2 Les prestations

Les textes définissent l'APA comme une allocation *qui a le caractère d'une prestation en nature.* Le montant de l'allocation est calculé en fonction du plan d'aide établi par le Conseil Général et des revenus du demandeur. L'allocation peut être affectée à la couverture des dépenses de toute nature dès lors qu'elle relève d'un plan élaboré par l'équipe médico-sociale (68). Elle offre ainsi aux personnes âgées dépendantes la possibilité de bénéficier gratuitement ou à moindre de coût des aides techniques, des services à la personne, des séjours en centre d'accueil...

Les plans d'aide étant constitués par le Conseil Général, la liste des services éligibles dans le cadre de l'APA peut varier d'un département à un autre.

Les services à domicile peuvent être apportés par un prestataire ou un salarié directement embauché par la personne âgée dépendante. Cette seconde option peut s'effectuer soit en passant par une entreprise mandataire, soit de gré à gré. Les tarifs des prestataires sont généralement plus élevés mais la gestion est nettement plus simple que l'embauche directe qui implique une procédure liée au marché du travail. En revanche, l'embauche directe permet d'employer un ou plusieurs membres de la famille et de formaliser une aide informelle : une personne peut de gré à gré embaucher un proche, à l'exception du conjoint ou du concubin.

(66) Les conditions d'accès à l'APA sont données dans le Code de l'action sociale et des familles - Art. R. 232-1 et Art. R. 232-3.
(67) Les détails sur la procédure d'évaluation sont présentés dans le chapitre 3.
(68) Article L. 232-3 du Code de l'action sociale et des familles.

Tableau 13 : Les six groupes de GIR

Niveau GIR	Définition
GIR 1	Personnes confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions mentales sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
GIR 2	Personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.
GIR 3	Personnes ayant conservé leurs fonctions mentales, partiellement leur capacité a se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seule, l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.
GIR 4	Personnes qui n'assument pas seules leurs transferts mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer a l'intérieur du logement ; elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage. Personnes qui n'ont pas de problème pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que les repas.
GIR 5	Personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
GIR 6	Personnes n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Source : Makdessi et Eghbal-Téhérani (2011).

Les SSIAD effectuent des actes infirmiers de soins (AIS) dont des soins d'hygiène qui nécessitent une attention particulière (par exemple en présence d'escarres) et des actes médicaux infirmiers (piqûres, préparation de cachets, pansements, prise de sang). Les actes médicaux infirmiers (AMI) ne peuvent être effectués que par les infirmiers alors que les AIS qui recouvrent les soins d'hygiène de base sont généralement effectués par des aides-soignants. Le personnel d'un SSIAD est principalement constitué d'aides-soignants (75 % du personnel en équivalent temps plein) et d'infirmiers (15 %). Le SSIAD peut faire appel à des intervenants extérieurs (90 % sont des infirmiers libéraux) pour effectuer les AMI.

2.2.3. Le mode de financement

L'APA est financée en partie par le budget des départements et en partie par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA).

Les ressources de la CNSA proviennent de trois origines : des crédits d'assurance maladie constitués par l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie consacré au secteur médico-social (ONDAM médico-social), de la Contribution Solidarité pour l'Autonomie (CSA) (69), et d'une fraction (0,1 %) de la Contribution Sociale Généralisée (CSG) (70) (CNSA, 2010). Selon l'article L.14-10-5 du code de l'action sociale et familles, la CNSA doit consacrer au financement de l'APA 20 % des ressources de la CSA et 94 % de celles de la CSG (Rosso-Debord, 2010). Cela représentait 1,7 milliard euros en 2012.

Si le concours de la CNSA au financement de l'APA ne cesse d'augmenter depuis 2002 (71), il ne croît pas de manière aussi rapide que les dépenses. Le concours de la CNSA qui représentait 43 % des dépenses de l'APA en 2002, ne couvre aujourd'hui plus que 31 % des dépenses. En d'autres termes, la couverture de la solidarité nationale dans le financement de l'APA a diminué depuis 2002, et en contrepartie, le poids à la charge des départements augmente.

(69) La CSA provient de trois contributions : une contribution de 0,3 % des rémunérations versées par les employeurs privés et publics, en contrepartie d'une journée supplémentaire de travail non rémunérée pour les salariés dite *journée de solidarité ;* une contribution additionnelle de 0,3 % au prélèvement social de 2 % assis sur les revenus du patrimoine ; et une contribution additionnelle de 0,3 % au prélèvement social de 2 % assis sur les produits de placement.
(70) La CSG est un impôt individuel et proportionnel taxant tous les revenus à un taux de 8 % (Landais, Piketty, et Saez, 2011).
(71) Sauf en 2009 et 2010 où le financement du CNSA avait légèrement baissé.

Tableau 14 : Contribution de la CNSA au financement de l'APA (en milliers d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (p)
Dépenses	1 855	3 205	3 591	3 930	4 244	4 555	4 855	5 029	5 167	5 263	5 385
Concours CNSA	798	1 323	1 339	1 341	1 411	1 512	1 598	1 548	1 536	1 622	1 656
Part CNSA	43 %	41 %	37 %	34 %	33 %	33 %	33 %	31 %	30 %	31 %	31 %

Note : Évolution représente les évolutions par rapport à l'année précédente.
Source : CNSA (2010).

Les dépenses liées aux soins dispensés par les SSIAD, sont prises en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre d'une dotation globale de soins (Chevreul, Bahrami, Lucier, et Lelouarne, 2009). Le financement de l'Assurance Maladie (Sécurité Sociale) est composé de quatre sources : les cotisations sociales, la CSG, impôts et taxes, et autres sources de financement. Les cotisations sociales sont versées en partie par les employeurs et en partie par les salariés. En 2011, environ 60 % des recettes du régime général provenaient des cotisations sociales dont 40 % pour la branche maladie, 20 % de la CSG, 11 % d'impôts et taxes et le reste d'autres sources de financements (Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, 2011). Les dépenses du SSIAD sont totalement à la charge de la Sécurité Sociale dont 11 % financées par impôts et ne représentent aucune charge pour le Conseil Général ou l'usager.

2.2.4. Organisation et gestion

La mise en œuvre de l'APA est sous la responsabilité des Conseils Généraux. Si un cadre légal vient définir un montant maximal d'aide par niveau GIR, le Conseil Général gère l'évaluation du niveau de dépendance et définit les tarifs de référence et le montant de l'aide réellement apportée à l'usager.

Pour exercer les activités d'aide à la personne ou d'aide à domicile, les prestataires de services doivent faire la demande d'un agrément : l'agrément qualité pour les aides à la personne et l'agrément simple pour les aides à domicile. L'agrément qualité est obligatoire pour l'activité. L'agrément simple est facultatif pour l'activité mais nécessaire pour bénéficier des avantages fiscaux et sociaux. Ils sont délivrés au niveau départemental par la Direction Départementale du Travail et de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DDTEFP).

Les tarifs des aides à domicile et des aides à la personne sont déterminés par le Conseil Général et varient en fonction du prestataire. Un tarif de référence est initialement fixé par le Conseil Général mais les prestataires peuvent demander un ajustement pour leurs prestations. Ce mécanisme de tarification permet de prendre en compte l'environnement dans lequel se trouve le prestataire : les prestataires situés dans une région rurale et prenant en charge des bénéficiaires éloignés les uns des autres, sont généralement confrontés à des coûts de déplacement plus élevés. Le tarif de ces prestataires peut alors être augmenté. Seulement, le plafond maximum de l'APA étant défini en montant et non en heures d'aides, le choix d'un prestataire qui pratique un tarif plus élevé réduit le nombre d'heures de services maximum disponible pour le bénéficiaire. Les prestataires ont par ailleurs la possibilité de pratiquer un tarif supérieur à celui fixé par le Conseil Général. Dans ce cas, la différence entre les deux tarifs n'est pas couverte par l'APA et se rajoute à la charge de l'usager.

L'autorisation de la création d'un SSIAD ou de l'extension de nouvelles places en SSIAD est délivrée par le Préfet de département après avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico Sociale (CROSMS). Malgré un avis favorable du CROSMS, le Préfet est tenu à ne pas autoriser de nouvelles créations de place ou extension dans les zones surdotées définies par la Mission Régionale de Santé (MRS).

La CNSA effectue la répartition des enveloppes financières destinées aux établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes sur l'ensemble du territoire (Bertrand, 2010) : elle notifie les enveloppes aux préfets et à l'ARS qui fixent ensuite le montant des dotations globales et annuelles pour chaque SSIAD. La tarification forfaitaire est fixée en fonction du nombre de places. Le tarif peut varier en fonction des SSIAD mais n'est pas modulé en fonction du niveau de dépendance ou des caractéristiques du patient. Le budget est censé couvrir la rémunération des infirmiers libéraux, celle des salariés du service, les frais de déplacement des personnels, les fournitures et petit matériel médical, et finalement les autres frais généraux du service.

2.3. Autres dispositifs

Comme il a été souligné plus haut, la prise en charge de la dépendance en France ne s'organise pas autour d'un dispositif unique mais s'appuie sur l'imbrication de nombreux dispositifs dont certains ne sont pas spécifiquement destinées aux personnes âgées dépendantes. Weber (2011) distingue deux groupes d'aides en fonction du lieu d'habitation de la personne aidée : les dispositifs d'aides destinés aux personnes habitant à domicile et ceux destinés aux personnes en institution. L'APA à domicile, les Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), l'aide apportée par les Caisses de retraite et les mesures d'exonération de cotisations patronales en faveur de l'emploi à domicile font partie des aides destinées aux personnes habitant à domicile. L'APA en établissement, les soins en EHPAD et les aides sociales d'hébergement concernent en revanche les personnes en établissement. Il existe par ailleurs des exonération fiscales pour les deux catégories de bénéficiaires. Cette sous section décrit sur les différentes aides qui n'ont pas été détaillées dans les sections précédentes en distinguant celles destinées aux personnes à domicile et celles destinées aux personnes en institution. Si ces aides ne rentrent pas dans le périmètre des dispositifs étudiés dans l'analyse institutionnelle présentée dans la section suivante, leurs présentations semblent indispensables pour avoir une vue d'ensemble de la prise en charge en France mais également pour souligner les limites de cette étude.

2.3.1. Autres dispositifs pour la prise en charge à domicile

Aide sociale aux personnes âgées (72), les caisses de retraites et autres aides supplémentaires

L'aide sociale aux personnes âgées est attribuée sous forme d'aide ménagère aux personnes âgées de 60 ans et plus ayant un besoin d'aide et dont les revenus sont inférieurs au minimum vieillesse. Cette aide s'adresse aux personnes dont le niveau de dépendance n'est pas suffisant pour une prise en charge par l'APA. Elle concerne donc uniquement les personnes classées en GIR 5 ou 6 et dont les ressources mensuelles sont inférieures à 742,27 euros pour une personne seule et à 1 181,77 euros pour un couple. Cette aide est assurée par l'aide sociale départementale et n'est pas cumulable avec l'APA.

Les personnes âgées de 60 ans et plus classées en GIR 5 et 6 mais dont les revenus sont supérieurs au minimum vieillesse peuvent quant à elles s'adresser à leur de Caisse de retraite. Certaines d'entre elles proposent effectivement de financer des aides à domicile. Les modalités et la participation financière demandée aux bénéficiaires varient d'une caisse à l'autre.

Le dispositif en charge d'une personne âgée à domicile varie donc en fonction du niveau de dépendance et du niveau de revenu. Une personne en perte d'autonomie au sens de l'APA (classée en GIR 1 à 4) est prise en charge par l'APA. Dans le cas d'une perte d'autonomie moins importante, une personne âgée de 60 ans et plus n'a pas accès à l'APA mais peut, en fonction du niveau des revenus, s'orienter vers sa Caisse de retraite ou faire une demande d'aide sociale pour une aide ménagère auprès du Conseil Général. Les personnes ayant des revenus inférieurs au minimum vieillesse peuvent bénéficier de l'aide sociale, alors que les autres ne peuvent bénéficier que des aides apportées par leur Caisse de retraite. Les trois dispositifs, APA, aide sociale à domicile et les aides à domicile des Caisses de retraite, ne sont pas cumulables.

Par ailleurs, certains départements prennent l'initiative de mettre en place des aides complémentaires à l'APA. Ainsi, l'Isère dispose de l'Allocation Complémentaire d'Autonomie (ACA) qui prend en charge le ticket modérateur du plan d'aide de l'APA pour les personnes âgées dépendantes dont les revenus mensuels sont inférieurs à 1 049,70 euros (73).

(72) Articles de référence du Code de l'action sociale et des familles : articles L. 113-1 à L. 113-3 ; articles L. 231-1 à L. 231-6.
(73) Propos recueillis auprès du Conseil Général Territorial de la Matheysine.

Les exonérations fiscales

Dans l'évaluation des dépenses dédiées aux personnes âgées dépendantes (section 5), Vasselle (2008) et Gramain et Wittwer (2010) prennent en compte l'exonération d'impôt sur le revenu des sommes versées au titre de l'APA (74). En 2008, selon le projet de loi de finances pour 2008 (voies et moyens tome 2) les dépenses publiques liées à cette mesure s'élevaient à 250 millions d'euros .

D'autres mesures d'exonérations fiscales, non spécifiquement destinées aux personnes âgées dépendantes, peuvent impacter la prise en charge de ces dernières. D'après l'article 199 sexdecies (75) du code général des impôts, les dépenses engagées en services à la personne par un foyer fiscal ouvrent droit, dans la limite d'un plafond, à des réductions d'impôts sur les revenus (CERC, 2008). Cette réduction d'impôt est applicable aussi bien dans le cas de l'emploi d'un salarié, du recours à une association, entreprise ou un organisme ayant obtenu un agrément ou finalement du recours à un organisme à but non lucratif ayant pour objet l'aide à domicile et habilité au titre de l'aide sociale ou conventionné par un organisme de Sécurité Sociale. Les services concernés portent notamment sur la garde d'enfants, l'assistance aux personnes âgées, ou handicapées qui ont besoin d'une aide à domicile, et les services à domicile relatifs aux tâches ménagères ou familiales. 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. Le plafond des dépenses est à la base de 12 000 euros par an et par ménage, mais il est majoré de 1 500 euros pour chaque personne de plus de 65 ans (jusqu'à deux personnes maximum). En d'autres termes, une personne âgée de 65 ans et plus peut bénéficier jusqu'à 6 750 euros de réduction d'impôt par an. Elle s'élève à 7 500 euros pour le cas d'un couple (76).

Les exonérations de cotisations patronales de Sécurité Sociale

Dans l'objectif de développer les services à la personne, la loi du 25 juillet 2005 avait mis en place plusieurs mesures d'exonérations de cotisations patronales de Sécurité Sociale pour les entreprises et les employeurs particuliers. Les associations et entreprises agréées étaient exonérées de cotisations patronales de Sécurité Sociale pour tous leurs salariés pour un montant correspondant aux cotisations au niveau du SMIC (CERC, 2008). Lorsqu'ils intervenaient auprès de personnes fragiles, les structures bénéficiaient pour ces salariés d'une exonération totale des cotisations patronales (77) (Kergueris, 2010). Les employeurs particuliers pouvaient également bénéficier d'exonérations patronales avec une exonération plus importante pour les personnes fragiles : un employeur non fragile pouvait bénéficier d'allègements de cotisations patronales de 15 points lorsque la déclaration de salaire se faisait au réel (78) alors qu'un employeur fragile est totalement exempté des cotisations. Ici, les personnes fragiles désignent l*es personnes de plus de 70 ans ou plus de 60 ans et vivant seules ayant une perte d'autonomie ouvrant droit à l'APA, ou les personnes ayant un enfant handicapé* (Kergueris, 2010). Ces mesures ne ciblaient donc pas nécessairement les personnes âgées dépendantes mais les exonérations destinées aux personnes fragiles (dont les personnes âgées dépendantes) étaient plus importantes.

Depuis janvier 2011, ces mesures ont été revues et les exonérations qui ne concernaient pas les personnes fragiles ont été supprimées : l'abattement forfaitaire de 15 points sur les cotisations patronales dues par les particuliers non-fragiles ainsi que la franchise de cotisations patronales dont bénéficiaient les prestataires qui intervenaient auprès des personnes non-fragiles ne sont plus appliqués. Les employeurs fragiles et les prestataires intervenant auprès des personnes *fragiles* continuent à bénéficier des exonérations présentées ci-dessus.

(74) Article 81-2 du Code général des impôts.
(75) Correspond aux mesures des numéros 110 214 et 110 246 des Projet de loi de finances (voies et moyens tome 2).
(76) Seules les dépenses effectivement supportées par les contribuables sont concernées par la mesure, ainsi les allocations personnalisées d'autonomie en sont exclues (Kergueris, 2010).
(77) À l'exception des cotisations liées aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.
(78) Voir plus de détails dans le rapport du CERC (2008) ou de Kergueris (2010).

Dans l'évaluation des dépenses destinées aux personnes âgées dépendantes de Vasselle (2008), seules celles qui ciblaient les personnes *fragiles* avaient été prises en compte. En 2008 elles avaient été estimées à 1 538 millions d'euros dont 906 en emplois familiaux et 586 en aide à domicile (prestataire) (79).

2.3.2. Autres dispositifs pour la prise en charge en établissement

L'aide sociale à l'hébergement (ASH) (80)

Toute personne âgée de 60 ans et plus ne disposant pas de ressources suffisantes pour payer les frais d'hébergement d'un EHPAD habilité pour l'aide sociale peut demander une aide sociale à l'hébergement. L'aide sociale à l'hébergement (ASH) ne concerne que les EHPAD ayant l'habilitation adéquate. Gérée au niveau du département, cette aide permet de compléter le montant manquant au règlement des frais d'hébergement après que 90 % des ressources du résident aient été reversés à l'établissement (10 % doivent être laissés à la disposition du bénéficiaire (81)). Toutefois, contrairement aux aides présentées ci-dessus, l'aide sociale à l'hébergement (ASH) est d'une part soumise à l'obligation alimentaire et d'autre part récupérable sur l'héritage. Les obligés varient en fonction des départements. En Isère (82), les obligés alimentaires sont les enfants. Dans le cas où une personne âgée dépendante sollicite l'aide sociale à l'hébergement, la capacité contributive des obligés est estimée en fonction des revenus et de la composition familiale. L'ASH complète donc le paiement de l'hébergement après l'aide apportée par les obligés (83).

Exonérations fiscales des dépenses en EHPAD

Les personnes âgées en établissement peuvent bénéficier d'exonérations fiscales à travers différentes mesures. Premièrement 25 % des frais de dépendance et d'hébergement en EHPAD dans la limite de 10 000 euros (soit une réduction d'impôt maximale de 2 500 euros) sont déductibles des impôts sur les revenus. La réduction d'impôt ne s'applique qu'aux dépenses réellement supportées par l'intéressé : les différentes aides doivent être déduites du montant à déclarer. Deuxièmement, la TVA pour la fourniture de logement et de nourriture dans les EHPAD est fixée à 5,5 % au lieu de 19,6 %. Ces exonérations viennent directement impacter les comptes de l'État.

3. UNE COMPARAISON À TRAVERS QUATRE DIMENSIONS

L'analyse des caractéristiques des dispositifs permet de mettre en évidence des éléments de divergences et de convergences entre deux systèmes, et d'appréhender les différentes manières de *penser* la prise en charge de la dépendance. L'objectif de cette section est d'étudier de manière comparative la prise en charge des personnes âgées dépendantes en France et au Japon à travers l'analyse de quatre dimensions (le critère d'accès, la nature et le niveau de prestation, le mode de financement et l'organisation). L'étude a été effectuée non pas sur tous les dispositifs, mais sur les dispositifs principaux, à savoir les modalités standard de l'assurance dépendance pour le Japon, l'APA et les dispositifs de la Sécurité Sociale pour la France. Les éléments de la prise en charge en établissement sont parfois présentés dans un objectif de cadrage, mais cette section se focalise principalement sur l'étude de la prise en charge à domicile.

(79) Commission des Comptes de la Sécurité Sociale (2008).
(80) Articles de référence du Code de l'action sociale et des familles : articles L. 123-4 à L. 123-9 ; articles L. 132-1 à L. 132-12 ; articles L. 134-1 à L. 134-10.
(81) Ce montant ne doit pas être inférieur à 1 % du minimum vieillesse.
(82) Propos recueillis auprès du Conseil Général Territorial de la Matheysine.
(83) Afin de ne mettre ni la personne âgée dépendante ni l'EHPAD en difficulté, les frais sont avancés par le Conseil Général qui récupère une partie auprès des obligés et/ou sur la succession.

3.1. La couverture : critères d'accès

Le critère d'accès délimite la couverture d'un dispositif et détermine les destinataires de la prestation. Quel que soit le pays, les systèmes de prise en charge de la dépendance ciblent les personnes ayant besoin d'aide pour mener une vie décente (Campbell et Ikegami, 2002). La définition du besoin n'est toutefois pas la même dans tous les pays : certains prennent en compte la présence d'aidants proches dans l'estimation du besoin, d'autres ne s'intéressent qu'aux incapacités physiques. Les critères de revenus, fréquents dans les systèmes de type assistantiel, sont souvent absents dans les systèmes assurantiels. Finalement, certains pays ajoutent des critères d'âge, généralement fixés à 60 ou 65 ans et plus. La mise en place d'un tel critère n'exclut pas la prise en charge des plus jeunes en perte d'autonomie, mais elle s'organise dans un cadre différent, notamment dans celui du handicap.

La prise en charge de la dépendance au Japon s'appuie sur un dispositif assurantiel complété par des modalités ou dispositifs de type assistantiel. Dans le cadre du dispositif assurantiel, les prestations sont des droits octroyés aux assurés (aux cotisants) en fonction du niveau de dépendance. En d'autres termes, à niveau de dépendance équivalent, les droits sont les mêmes pour tous. L'accès aux prestations dépend uniquement de l'âge et du niveau de dépendance. Toutes les personnes âgées de 65 ans et plus (84) identifiées comme étant dépendantes ont accès aux prestations sans qu'aucune condition de ressources ou que la présence d'aidants informels ne viennent modifier leurs droits : le taux de reste à charge est fixé à 10 %. Ce système est donc à la base universel, sans condition de ressources et sans mécanisme de progressivité. Mais les aides complémentaires, dont certaines sont de type assistantiel, sont soumises aux conditions de ressources et permettent de réduire le taux de reste à charge ou les frais de logement et de repas. Elles ne concernent toutefois qu'une part relativement faible de l'aide (En 2009, les dépenses complémentaires ne représentaient que 5 % des dépenses liées aux prestations apportées aux personnes âgées dépendantes). Finalement, un des objectifs lors de la mise en place du dispositif étant l'égalité géographique, l'évaluation du niveau de dépendance s'appuie sur un questionnaire unique pour tout le pays et particulièrement conséquent comparé à la grille employée pour estimer le niveau GIR. Il est constitué de 74 éléments contre 10 en France.

En France, la prise en charge des personnes âgées dépendantes s'organise principalement autour de l'APA qui est un dispositif assistantiel, et de la Sécurité Sociale (SSIAD et soins en EHPAD) qui suit une logique assurantielle. L'APA applique un critère d'âge moins élevé que pour l'assurance dépendance japonaise : elle couvre les personnes âgées de 60 ans et plus (contre 65 ans et plus au Japon). Le besoin est évalué en fonction du niveau de dépendance et de la situation du demandeur. L'évaluation du niveau de dépendance s'effectue à travers une grille qui contient 10 éléments et seules les personnes en GIR 1 à GIR 4 peuvent bénéficier de l'APA. Contrairement au Japon, l'APA n'octroie pas de droits aux personnes âgées dépendantes : le volume d'aide est déterminé par le Conseil Général en fonction de la situation de l'usager et non par l'usager lui-même ; la présence d'un aidant informel peut venir modifier le contenu et le volume du plan d'aide. L'accès aux prestations et le volume d'aide prévu dans le plan ne sont pas conditionnels aux ressources mais le reste à charge est progressif en fonction de ces derniers. Les SSIAD sont également destinées aux personnes âgées de 60 ans et plus même s'il existe des cas où des adultes moins âgés peuvent en bénéficier (85). Les prestations sont assurées sur prescription du médecin sans condition de ressource et sans reste à charge.

L'implication des critères de revenus

Si les dispositifs de prise en charge de la dépendance à domicile en France et au Japon (assurance dépendance japonaise et APA) sont souvent présentés comme des dispositifs universels et sans condition de ressources, celles-ci peuvent tout de même impacter le volume ou le montant de l'aide apportée.

(84) Dans certains cas spécifiques, les prestations peuvent également être octroyées aux personnes âgées de 40 à 64 ans (voir section 1.2 pour plus de détails).
(85) Depuis 2004 les SSIAD sont également ouverts aux adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteints de pathologies chroniques.

Au Japon, le mécanisme de reste à charge sans progressivité peut conduire les personnes ayant de faibles revenus à bénéficier d'un volume d'aide moins élevé que les personnes ayant de hauts revenus : les personnes faisant face à des contraintes budgétaires importantes peuvent être amenées à *consommer* moins de services que les personnes aisées. Des modalités prévoient un plafonnement des dépenses pour les personnes ayant de faibles revenus mais les conditions de ressources ne rentrent de fait en compte que pour un niveau de dépendance relativement lourd. Par ailleurs, comme il a été souligné plus haut, les modalités supplémentaires qui permettent de soutenir les personnes à faibles revenus ne représentent qu'une part limitée de l'aide. Ainsi, malgré les modalités qui prennent en compte le niveau des revenus, le système japonais reste un système peu progressif.

En France, les conditions de ressources ne viennent pas modifier le volume des services proposés dans le cadre de l'APA (à domicile), mais font varier le reste à charge de l'usager. Celui-ci est défini entre 0 et 90 % du montant de l'aide. C'est-à-dire que les personnes ayant de hauts revenus ne bénéficient que de 10 % du montant de l'aide. Dans le cas d'une personne en GIR 4, l'aide représenterait alors au maximum 54 euros. En revanche, les prestations du SSIAD destinées aux personnes en perte d'autonomie nécessitant une intervention médicale ou des soins d'hygiènes sont apportées sans condition de ressources et sans reste à charge. La logique est donc inverse à celle qui caractérise le système japonais : les conditions de ressources sont appliquées quel que soit le niveau de dépendance mais elles sont moins importantes pour les cas de dépendance lourde nécessitant l'intervention du SSIAD (ce sujet sera approfondi dans le chapitre suivant).

Les différences de logique dans la manière d'appréhender les revenus entre la France et le Japon sont moins importantes dans le cadre de l'aide en établissement. La participation de l'aide publique dans le financement des frais de dépendance en établissement n'est que peu impacté par les revenus. Seules les personnes ayant des revenus supérieurs à 2 423,26 euros en France sont soumises à un reste à charge progressif, les autres sont tenues de verser un même tarif de dépendance quels que soient les revenus. Une aide supplémentaire peut en revanche être apportée sur les frais de repas et de logement en fonction des ressources. Une différence marque toutefois les deux pays quant aux financements des soins médicaux en établissement : en France les soins médicaux sont pris en charge par la Sécurité Sociale alors qu'au Japon ils sont compris dans le tarif de la dépendance. Mais aucun des deux pays n'applique de condition de ressources sur ces soins.

Évolution et répartition des bénéficiaires

Dans les deux pays, le nombre de bénéficiaires des dispositifs d'aide n'a pas cessé d'augmenter 2002 (voir tableau 15). Mais l'évolution est particulièrement marquée pour la France qui a vu les bénéficiaires de l'APA quasiment doubler en 8 ans. Cette forte croissance s'explique en partie par la transition de la PSD à l'APA : d'une part, les critères d'accès à la PSD étaient plus strictes que pour l'APA (la PSD ne couvrait que les personnes en GIR 1 à GIR 3 contre GIR 1 à 4 pour l'APA) ; d'autre part, la PSD était récupérable sur les successions. La couverture de la PSD était ainsi plus restrictive et dissuasive que l'APA.

Malgré une croissance du nombre de bénéfiaires plus importante en France, la prise en charge au Japon en 2010 semble globalement plus importante qu'en France, et ce, pour toutes les tranches d'âge au-delà de 65 ans (voir tableau 16). En 2010, 48 % des personnes âgées de 85 ans et plus bénéficiaient des prestations de l'assurance dépendance, contre 36 % pour l'APA en France.

Une étude plus fine nécessiterait d'additionner le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus bénéficiant uniquement du SSIAD (86), mais les données actuellement à disposition ne permettent pas de les identifier. Selon Bertrand (2010), le nombre de bénéficiaires du SSIAD en 2008 parmi les personnes âgées de 45 ans et plus s'élevait à 100 349 personnes soit l'équivalent de 9 % des bénéficiaires de l'APA (15 % des personnes bénéficiant de l'APA à domicile) (87). Lorsque le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus bénéficiant du SSIAD est rajouté aux bénéficiaires de l'APA (88), la part des bénéficiaires d'un des deux dispositifs passe de 36 % à 38,6 %, un taux qui reste inférieur à celui du Japon de 48 %.

(86) Cela peut être le cas des personnes ayant de hauts revenus.
(87) Ici, il a été considéré que tous les bénéficiaires du SSIAD bénéficiaient également de l'APA.
(88) L'objectif est d'étudier quelle serait la part des bénéficiaires au sein de la population lorsque les bénéficiaires du SSIAD sont considérés comme étant des bénéficiaires différents de ceux de l'APA.

Tableau 15 : Évolution des bénéficiaires de l'assurance dépendance japonaise et de l'APA

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Assurance Dépendance – Japon	3 352	3 706	4 136	4 398	4 296	4 370	4 516	4 687	4 928
Évolution		*11 %*	*23 %*	*31 %*	*28 %*	*30 %*	*35 %*	*40 %*	*47 %*
APA – France	597	762	855	929	1 002	1 065	1 107	1 122	1 148
Évolution		*27 %*	*43 %*	*55 %*	*68 %*	*78 %*	*85 %*	*88 %*	*92 %*

Sources : DREES, MHLW.

Lecture : en milliers de bénéficiaires et % d'évolution par rapport à 2002.

Tableau 16 : Part des bénéficiaires au sein de la population

	40-64	65-69	70-74	75-79	80-84	+ 85	+ 65
Bénéficiaire Assurance – Japon	137,7	171,7	318,4	621,4	969,2	1 885,0	3 965,7
Part de la population	*0,3 %*	*2,1 %*	*4,5 %*	*10,4 %*	*22,1 %*	*48,1 %*	*13,4 %*
Bénéficiaire APA – France	22,8	41,2	84,9	162,8	263,2	567,4	1 119,6
Part de la population	*0,6 %*	*1,6 %*	*3,5 %*	*7,2 %*	*14,9 %*	*35,9 %*	*10,6 %*

Sources : Lécroart (2011), MHLW.

Lecture : en milliers de bénéficiaires au 1er janvier 2010 pour l'APA et au 1er octobre pour l'assurance dépendance japonaise.

Finalement, la répartition des bénéficiaires en fonction du lieu de prise en charge illustre une prise en charge à domicile plus importante au Japon qu'en France. La part des bénéficiaires en établissement parmi les bénéficiaires totaux a diminué dans les deux pays entre 2002 et 2010. L'ampleur de cette diminution est plus importante en France (une baisse de 10 points de pourcentage en France contre 5,5 au Japon), mais au final la part des bénéficiaires en établissement en 2010 reste bien plus élevée en France par rapport au Japon (40 % en France contre 23 % au Japon).

Tableau 17 : Répartition des bénéficiaires entre aide à domicile et aide en établissement

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bénéficiaire Assurance – Japon	3 352	3 706	4 136	4 398	4 296	4 370	4 516	4 687	4 928
Domicile	*71,7 %*	*73,3 %*	*74,2 %*	*74,7 %*	*74,9 %*	*75,2 %*	*75,8 %*	*76,4 %*	*77,2 %*
Établissement	*28,3 %*	*26,7 %*	*25,8 %*	*25,3 %*	*25,1 %*	*24,8 %*	*24,2 %*	*23,6 %*	*22,8 %*
Bénéficiaire APA – France	597	762	855	929	1 002	1 065	1 107	1 122	1 148
Domicile	*49,6 %*	*54,4 %*	*56,6 %*	*58,0 %*	*59,4 %*	*60,7 %*	*60,6 %*	*60,2 %*	*59,9 %*
Établissement	*50,4 %*	*45,6 %*	*43,4 %*	*42,0 %*	*40,6 %*	*39,3 %*	*39,4 %*	*39,8 %*	*40,1 %*

Sources : DREES, MHLW.

Lecture : en milliers de bénéficiaires au 31 décembre pour l'APA et pour le courant de l'année pour l'assurance dépendance japonaise.

3.2. Prestation

L'aide peut être accordée sous forme de prestation en nature ou sous forme de prestation financière. Dans les pays où les bénéficiaires ont le choix entre la prestation en nature et la prestation financière, la valeur de ce dernier est inférieur au premier (Campbell et Ikegami, 2002). Les bénéficiaires peuvent avoir une totale liberté sur l'utilisation des prestations financières ou au contraire être contraints sur l'utilisation. Dans le cas de la prestation en nature, elle peut être apportée par des établissements publics (municipalités), des établissements privés mandatés par un organisme public ou par des prestataires privés. Les services sont soit prescrits par un Care manager ou un agent social, soit choisis par

les bénéficiaires. Finalement, le système social peut prendre en charge tout ou partie des frais, en rémunérant directement le prestataire, en remboursant les bénéficiaires, ou en octroyant des chèques utilisables auprès de prestataires spécifiques.

Au Japon, d'importantes discussions avaient été menées au sujet des prestations financières. La question portait sur la possibilité de donner aux usagers, de même qu'en Allemagne, la possibilité d'opter pour une prestation monétaire à la place des prestations en nature apportées dans le cadre de l'assurance dépendance. Un des arguments en faveur des prestations financières était le manque de services (prestataires) disponibles dans certaines régions. Mais il avait également été avancé que la mise en place d'une prestation monétaire risquerait de freiner le développement des services formels. Le cas de l'Allemagne avait montré que malgré une valeur moindre de la prestation financière aux prestations en nature, les bénéficiaires optaient en grande majorité pour la prestation financière. Or le développement de services ne peut s'effectuer sans une demande importante. C'est principalement par cet argument que la prestation financière a été exclue des prestations proposées dans le cadre de l'assurance dépendance aussi bien sous la forme forfaitaire que pour rémunérer l'aide apportée par un proche (89). Les prestations dans le cadre de l'assurance dépendance au Japon sont uniquement proposées en nature avec un reste à charge de 10 % : le bénéficiaire paie directement 10 % du prix au prestataire de service, le reste est versé par l'assurance.

En France l'APA est apportée sous forme d'un montant financier correspondant à un besoin négocié avec les familles. Dans la grande majorité des cas, l'usager paie le prestataire de services et touche l'aide de l'APA par ailleurs. La prestation de l'APA pourrait donc être qualifiée comme une prestation monétaire. Mais si la prestation est apportée concrètement sous une forme monétaire, elle sert à financer un plan d'aide précis préalablement déterminé avec le Conseil Général et le bénéficiaire n'a pas de liberté sur l'utilisation de la prestation : elle vient rembourser tout ou une partie des dépenses du plan d'aide. Dès lors que la prestation concerne un plan d'aide spécifique avec l'objectif de réduire les dépenses pour l'utilisateur, la prestation peut être également confondue comme une prestation en nature. Les textes de loi (article L. 232-2 du CASF) définissent d'ailleurs l'APA comme étant une prestation en nature (90). Que le versement de l'APA soit effectué auprès de l'usager pour rembourser une partie de ses dépenses ou auprès des prestataires pour réduire les dépenses ne constitue pas une différence fondamentale si ce n'est la contrainte financière que peut faire peser l'avance de paiement sur l'usager (91).

La distinction entre une prestation en nature et une prestation monétaire *(cash-for-care)* n'est donc pas aussi simple qu'elle puisse paraître. Les modalités de régulations des deux formes de prestations affaiblissent ainsi la pertinence de distinguer les prestations en fonction des deux formes *en nature* ou *monétaire.* On peut identifier plusieurs formes de prestations monétaires : le versement d'un montant forfaitaire sans contrôle d'utilisation, le versement d'un montant comme remboursement d'une dépense précise et la rémunération d'un aidant proche (formalisation d'une aide informelle). Le dispositif allemand fournit un exemple du premier cas. La personne dépendante a le choix entre des prestations sous forme de services pour un montant déterminé, ou des prestations financières qui représentent la moitié de la valeur des prestations en nature. Le bénéficiaire a la liberté d'utiliser ces prestations financières. La rémunération d'un aidant proche est également possible, mais elle s'effectue dans un cadre informel (sans embauche et sans fiche de paie). Les deux cas suivants sont illustrés à travers l'exemple français. Les prestations financières prévues par l'APA doivent être justifiées par des dépenses réelles et l'utilisation des prestations est contrôlée. Par ailleurs, la rémunération d'un aidant familial (hormis le conjoint) dans le cadre de l'APA est également possible à condition que l'aide soit justifiée à travers l'embauche formelle de l'aidant.

---

(89) Un dispositif exceptionnel permet toutefois aux municipalités qui sont géographiquement très isolées de mettre en place une prestation financière. C'est notamment le cas de la ville de Kamikoani du département d'Akita. Sous certaines conditions, l'aidant informel peut bénéficier de prestations financières. Mais Kamikoani fait partie des rares villes qui proposent cette prestation.

(90) *L'allocation personnalisée d'autonomie, qui a le caractère d'une prestation en nature, est accordée, sur sa demande, dans les limites de tarifs fixés par voie réglementaire, à toute personne attestant d'une résidence stable et régulière et remplissant les conditions d'âge et de perte d'autonomie, évaluée à l'aide d'une grille nationale, également définie par voie réglementaire.*

(91) Devoir avancer les dépenses peut représenter un contrainte importante en fonction des revenus.

Da Roit et Le Bihan (2010) s'appuient sur une analyse des régulations des dispositifs du *cash-for-care* (92) afin d'établir une typologie des systèmes publics de prise en charge de la dépendance (93). La manière dont le *cash-for-care* est réglementé entraîne des implications différentes aussi bien dans le domaine de la famille que dans le domaine du marché du travail. La France, les Pays-Bas et la Suède maintiennent une régulation stricte : les prestations en espèces sont destinées à être utilisées pour financer des services spécifiques en fonction des besoins des bénéficiaires. La rémunération d'une aide informelle est possible dans ces trois pays, mais cela doit passer par la mise en place d'un contrat de travail (soit entre le bénéficiaire de l'aide et l'aidant comme en France et en Hollande, ou entre l'aidant et la municipalité comme c'est le cas en Suède). Le travail des aidants informels est ici officialisé et laisse peu de place au développement d'un marché informel. Il n'y a en revanche que peu ou pas de réglementation sur l'utilisation des prestations financières en Allemagne, en Autriche et en Italie. L'aide financière s'apparente alors à un revenu supplémentaire dont le bénéficiaire peut disposer comme il le souhaite et l'organisation de la prise en charge est laissée à la famille. La responsabilité laissée à la famille est donc bien plus importante dans ces trois pays. Par ailleurs, l'absence de contrôle de l'utilisation peut participer au développement d'un marché informel : les travailleurs immigrés sans papiers représentent un stock d'aidants important dans ces pays.

À travers l'analyse du système dans sa globalité, du rôle du cash-for-care, de sa régulation et de son implication sur l'aide informelle et le marché du travail, les auteurs mettent en évidence trois groupes de pays qui traduisent également trois conceptions différentes de ce que doit être l'intervention publique et l'intervention familiale.

Le premier modèle, le *modèle service social,* représenté par la Suède et la Hollande, regroupe les systèmes de prise en charge les plus développés avec une couverture importante des services. Mis en place avant les autres, ils ont toutefois été contraints d'apporter des réformes pour réduire les coûts et apporter plus de flexibilité. La prestation financière ne représente qu'un des instruments adoptés lors des réformes. Le dispositif de prestation monétaire a pour objectif d'impliquer davantage la famille dans la prise en charge des personnes âgées, tout en gardant une logique importante d'externalisation des tâches les plus contraignantes à des tiers.

Le deuxième modèle, représenté dans l'étude par la France, est le *système de prise en charge des personnes âgées dépendantes avec une régulation stricte des cash-for-care.* Le système est encore relativement récent et le *cash-for-care* représente la principale (si ce n'est l'unique) prestation apportée par l'aide publique. La politique de prise en charge est organisée autour de l'objectif de la création d'emplois avec donc une volonté d'externalisation plus importante des tâches. Ainsi, l'utilisation du *cash-for-care* est fortement réglementée. Elle doit être soit utilisée pour des prestataires spécifiques soit pour la famille, mais le deuxième cas est également formalisé sous forme de contrat de travail.

Finalement, l'Allemagne, l'Autriche et l'Italie représentent le troisième système : *système de prise en charge avec une faible réglementation des cash-for-care.* Les prestations financières sont les plus importantes. Si l'Allemagne se distingue des deux autres par la possibilité qu'il offre de choisir des prestations de services, ce choix est plus apparent que réel. La différence entre ces pays et la France se trouve au niveau de la régulation. L'intention de la politique de prise en charge n'est pas de substituer l'aide familiale mais de la soutenir. L'enveloppe financière reste limitée et ne permet la délégation que d'une partie des tâches. D'ailleurs, à travers la faible régulation de l'utilisation des prestations financières ces pays soutiennent l'aide informelle et s'appuient sur le marché irrégulier.

Le Japon n'ayant pas adopté de dispositif de *cash-for-care,* il se retrouve naturellement exclu de cette typologie. Mais comme il a été souligné plus haut, la distinction entre prestation financière et prestation en nature peut-être ambiguë. Si le Japon a opté pour l'aide sous forme de prestation, la différence avec le *cash-for-care* reste limitée si celle-ci est fortement réglementée comme pour le cas de la France. Dans le cadre de l'assurance dépendance, la personne âgée dépendante peut bénéficier d'une aide mais doit en revanche participer à hauteur de 10 % du prix. Il est possible de considérer l'aide japonaise comme une aide financière représentant 90 % du montant de la prestation. En France les usagers

(92) Dans la suite du texte le terme *cash-for-care* sera employé comme un synonyme de prestation monétaire (ou financière).
(93) Six pays sont étudiés dans leur étude : l'Allemagne, l'Autriche, la France, l'Italie, les Pays-Bas et la Suède.

avancent le paiement en réglant directement le prestataire. La différence entre le reste à charge et le coût de la prestation leur est versée par la suite.

Il est donc possible de suivre la démarche des auteurs, en s'appuyant, non pas nécessairement sur le *cash-for-care* mais sur l'implication des prestations sur l'aide informelle et sur le marché du travail pour identifier la façon de pensée de la politique mise en œuvre et situer le Japon par rapport aux autres pays. Aussi bien dans le cas de la France que dans le cas du Japon, la prestation est orientée vers une aide formelle avec la volonté d'externaliser l'aide à la personne. Seulement contrairement à la France, le Japon ne prévoit aucune (94) aide financière à l'attention des aidants informels. En réduisant l'incitation à l'investissement des aidants familiaux, le Japon insiste davantage sur la volonté d'externaliser l'aide. L'absence de rémunération pour les aidants familiaux revient également à la non-reconnaissance du care familial comme un travail. Le marché du care au Japon est alors composé des ressources formelles professionnelles rémunérées et des ressources informelles non-rémunérées mais exclut les ressources semi-formelles rémunérés (aidants familiaux rémunérés). Au sein de la typologie, le Japon semble donc se rapprocher de la France avec une volonté plus marquée encore que la France à externaliser l'aide et développer un marché formel de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

3.3. Sources de financement et dépenses

Les sources de financement

Il existe principalement deux modes de financement : de type assistantiel et de type assurantiel. Le premier basé sur un système d'impôts et le second sur un système par cotisations. Le système japonais est en général présenté comme un système assurantiel, et le système français comme un système assistantiel. Toutefois, l'étude des sources de financement montre une réalité moins simple : malgré un système assurantiel, 50 % des dépenses de l'assurance dépendance japonaise sont financés par les impôts (Nationaux et Territoriaux). En France, l'APA est financée en grande majorité par les impôts notamment territoriaux, mais le financement du SSIAD ou des soins apportés en établissements sont quant à eux financés principalement à travers un mécanisme de cotisations assurantielles. Au final, les deux systèmes s'appuient aussi bien sur des financements issus d'impôts que de cotisations sociales.

Au Japon, la répartition est clairement définie : 50 % par cotisations, 25 % de financement au niveau national, 12,5 % au niveau départemental et 12,5 % au niveau de la municipalité (voir la figure 9 dans la section 1.2). En France la répartition entre niveau national et territorial est moins évidente. D'après l'estimation budgétaire du chapitre précédent, les dépenses départementales représentaient en 2008 environ 20 % des dépenses totales. Ainsi, comme le soulignent Gramain et Wittwer (2010), la solidarité en direction des personnes dépendantes en France s'organise bien plus au niveau national qu'au niveau départemental.

Tableau 18 : Sources de financements du système de prise en charge en France

	Vasselle (2008) (a)		Vasselle (2008) (b)		Gramain et Wittwer (2011)	
	montant	part	montant	part	montant	part
État	387	1,9 %	387	1,8 %	387	1,9 %
Assurance Maladie	11 385	57,3 %	12 893	60,3 %	12 883	63,1 %
Conseil Général	4 200	21,1 %	4 200	19,6 %	4 200	20,6 %
CNSA	2 968	14,9 %	2 968	13,9 %	2 578	12,6 %
CNAV	370	1,9 %	370	1,7 %	370	1,8 %
CNAF	568	2,9 %	568	2,7 %	0	0,0 %

Lecture : en millions d'euros.

(94) Hormis de très rares exceptions qui peuvent être négligées.

Toutefois la situation semble différente lorsque l'analyse est effectuée en distinguant l'aide à domicile de l'aide en établissement. La répartition des coûts au Japon reste la même que l'aide soit apportée à domicile ou en établissement, mais ce n'est pas le cas en France.

Lorsque les dépenses liées à l'APA et celles liées aux prestations couvertes par l'assurance santé (SSIAD et soins en EHPAD (95)) sont étudiées en distinguant celles qui concernent les personnes en établissement et les personnes à domicile, la répartition de leur financement diffère. La participation de la Sécurité Sociale est particulièrement importante dans le cadre de la prise en charge en établissement : les dépenses en soins sont quatre fois plus importantes que les dépenses attribuées à la dépendance. Au contraire, dans le cadre de l'aide à domicile les dépenses de l'APA sont plus importantes. Or le financement de l'APA provient principalement du Conseil Général. Au final, le poids de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes est aussi important au niveau départemental qu'au niveau national (environ 50 %). La solidarité en direction des personnes en établissement s'organise quant à elle très largement au niveau national (96).

Tableau 19 : Répartition des dépenses entre APA et Sécurité Sociale en fonction du lieu de prise en charge

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Domicile	1 744	2 854	3 168	3 425	3 724	3 998	4 255	4 421
APA	*59,6 %*	*73,2 %*	*73,6 %*	*73,4 %*	*72,7 %*	*72,3 %*	*71,5 %*	*70,4 %*
SSIAD	*40,4 %*	*26,8 %*	*26,4 %*	*26,6 %*	*27,3 %*	*27,7 %*	*28,5 %*	*29,6 %*
Établissement	4 212	5 006	5 357	5 972	6 534	7 105	8 014	9 095
APA	*18,9 %*	*22,3 %*	*23,1 %*	*22,4 %*	*22,2 %*	*22,1 %*	*21,3 %*	*20,0 %*
Soins	*81,1 %*	*77,7 %*	*76,9 %*	*77,6 %*	*77,8 %*	*77,9 %*	*78,7 %*	*80,0 %*

Sources : DREES (APA) et Comptes nationaux de la santé (SSIAD et Soins).

Lecture : en millions d'euros.

Les dépenses : répartition entre aide à domicile et aide en établissement

Finalement, la répartition des dépenses entre l'aide à domicile et l'aide en établissement montre également une tendance différente entre les deux pays.

Au Japon, la part des dépenses (97) destinées aux personnes en établissement qui représentait 60 % des dépenses totales en 2002, a diminué continuellement et n'en représentait en 2009 que 41 %. La répartition des dépenses entre prise en charge à domicile et prise en charge en établissement s'est donc inversée en sept ans. Les dépenses en établissement ont diminué alors que celles des aides à domicile ont plus que doublé. En France, l'évolution de la répartition des dépenses entre ces deux formes de prise en charge est moins évidente. Si une baisse de la part des dépenses en établissement peut être constatée entre 2002 et 2009, elle n'est pas continue : après une baisse entre 2002 et 2004, elle augmente depuis 2005. En 2009, elle s'élevait à 67 %, un taux bien supérieur à celui du Japon.

Ainsi, la solidarité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en France s'organise principalement au niveau national, mais cela s'explique par le poids important des dépenses en établissement. Dans le cas de la prise en charge à domicile, le poids des dépenses au niveau départemental s'élève à près de 50 %, alors qu'il ne dépasse pas 25 % au Japon (municipalité et département confondus).

(95) On ne prend pas en compte les dépenses hospitalières et dépenses de soins de ville. D'une part, nous n'avons pas suffisamment d'éléments nous permettant d'identifier les frais pour les personnes en établissement et les personnes à domicile. Par ailleurs, ces dépenses ne font vraisemblablement pas partie du périmètre de la dépense définie dans le cadre japonais.

(96) La prise en compte des aides sociales à l'hébergement (ASH) financées par les départements ne modifient pas considérablement les résultats. En prenant en compte l'ASH, les soins en EHPAD représentaient plus de 70 % des dépenses (APA, Soins et ASH) en établissements.

(97) Dépenses calculées en fonction du nombre de personnes et des dépenses moyennes par personnes sur l'année. Il peut donc y avoir un faible écart avec les résultats réels.

Tableau 20 : Répartition des dépenses entre les prises en charge à domicile ou en établissement

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dépenses Assurance – Japon	42 218,45	47 010,93	50 596,38	50 387,47	43 548,38	50 861,87	53 639,56	56 480,75
Domicile	*40 %*	*42 %*	*43 %*	*44 %*	*51 %*	*55 %*	*57 %*	*59 %*
Établissement	*60 %*	*58 %*	*57 %*	*56 %*	*49 %*	*45 %*	*43 %*	*41 %*
Dépenses APA et Sécurite Sociale – France	5 956,08	7 859,91	8 525,13	9 397,03	10 257,91	11 103,35	12 268,60	13 516,55
Domicile	*29 %*	*36 %*	*37 %*	*36 %*	*36 %*	*36 %*	*35 %*	*33 %*
Établissement	*71 %*	*64 %*	*63 %*	*64 %*	*64 %*	*64 %*	*65 %*	*67 %*

Sources : DREES (APA) ; Comptes nationaux de la santé (SSIAD et Soins) ; MHLW.

Lecture : en millions d'euros (conversion en PPA 2010).

3.4. Organisation et gestion des services à domicile

La gestion d'un dispositif peut relever directement de l'État central ou être confiée aux collectivités territoriales. Dans le cas de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, les pays semblent privilégier une organisation à une échelle territoriale limitée et favoriser une gestion de proximité (Martin, 2006). Les échelles peuvent varier d'un pays à l'autre : communes, départements, régions.

Au Japon, la gestion financière, l'évaluation du niveau de dépendance, la vérification des plans d'aide, le contrôle de qualité des prestataires, l'octroi des agréments et finalement la définition du montant de la prime d'assurance pour les personnes retraitées sont gérés par les municipalités. Les départements interviennent également pour le contrôle et l'octroi des agréments concernant certaines catégories de prestations, mais leur implication reste très limitée. La gestion du système d'assurance dépendance appartient ainsi principalement aux municipalités mais celles-ci n'ont en réalité que peu de marge de manœuvre. Les services accessibles, le prix des services, le volume d'aide disponible par niveau de dépendance sont initialement déterminés par le Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires Sociales. Les personnes assurées qui répondent aux critères d'accès peuvent donc établir librement (dans la limite des prestations disponibles dans les alentours) leur plan d'aide sans l'intervention d'aucune entité (municipalité ou département). Si cette organisation permet de réduire les disparités régionales, elle retire de la flexibilité au système. Le contrôle des dépenses revient au Ministère qui peut envisager de les réduire en modifiant les règles au niveau national : supprimer certaines prestations de l'assurance dépendance (le remboursement des frais de repas et de logement en établissement par exemple) ou modifier l'algorithme d'évaluation du niveau de dépendance. Comme il a été précisé plus haut (section 1.2.2), le gouvernement a la possibilité d'apporter des modifications régulièrement : le premier cycle avait été défini à cinq ans et les suivants à trois. Les premières modifications ont été apportées en avril 2005, le deuxième en 2008 puis le dernier en 2012. Les réformes apportées en 2005 semblent avoir été pour le moment les plus importantes. Les prestations couvertes ou non ont été redéfinies (création des prestations de quartier), les niveaux de dépendances ont été revus (création de deux niveaux en *prévention* au lieu d'un) et vraisemblablement modification de l'algorithme pour l'évaluation du niveau de dépendance. Le ralentissement du nombre de bénéficiaires et des dépenses entre 2005 et 2006 est très probablement dû aux réformes de 2005.

En France, il est nécessaire de distinguer d'une part les prestations financées par la Sécurité Sociale (SSIAD et soins en établissement) qui sont sous la responsabilité de l'Agence Régionale de la Santé et d'autres part l'APA gérée par le Conseil Général. Dans le cadre de l'APA à domicile, le Conseil Général détient plus de flexibilité que les municipalités au Japon. Si les textes de lois définissent un niveau d'aide maximal en fonction des niveaux de dépendance, ce volume d'aide n'est pas un droit automatiquement octroyé aux usagers. Ce plan d'aide est fixé par le service autonomie du Conseil Général dans la limite du montant maximal. Le choix des prestations couvertes ou non par l'APA revient au Conseil Général, de même que la fixation du prix (standard ou spécifique à un prestataire). Ainsi,

contrairement au cas du Japon, le contrôle d'une part importante des dépenses à domicile est effectué au niveau du Conseil Général. Cette organisation peut engendrer des disparités régionales (départementales) plus fortes. Les prestations financées par la Sécurité Sociale sont contrôlées par l'ARS, aussi bien sur le nombre de lits disponibles que du prix (l'enveloppe) défini en fonction des prestataires. L'usager n'a pas réellement de choix. Le programme de l'aide apportée par le SSIAD est déterminé par l'infirmier coordinateur en fonction de la disponibilité des places, des aides soignants, de l'enveloppe...

Plus rigide que dans le cas de la France, le contrôle de coût des dépenses dans le système japonais s'effectue au niveau national, réduisant par conséquent les inégalités territoriales. Le système français apporte plus de flexibilité aux Conseils Généraux mais risque d'engendrer des inégalités territoriales plus importantes qu'au Japon.

CONCLUSION

Les principales divergences des systèmes de prise en charge à domicile entre la Japon et la France découlent du choix entre système assurantiel et système assistantiel. D'un point de vue financier, les dispositifs des deux pays apparaissent comme des systèmes hybrides Le système japonais s'organise davantage comme un système de type *assurantiel* et celui de la France comme un système de type *assistantiel :* l'impôt représente 50 % des sources de financement de l'assurance japonaise, et près de 30 % des dépenses liées à la prise en charge de la dépendance à domicile en France s'appuie sur un système assurantiel. Les deux pays présentent les caractéristiques propres à leur type de système telles qu'elles sont décrites par Campbell et Ikegami (2002). 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.

Le système d'assurance japonais s'appuie en effet sur une définition claire des droits attribués aux assurés (personnes âgées) : l'accès aux droits est déterminé par le niveau de dépendance et un critère d'âge mais les revenus et la présence ou non d'aidant informel ne viennent en principe pas modifier l'accès ou la quantité d'aide accessible. L'évaluation du niveau de dépendance s'effectue de manière stricte, à travers un questionnaire détaillé (74 éléments sont étudiés) et unique sur tout le territoire, ce qui permet de garantir les mêmes droits à tous les assurés quelle que soit la région (98). Dès lors qu'il est évalué comme étant dépendant, l'usager constitue lui-même le plan d'aide qu'il souhaite dans les limites de ses droits. Le système offre ainsi une grande liberté à l'usager mais restreint les marges de manœuvre aux municipalités qui mettent en application le système. Le contrôle des coûts s'effectue ainsi davantage au niveau national à travers la modification des modalités d'application générale réduisant les risques d'inégalités régionales. En revanche, le système japonais ne prévoit pas de progressivité dans le reste à charge et peu d'efforts semblent être mis en œuvre afin de réduire les inégalités engendrées par les différences de revenus.

Le système français de prise en charge de la dépendance à domicile (APA et SSIAD) ne prévoit pas de droits clairement définis comme dans un système assurantiel. L'aide est apportée en fonction des besoins individuels prenant en compte aussi bien les revenus que la présence d'aidants informels. L'évaluation du niveau de dépendance s'effectue de manière plus simple et plus rapide que pour le Japon : à travers la grille AGGIR (qui contient dix axes d'activités) pour l'APA et par prescription du médecin pour les aides du SSIAD. Le plan d'aide est constitué non pas par l'usager mais par le Conseil Général (pour l'APA) et le SSIAD en fonction de la situation médicale de la personne âgée. Contrairement au cas du Japon, le contrôle des coûts peut donc être effectué au niveau

(98) Des inégalités peuvent toutefois persister en raison des différences dans l'offre.

départemental, ce qui peut engendrer des inégalités territoriales plus importantes. En revanche, les revenus des usagers étant pris en compte dans le reste à charge des aides apportées dans le cadre de l'APA, le système français réduit les inégalités d'accès engendrées par des raisons financières.

Malgré ces divergences, les politiques de prise en charge de la perte d'autonomie au Japon et en France partagent des tendances communes. Premièrement, les politiques liées à la dépendance des différents pays partagent certaines tendances générales, notamment celle de privilégier une gestion de proximité des personnes âgées dépendantes et la volonté de favoriser l'aide à domicile à celle en établissement (Martin, 2006). D'autre part, les deux pays sont fortement marqués par la volonté de développer un marché des services à la personne et les politiques liées à la prise en charge des personnes dépendantes sont orientées par cet objectif de développement du marché.

Au Japon, le dispositif a été conçu de manière à favoriser la demande de services à la personne : les dépenses publiques aident à solvabiliser la demande orientée vers une catégorie de prestations mais ne permettent pas de rémunérer l'aide informelle. En France, la volonté de développer l'offre du marché s'est traduite non seulement par les réglementations de l'utilisation de l'APA, mais également par des politiques en faveur de l'emploi. L'APA ne peut être utilisée que pour le paiement de services à la personne. La prise en charge par un aidant informel peut être rémunérée, mais elle doit alors donner lieu à un contrat de travail. Par ailleurs, des dispositifs d'exonération d'impôts et de cotisations sociales ont été mis en place afin de favoriser la création d'emplois à domicile.

CHAPITRE 3

COMPARAISON DES SYSTÈMES DE PRISE EN CHARGE AU JAPON ET EN FRANCE : UNE ÉTUDE PAR LES CAS-TYPES

INTRODUCTION

L'étude institutionnelle (chapitre 2) a permis de mettre en évidence les principaux éléments divergents et convergents des systèmes de prise en charge à domicile entre le Japon et la France. Cependant, cette analyse trop généraliste se focalise uniquement sur les principaux dispositifs et ne permet pas d'appréhender les prestations que peut recevoir un individu en fonction de sa situation familiale et financière.

Ce chapitre a donc pour objectif d'examiner, pour chacun des pays, comment une personne âgée dépendante à domicile est concrètement prise en charge selon différentes situations. En d'autres termes, il vise à étudier l'impact des différents systèmes en se plaçant du point de vue de l'usager. Cette étude applique la méthode par les cas-types employée par Le Bihan et Martin (2006) qui consiste à analyser les réponses apportées à des situations spécifiques. Cette méthode facilite non seulement la prise en compte de divers dispositifs, qu'ils soient spécifiquement destinés aux personnes âgées dépendantes ou non, mais également l'analyse de la manière dont ils s'articulent.

Les résultats sont étudiés autour de trois thèmes : *l'évaluation du niveau de dépendance, le panier de services et l'impact des revenus.*

Le premier thème couvre la procédure d'évaluation et l'articulation de cette évaluation avec le montant de l'aide. En France, comme au Japon, l'évaluation du niveau de dépendance s'effectue dans les deux pays suivant une procédure formalisée à l'aide d'un questionnaire unique pour l'ensemble du pays. Toutefois la signification que revêt le niveau de dépendance issu de ces évaluations diffère d'un pays à l'autre : au Japon le niveau de dépendance est directement rattaché au montant des plans d'aide accessible aux bénéficiaires ; en France le niveau GIR ne constitue qu'une étape de l'évaluation, la prise en compte de la situation familiale intervient dans une seconde étape.

L'étude des paniers de services consiste à analyser d'une part les services mis à la disposition des professionnels qui construisent les plans d'aide, et d'autre part la logique qui sous-tend le choix de tel ou tel service. De prime abord les services disponibles semblent de nature similaire dans les deux pays, mais ceux pris en charge dans le cadre de l'assurance dépendance japonaise s'avèrent plus spécifiques qu'en France, distinguant diverses catégories d'aide à domicile, de centre d'accueil et d'hébergement. Contrairement aux dispositifs français qui couvrent de manière générale *les services à domicile,* la couverture de l'assurance dépendance se limite uniquement aux prestations spécifiquement destinées aux personnes âgées. Les choix des services qui constituent les plans d'aide japonais sont par ailleurs fortement orientés par de nombreuses contraintes réglementaires qui reflètent la logique de prise en charge incitée par le gouvernement. Avec des règles d'utilisation moins strictes, la France ouvre théoriquement la possibilité de recourir à une plus grande diversité de services, mais la constitution des plans d'aide semble finalement limitée par des contraintes liées à la capacité de l'offre et aux coûts laissés à la charge des usagers.

Finalement, ce chapitre étudie l'impact des revenus sur le montant de l'aide, le coût à la charge de l'aidé et la part financée par les dispositifs publics, en intégrant diverses dimensions de l'aide. L'analyse des cas japonais inclut le niveau des primes d'assurance, les modalités d'aide supplémentaires du *Shakai Fukushi Hôjin* et l'aide sociale destinée aux plus démunis. Le périmètre d'analyse du système français a également été élargi principalement avec la prise en compte des mesures de défiscalisation ciblant l'emploi de services à domicile. Si l'assurance dépendance japonaise apparaît comme un système très peu progressif et l'APA en revanche particulièrement progressive, la prise en compte de tous les éléments cités ci-dessus pousse à relativiser ce constat. La superposition des dispositifs conduit à une courbe en U aussi bien au Japon qu'en France : l'aide publique

est la plus faible pour les niveaux de revenus intermédiaires. Lorsque l'analyse se limite aux personnes ayant des revenus intermédiaires, le système français apparaît alors de nouveau plus progressif que le système japonais.

Le système de prise en charge de la dépendance japonais apparaît ainsi comme un système particulièrement formalisé et sophistiqué proposant de nombreuses prestations spécialisées dans la prise en charge de la dépendance. Hormis pour les personnes démunies, ce système est en revanche peu généreux pour les personnes ayant de faibles revenus. Comparativement à la France, le système japonais semble privilégier la prise en charge des personnes âgées, à la prise en charge des personnes démunies.

La suite du chapitre est constituée de deux sections. La première a pour objectif d'apporter des éléments méthodologiques. Elle décrit dans un premier temps le dispositif principal en pratique, soit le processus de la demande d'aide jusqu'à la préparation du plan d'aide. Cette description permet d'illustrer le rôle des professionnels ayant participé au projet dans le processus de la prise en charge d'une personne âgée dépendante. Leurs caractéristiques et leurs particularités ont conduit à ajuster certains éléments méthodologiques. Par ailleurs, la définition et l'interprétation des indicateurs analysés peuvent varier en fonction des pays. Ainsi, pour chacun des pays, la section présente le dispositif en pratique, les éléments méthodologiques spécifiques à chaque pays et les indicateurs analysés. La deuxième section présente les résultats à travers trois thèmes : *l'évaluation du niveau de dépendance, le panier de services et l'impact des revenus.*

1. MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre s'appuie principalement sur la méthode des cas-types employée par Le Bihan et Martin (2006) dans une étude comparant le système de prise en charge de la dépendance dans six pays d'Europe (Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède (99)). Cette méthode a pour objectif de *construire* des situations de dépendance sous la forme d'histoires de vie pour ensuite analyser les réponses qui leur sont apportées dans chacun des pays. Les cas-types se présentent donc comme des supports permettant de *repérer ce qui est légalement accessible dans les différents pays et ce qui se passe dans la mise en œuvre de ces droits.*

L'étude s'effectue à travers l'analyse du processus de prise en charge de la dépendance et des plans d'aide obtenus par le projet des cas-types. Par processus de prise en charge, nous désignons toutes les étapes qui mènent un individu à la prise en charge, de la demande jusqu'à la mise en œuvre de l'aide. À travers ces deux éléments, le chapitre aborde trois thèmes : *l'évaluation du niveau de dépendance et du besoin, le panier de services et finalement l'impact des revenus.*

Les étapes du processus de prise en charge sont présentées dans les sections 1.1 et 1.2. Ces descriptions s'appuient principalement sur les réponses apportées lors d'entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels de la santé, du social, des chercheurs et des universitaires. La section 2 présente les résultats de l'étude organisés autour des trois thèmes (100).

L'application de la méthode des cas-types implique la construction de cas concrets et la collaboration de professionnels dans chacun des pays. Dans cette étude, sept cas ont été retenus parmi ceux utilisés dans les travaux de Le Bihan et Martin (2006). Ils correspondent aux cas 1, 2, 4, 5, 6, 7 et 12 de leur projet (voir l'encadré page 64). Le nombre de cas a été restreint à sept pour des raisons de disponibilité des *Care-managers* qui ont accepté de travailler sur le projet. La sélection des cas a été effectuée en discussion avec les *Care-managers* 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 dépen-

(99) Selon les auteurs, il peut exister d'importantes variations territoriales en raison de la grande responsabilité laissée aux collectivités locales ou de l'insuffisance des dispositions nationales. Leur étude portait donc 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. Dans cette étude les termes sites et pays sont employés de manière interchangeables.

(100) Les plans détaillés pour chacun des cas sont disponibles en annexe du chapitre.

dance psychique. Les trois qui suivent sont au contraire des cas avec dépendance psychique. Dans leurs travaux, Le Bihan et Martin (2006) avaient identifié le *niveau de dépendance, les ressources et la présence ou non de support familial* comme étant des critères importants dans les systèmes de prise en charge de la dépendance. Ces trois éléments ont donc été détaillés lors de la construction des cas-types. Chacun des cas a été décliné en deux situations de ressources (101). Les niveaux de ressources ont été calculés à partir de données des revenus disponibles en 2005 par unité de consommation publiées par l'OCDE. Les descriptions complètes des cas-types sont disponibles en annexe de l'étude.

Les entretiens semi-directifs cités plus haut ont également permis d'identifier les professions qui semblaient les plus adaptées pour constituer les plans d'aide : les *Care-managers* rattachés à un prestataire de services pour le Japon ; les équipes médico-sociales des Conseil Généraux et les infirmiers coordinateurs des Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) pour la France. Deux *Care-managers* de Kobe, la responsable d'un service autonomie d'un Conseil Général Territorial (Matheysine) et l'infirmière coordinatrice d'un SSIAD (Valbonnais) en Isère (102) ont accepté de participer au projet. Ces interlocuteurs ont constitué les plans d'aide attribués aux personnes âgées décrites dans les différents cas, selon leur situation familiale, financière et de dépendance. Les réponses ont été apportées sous le format qu'ils souhaitaient, à savoir le format sur lequel ils avaient l'habitude de travailler. Afin de faciliter la comparaison, les résultats ont ensuite été reportés sur deux tableaux homogénéisés. Des indicateurs ont été calculés pour chacun des pays, notamment pour analyser le rôle de la situation financière. Malgré cet effort d'homogénéisation, les systèmes étant différents, les indicateurs ne revêtent pas nécessairement les mêmes significations. La définition de chaque indicateur est donc également détaillée.

L'étude par les cas-types présente des limites. Premièrement, si elle permet d'analyser les différentes possibilités qui s'offrent aux personnes âgées dépendantes en fonction de leur situation, elle n'apporte pas d'élément sur la manière dont les personnes bénéficient réellement des aides. Les résultats du projet montrent que dans certaines configurations l'aide peut être plus importante pour les personnes ayant de hauts revenus. Mais elle n'analyse pas la répartition de l'aide publique au niveau national en fonction des revenus des bénéficiaires. La méthode des cas-types ne se substitue donc pas à l'analyse quantitative. Par ailleurs, si cette démarche a permis d'élargir le nombre de dispositifs étudiés par rapport à la comparaison institutionnelle, elle ne les prend pas tous en compte. D'une part, le niveau de dépendance des cas étudiés étant trop élevé, les dispositifs destinés aux personnes en GIR 5 et 6 (103) ont été exclus. D'autre part, nous nous sommes principalement appuyés sur les dispositifs évoqués par les professionnels de terrain. Les dispositifs n'ayant pas été énumérés n'ont pas systématiquement été analysés. Finalement, de fortes disparités régionales existent, particulièrement en France. Les résultats de ce projet ne sont pas nécessairement généralisables au niveau national. Dans le cadre de ce projet, l'étude institutionnelle et le projet des cas-types ont été menés simultanément. Au début du projet, la connaissance des systèmes et de l'état des lieux ne permettait pas d'identifier de critères de choix pour déterminer un lieu d'étude adéquat. Ce sont donc principalement des raisons pratiques (et logistiques) qui ont conduit au choix de Kobe (à Hyogo) et d'Isère (en Rhône-Alpes).

La suite de la section est composée de deux parties qui présentent respectivement les éléments pour le Japon et la France. Chacune de ces parties décrit la procédure de prise en charge (le dispositif en pratique), apporte des précisions méthodologiques et définit des indicateurs qui apparaissent dans les tableaux de résultats. Les indicateurs ont principalement été utilisés pour l'analyse de l'impact des revenus (104). Cette section, surtout descriptive, a pour objectif d'apporter des éléments de précisions pour clarifier les résultats de la section suivante. Elle peut ainsi être considérée comme un complément destiné aux lecteurs qui souhaitent avoir plus de détails sur les systèmes et la méthodogie appliquée. Sa lecture n'est pas indispensable à la compréhension de l'analyse présentée dans la section 2.

---

(101) En pratique, ces deux situations financières n'ont été utilisées que pour la France. Les raisons pour lesquelles elles n'ont pas été employées au Japon sont présentées dans la section 1.1.2

(102) Dans le cas de la France, les plans d'aide ont été dans un premier temps préparés par le Conseil Général. L'infirmière coordinatrice a été contactée dans un second temps pour compléter les éléments concernant le SSIAD.

(103) GIR 6 regroupe les personnes autonomes et le GIR 1 les personnes les plus lourdement touchées par la dépendance.

(104) Tous les indicateurs ne sont pas commentés dans l'étude, mais il semble indispensable de les conserver dans la table pour une compréhension plus exacte des plans d'aide

Encadré
Résumé des sept cas-types

Monsieur A (Cas 1) a 68 ans. Il est célibataire et a toujours vécu avec sa mère qui a 83 ans. Il souffre d'insuffisance cardiaque (insuffisance coronarienne, arythmie, antécédents de phlébite). Il a eu deux accidents cardiovasculaires, le premier il y a 15 ans, et un second (ischémique) récemment. Suite à une artérite des membres inférieurs, il a été amputé de la jambe gauche. Monsieur A a besoin d'aide pour la toilette et l'hygiène corporelle, ainsi que pour s'habiller et se déshabiller. Pour le reste (manger, éliminer, se lever, se coucher et se déplacer à l'intérieur de son logement et à l'extérieur), de même que pour communiquer (bonne cohérence, bonne orientation dans le temps et dans l'espace), il est relativement autonome. Il se déplace à l'extérieur en fauteuil roulant électrique. Son sommeil et son appétit sont corrects. Pour les courses, il est aidé par sa mère et le voisinage.

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. Cette plaie est fortement handicapante. 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.

Madame D (Cas 3) a 67 ans. Madame D est alcoolique et continue de boire. Elle souffre d'insuffisance hépatique avec une cirrhose évoluée et des troubles biologiques hépatiques sérieux. À cause de son alcoolisme, il lui arrive d'avoir des crises de colère et de devenir agressive. Madame D est très fatiguable, oscillant entre phase dépressive et agressive. Elle se déplace péniblement avec un déambulateur. Madame D est autonome pour la plupart des actes sauf la toilette et l'habillage du bas du corps. Son conjoint, retraité, vit avec elle et lui apporte un soutien important. La mère de Madame D (90 ans) séjourne au domicile dans l'attente d'une place en maison de retraite. Elle est à peu près autonome, mais n'apporte aucune aide dans les tâches quotidiennes.

Monsieur E (Cas 4) a 69 ans. il vit avec son épouse, une femme de 73 ans, autonome. Monsieur E a fait un accident cardiovasculaire cérébral ischémique qui a provoqué une hémiplégie droite et une aphasie. Six mois après sa sortie de l'hôpital, il reste encore très diminué. Il récupère progressivement de son aphasie et parvient à s'exprimer et à se faire comprendre mais l'évolution des conséquences de son accident est très incertaine. Il se déplace avec un déambulateur. Il séjourne dans la journée dans un fauteuil roulant qu'il parvient à déplacer dans un rayon très limité en raison des limitations fonctionnelles du membre supérieur droit. Monsieur E commence depuis quelques semaines à pouvoir assurer partiellement son habillage. Il a besoin d'aide pour habiller le bas de son corps. Il n'y a pas d'incontinence. Il doit être aidé pour passer du lit au fauteuil, mais peut assurer le passage du fauteuil à une chaise.

Madame O (Cas 5) a 68 ans. Elle vit avec son conjoint âgé de 75 ans autonome (avec deux prothèses de hanches et deux prothèses de genoux). Madame O est atteinte de la maladie d'Alzheimer. La maladie a évolué très rapidement. Madame O a connu des épisodes d'agitation, d'agressivité, de désorientation et elle a été placée dans une institution médicalisée mais elle en est sortie, à la demande de son mari qui considérait qu'elle ne recevait pas les soins appropriés. Madame O est assise ou alitée 24 heures sur 24. Elle ne parle plus, n'ouvre plus les yeux et ne reconnaît plus ses proches. Elle est agressive. Elle est incontinente et ne mange pas seule.

Monsieur T (Cas 6) a 88 ans. Il vit avec sa femme âgée de 76 ans. Monsieur T souffre d'une dégénérescence neurologique qui crée des déséquilibres à la marche. Cette dégénérescence neurologique n'avait pas été diagnostiquée. Monsieur T est désorienté. Il reste assis pendant la journée et ne peut se déplacer seul. Il ne peut ni s'habiller, ni se laver seul. Il est incontinent. Il souffre d'une surdité partielle. Il mange avec une petite aide. Madame T assure l'ensemble des tâches domestiques (linge, repas, ménage). Elle participe aux soins d'hygiène de son mari. Madame T refuse de voir la dégradation des capacités de son mari et refuse toute aide pour prendre soin de son mari. Madame T est déprimée et souffre d'hypertension. Elle est suivie par un psychiatre.

Monsieur J (Cas 7) a 80 ans. Monsieur J souffre de la maladie d'Alzheimer a un stade avancé. Il est parfaitement valide et déambule tout au long de la journée. Il nécessite une surveillance permanente. Il est très désorienté. Il ne fait plus la différence entre le jour et la nuit, et se lève très fréquemment pendant la nuit. Il ne reconnaît plus personne. Il fait régulièrement des fugues. Il est incontinent. Il vit avec sa fille (qui a 60 ans) et son mari, dans leur appartement. Sa fille, qui assure l'essentiel de la prise en charge, est dans un état d'épuisement avancé.

1.1. L'assurance dépendance au Japon

1.1.1. Le dispositif en pratique

La demande de prestations

Lorsqu'une personne dépendante souhaite bénéficier de prestations couvertes par l'assurance dépendance, elle doit au préalable soumettre une demande d'évaluation du niveau de dépendance. Cette évaluation est effectuée en deux étapes avec l'intervention d'un assistant social, du médecin traitant et d'un comité de la municipalité. Dès lors que le niveau de dépendance est déterminé, la personne concernée peut directement contacter les prestataires de services ou passer par un *Care-manager* pour organiser le plan d'aide. En pratique, les personnes âgées dépendantes font quasi-systématiquement appel aux *Care-managers,* dont les frais sont entièrement pris en charge par l'assurance dépendance.

Les demandes d'évaluation sont gérées au niveau de la municipalité. L'interlocuteur administratif officiel pour de telle demande est donc la Mairie, mais il est également possible de contacter le *Centre de support général de la communauté* (105) ou un prestataire proposant des services de *Care-managing* qui peuvent aider les personnes âgées dans leurs démarches. La Mairie peut également être alertée d'un cas de dépendance par une personne anonyme : un assistant social vérifie alors la situation et si besoin contacte le *Centre de support général de la communauté* pour qu'un *Care-manager* du centre s'occupe des démarches nécessaires. Par ailleurs, le médecin traitant peut conseiller à ses patients d'effectuer une demande d'aide et les orienter vers les *Centres de support général de la communauté,* mais n'effectue en général aucune démarche lui-même.

Le dossier de demande est généralement constitué d'un document d'inscription et de la carte d'assurance dépendance envoyée automatiquement à toutes les personnes âgées de 65 ans et plus (106). Le document d'inscription est le même quel que soit le département ou la municipalité (107) et contient des informations personnelles du demandeur (nom, prénom, date de naissance) ainsi que le nom d'un accompagnateur.

Procédure d'évaluation du niveau de dépendance

L'évaluation du niveau de dépendance est effectuée par trois intervenants : l'assistant social, le médecin traitant et un comité de décision. L'assistant social effectue une première évaluation de la personne à son domicile au cours d'un entretien qui dure une demi heure à une heure. À cette étape, le niveau de dépendance est déterminé en fonction des besoins estimés à l'aide d'un questionnaire d'évaluation qui contient 74 éléments (Campbell et Ikegami, 2000) regroupés en 5 catégories de questions :

– Facultés physiques (paralysie, la vue, l'ouïe, marcher, se lever...)

– Facultés de la vie quotidienne (se déplacer, déjeuner, s'habiller, les toilettes...)

– Capacités cognitives (communication, mémoire à court terme, errance...)

– Situation psychologique (instabilité émotionnelle, oublis fréquents, parle seul...)

– Activité sociale (prise de décision, faire les courses, cuisine, gestion financière...)

En plus de ces cinq éléments, le questionnaire prend également en compte le besoin de certains soins médicaux. En fonction des réponses apportées, un algorithme calcule un temps d'aide nécessaire, désigné comme un *temps de référence,* directement rattaché à un niveau de dépendance. Le temps de référence est un indicateur mis en place pour le calcul de la dépendance, mais ne reflète pas nécessairement l'aide réellement apportée au sein d'un ménage. Le traitement de l'information et le calcul sont effectués de manière

(105) Chiiki Hohkatsu Shien Center ou Community General Support Center. Ces centres ont pour objectifs d'apporter un soutien afin d'améliorer la santé des habitants, leur accès aux systèmes sanitaires et la protection sociale en générale. La gestion de ces centre peut être effectuée directement par la Mairie ou déléguée à un organisme externe dont le statut permet ce type d'activité.
(106) Pour les personnes entre 45 ans et 64 ans atteintes de symptômes pris en compte par l'assurance dépendance, une carte d'assurance dépendance peut être livrée après confirmation par un médecin.
(107) Un document unique pour tout le Japon.

informatique. En parallèle, un document est envoyé au médecin traitant qui émet son avis sur l'ampleur de la perte d'autonomie du patient. Finalement, à l'appui des résultats du questionnaire et de l'avis du médecin, un comité de la municipalité composé de médecins, de professionnels des aides sociales et de professionnels de la dépendance fixe le niveau de la dépendance du demandeur.

Un des objectifs affichés par le gouvernement lors de l'instauration de l'assurance dépendance était la réduction des inégalités régionales. Cette priorité s'exprime par l'application d'un questionnaire unique pour tout le pays et d'un système de traitement informatique (calcul du niveau de dépendance en fonction du questionnaire). Cependant, le réajustement du niveau de dépendance lors des comités n'est pas rare et des disparités peuvent apparaître ne serait-ce qu'en fonction de la composition des membres du comité. Par ailleurs, l'assistant social a, lors de la première évaluation, la possibilité de rajouter des commentaires. Ainsi le contexte familial et autres problèmes non prévus initialement dans le questionnaire peuvent y être inscrits. Le comité d'évaluation peut prendre en compte ces éléments dans la décision du niveau de dépendance (108).

Le résultat de l'évaluation est envoyé à la personne dépendante et/ou à sa famille par courrier postal. Si la demande a été effectuée par le *Centre de support général de la communauté,* les résultats y sont également communiqués. Finalement dans le cas où la personne âgée dépendante a déjà souscrit un contrat avec un *Care-manager* auprès d'un prestataire de service, celui-ci en est de même informé (109).

Évaluation du besoin

L'évaluation des besoins est effectuée par un *Care-manager* en consultation avec la personne dépendante et sa famille. L'objectif est la mise en place d'un ensemble de services (*Care-plan*) préparé en fonction des besoins de la famille et des souhaits de l'usager.

Les personnes en *prévention et celles en dépendance* (110) sont généralement respectivement aidées par un *Care-manager* du *Centre de support général de la communauté* et un *Care-manager* rattaché à un prestataire de services : les *Care-managers* du *Centre de support général de la communauté* sont uniquement autorisés à prendre en charge les personnes en prévention ; alors que les *Care-managers* rattachés à un prestataire peuvent s'occuper des personnes dépendantes de tous les niveaux même s'ils sont tenus d'aider en majorité les personnes en dépendance.

Il n'existe pas d'outil spécifique pour l'évaluation des besoins et la constitution des plans d'aide. Le *Care-manager* s'organise comme il le souhaite. Les entretiens des *Care-managers* durent en général 30 minutes à 1 heure. Le temps nécessaire à la préparation d'un *Care-plan* dépend de chaque situation individuelle. Il peut être préparé en un ou deux jours comme il peut nécessiter plusieurs mois (111). La présence ou non de la famille joue un rôle important dans la définition des services. Il existe des services auxquels les personnes dépendantes ne peuvent avoir accès dès lors qu'elles cohabitent avec des personnes autonomes.

La décision, la mise en œuvre et le suivi

La décision finale concernant le niveau de dépendance est prise par le comité de la municipalité. En cas de désaccord de la personne concernée avec la décision, elle peut déposer une réclamation auprès du département. Une nouvelle évaluation peut alors être exigée.

---

(108) Théoriquement le contexte familial ne devrait pas venir influencer le niveau de dépendance de la personne. La prise en compte ou non de ces éléments est donc subordonnée au comité.

(109) Cela peut être le cas lorsque le premier interlocuteur est un *Care-manager* rattaché à un prestataire de services. Si le *Care-manager* juge que la personne dépendante ne peut pas attendre le processus d'évaluation, il peut proposer un minimum de prestations en attendant la fin des démarches. La personne dépendante signe alors un contrat pour être suivie par ce *Care-manager*. Seulement si les prestations prévues dans le plan d'aide s'avèrent être supérieures aux droits couverts par l'assurance selon le niveau de dépendance, la personne âgée dépendante doit prendre la différence des frais à sa charge.

(110) Voir le chapitre 2 pour des détails sur les différents niveaux de dépendance définit par le système japonais.

(111) La suggestion d'un *Care-plan* peut être faite rapidement. Établir un *Care-plan* dans les contraintes budgétaires et qui soit accepté par l'utilisateur et sa famille peut prendre du temps.

Dès lors que le niveau de dépendance est fixé, le choix quant à l'utilisation des services revient à la personne dépendante et/ou à la famille dans les limites de la réglementation. Tant que la somme des services ne dépasse pas le plafond défini par le niveau de dépendance, les utilisateurs ont un degré de liberté important et peuvent ajuster les services en fonction de leur besoin. L'évaluation du niveau de dépendance est renouvelée tous les ans pour les personnes en prévention et tous les deux ans pour les personnes en dépendance. Si on constate (famille ou *care-manager*) un changement dans l'état de santé, une réévaluation peut être demandée au bout de 6 mois. Par ailleurs, le *Care-manager* est tenu de rencontrer la personne dépendante au moins une fois par mois afin de vérifier que l'ensemble des prestations correspond bien aux besoins.

Démarche pour des aides complémentaires

Pour bénéficier des aides supplémentaires à celles prévues dans le cadre standard de l'assurance dépendance, l'usager doit effectuer des démarches pour chacune d'elles (112). Les brochures d'informations publiées présentent les différentes aides envisageables et les conditions de ressources à remplir. Dans le cas où l'usager répond à ces critères, il doit alors contacter la municipalité pour entamer la procédure de demande : une demande doit être adressée avec des documents prouvant le niveau de revenus.

1.1.2. Quelques précisions méthodologiques

Pour compléter le projet des cas-types, nous avons sollicité deux *Care-managers* de Kobe (rattachés à un prestataire). Les *Care-managers* aident les personnes âgées dépendantes à constituer les plans d'aide et coordonnent les différents services.

Les plans Standards

Le système d'assurance dépendance au Japon fixe un plafond sur le volume des services accessible en fonction du niveau de dépendance. Les personnes âgées dépendantes combinent les services qu'elles souhaitent et constituent un plan d'aide dans les limites de ce plafond. Si certains usagers utilisent tous leurs droits, d'autres limitent l'utilisation pour des raisons de préférence (préférence de l'aide informelle à l'aide formelle) ou budgétaires. Le reste à charge fixé à 10 % du prix peut en effet contraindre certains à se restreindre. D'après le Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires Sociales, le taux moyen d'utilisation des services pour les personnes dépendantes à domicile (113) en 2009 variait entre 40 % (pour les personnes au niveau prévention 2) et 61 % (pour le niveau dépendance 5) (114). Ainsi, la préparation du plan d'aide dépend non seulement du niveau de dépendance, mais également de la capacité de financement des personnes dépendantes et de leurs préférences. Dans cette étude, il a été demandé aux *Care-managers* de préparer des plans d'aide qu'ils considèrent étant les plus appropriés en fonction de la situation de la personne dépendante, supposant qu'elle a la possibilité d'utiliser pleinement ses droits. Ces plans d'aide sont présentés comme les plans *standard*.

Les différents scénarii

L'éligibilité à une aide supplémentaire est relativement complexe avec des critères d'accès différents pour chaque type d'aide. Les *Care-managers* peuvent suggérer, conseiller et aider à constituer les dossiers de demande pour les aides supplémentaires, mais la décision quant à l'éligibilité revient à la municipalité. Il s'est donc avéré que les *Care-managers* n'étaient pas les interlocuteurs adéquats pour identifier les dispositifs supplémentaires accessibles dans les différents cas. En revanche, ils sont habitués à préparer les plans d'aide en fonction des contraintes budgétaires et/ou des aides supplémentaires octroyées. Finalement, la situation financière ne détermine pas le volume de prestations légalement accessible, celui-ci étant déterminé par le niveau de dépendance, mais elle peut venir modifier la quantité de prestations dont la personne dépendante bénéficie

(112) Les aides supplémentaires sont présentées dans la section 1.3 du chapitre 2.
(113) Les personnes en établissements ne sont pas prises en compte dans cette estimation.
(114) Rapport annuel 2009 sur l'utilisation des services de dépendance publié par le ministère de la Santé, du Travail et des Affaires Sociales (disponible sur mhlw.go.jp ou e-stat.go.jp).

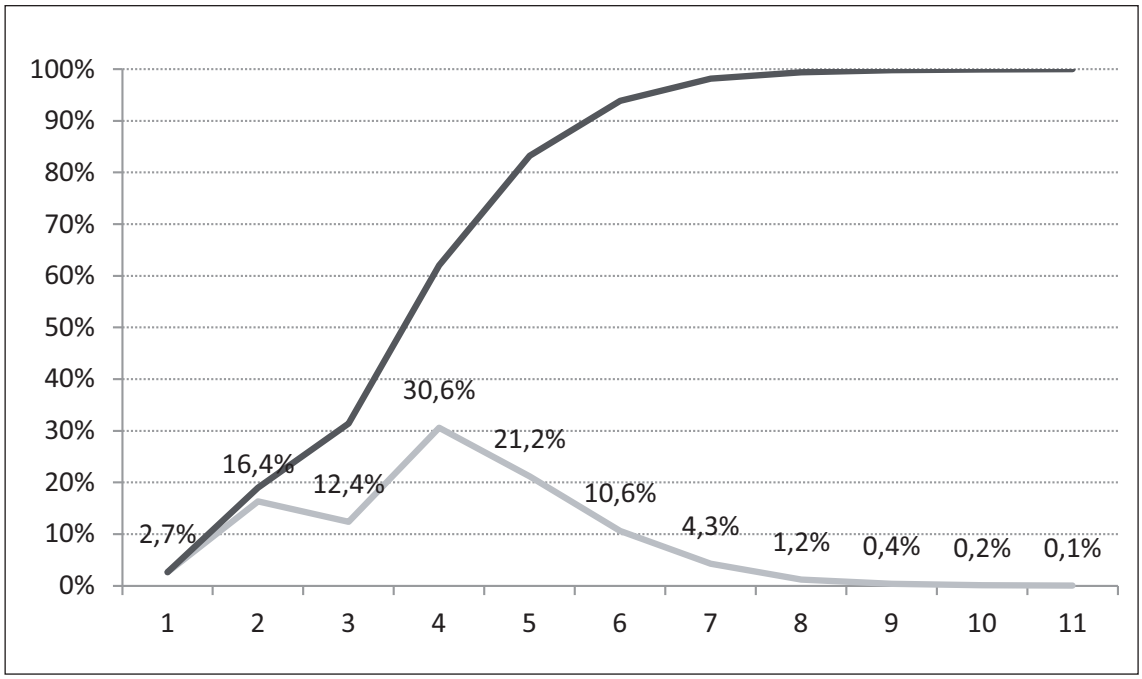
réellement. Ainsi pour trois cas-types (cas 2, 3 et 4), différents plans d'aide ont été préparés en prenant en compte des aides dont pourraient bénéficier les personnes en supposant une contrainte budgétaire forte de la part du bénéficiaire. Cet exercice permet d'illustrer d'une part l'impact des différentes aides financières sur le reste à charge pour un *care-plan* équivalent, et d'autre part l'impact des contraintes budgétaires sur la quantité d'aide accessible. Les *Care-plans* sont désignés *faibles sans aide* pour les situations où la personne dépendante se voit contrainte de limiter l'utilisation des services sans aucune aide supplémentaire, puis *faibles* avec aide dans le cas où le système octroie à la personne dépendante des aides financières supplémentaires. Les aides prises en compte dans les cas *faibles* avec aide sont détaillées dans la présentation des résultats.

Le niveau des primes

De même que pour les aides supplémentaires, les *Care-managers* n'étaient pas les personnes appropriées pour déterminer les niveaux de primes d'assurances. Ces primes ont donc été rajoutées à *posteriori,* au moment de l'analyse des cas. La prime d'un assuré est un prorata du 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 prime d'assurance à Kobe peut varier de 19 euros à 74 euros (115) par mois en fonction des revenus, la prime de référence étant de 37 euros (116). Les primes des trois premières tranches s'appliquent aux assurés dont les membres du foyer ne sont pas imposables. Ce sont également les personnes qui peuvent potentiellement bénéficier d'aides supplémentaires. Ainsi, la prime 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 (âgées 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 (117) versent la prime de la cinquième tranche. Les cotisants de ces deux tranches représentent plus de 50 % des assurés âgées de 65 ans et plus (voir la figure 10) 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).

(115) De 2 347 yens à 9 388 yens. Conversion selon PPA 2010.
(116) 4 694 yens.
(117) 1,47 millions de yens en PPA 2010.

Figure 10 : 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.

1.1.3. Les indicateurs

Les *Care-managers* ont constitué les plans d'aide en détaillant le type de service, la fréquence d'utilisation, les raisons de leurs choix, le volume de services accessible en unités (118), le nombre d'unités réellement utilisées, le coût des services et le reste à charge. Dans la démarche d'analyse comparative, différents indicateurs sont étudiés : le *taux d'utilisation,* le *coût mensuel pour l'utilisateur,* l'*aide totale mensuelle* et finalement l'*équivalent horaire des services fournis.*

Le taux d'utilisation : Le volume d'aide disponible aux personnes dépendantes dans le cadre de l'assurance dépendance est déterminé en unités de services. Le nombre d'unités augmente avec le niveau de dépendance mais la quantité réellement utilisée dépend du choix du bénéficiaire. Le taux d'utilisation permet d'identifier la part d'aide utilisée et par conséquent de la distinguer de l'aide accessible. Les *Care-managers* avaient d'ailleurs fait remarquer qu'un taux d'utilisation de 100 % était impossible. Il reste systématiquement un reliquat trop faible pour rajouter une aide supplémentaire ou des aides de manière cohérente. Un taux proche de 90 % peut déjà être considéré comme une utilisation totale des unités.

Le coût mensuel pour l'utilisateur : Dans le fonctionnement standard de l'assurance dépendance, le dispositif japonais prend en charge 90 % des coûts des prestations et laisse 10 % à la charge de l'utilisateur (taux de reste à charge standard). Mais en réalité, le coût réel mensuel (les dépenses réelles) de l'assuré comprend d'autres éléments : la prime d'assurance et les frais d'hébergement et de repas dans certains cas. Au-delà du reste à charge, toute personne âgée de 40 ans et plus verse une prime d'assurance. La prime d'assurance versée par l'utilisateur d'un service n'est bien entendu pas directement liée au financement de la prestation, mais elle ne reste pas moins une contribution à l'assurance et une charge pour l'utilisateur. Par ailleurs, certaines prestations telles que l'accueil en

(118) Pour des détails sur la signification des unités, voir la section 1 du chapitre 2.

centre de jour ou l'hébergement temporaire peuvent engendrer des frais supplémentaires qui ne sont pas pris en charge par la modalité standard de l'assurance dépendance. Finalement, des aides supplémentaires permettent de réduire le reste à charge. Ainsi, le calcul du coût à la charge de l'assuré doit prendre en compte les 10 % des frais de prestations, la prime d'assurance, les frais d'hébergement et de repas et les aides supplémentaires.

Reste à charge réel = 10 %
* Prestations + Prime + Repas + Hébergement – Aides supplémentaires

L'aide mensuelle totale : Par opposition au reste à charge de l'usager, la part des dépenses financée par les dispositifs inclut l'aide standard de l'assurance dépendance nette de la prime d'assurance et les aides supplémentaires pour les personnes ayant un faible revenu.

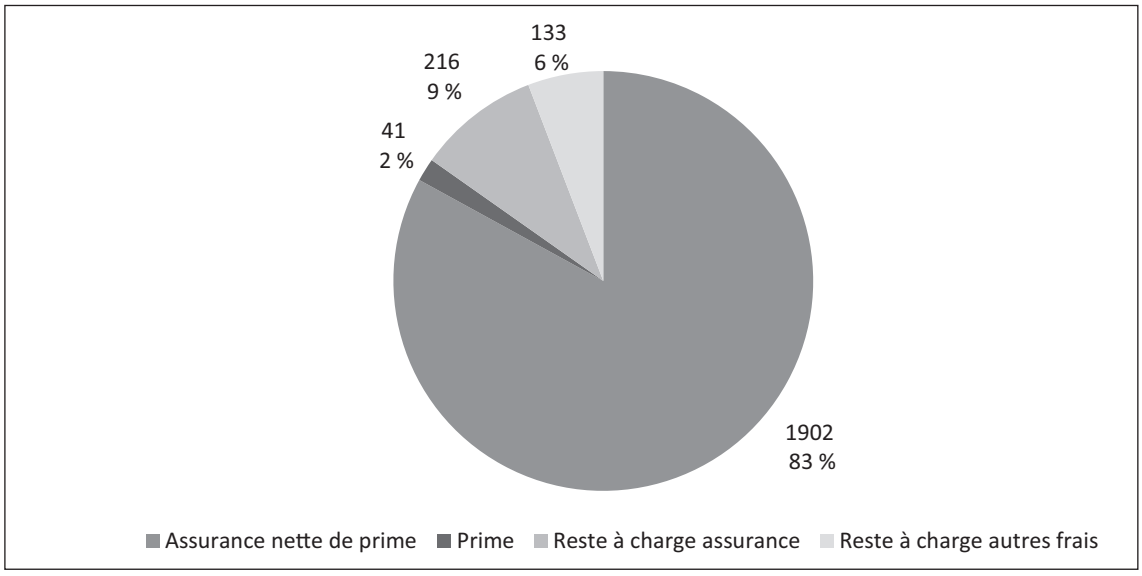
Aide Mensuelle Totale = 90 %
* Prestations – Prime + Aides supplémentaires

Il est également possible de déduire l'aide mensuelle totale à partir du coût total du plan d'aide qui est composé des coûts de prestations et des frais de repas et d'hébergement. Les dépenses prises en charge par les dispositifs correspondent à la différence entre le coût total du plan d'aide et la participation de l'assuré.

Aide Mensuelle Totale = Prestations + Repas + Hébergement – Reste à Charge Réel

Taux de reste à charge net : Les éléments précédents permettent de déduire le taux de reste à charge réel qui correspond au taux de participation de l'assuré sur le coût total d'un plan d'aide. Dans l'exemple du plan standard pour le cas 2, le coût total de la prise en charge s'élève à 2 292 euros (coût de la prestation, frais d'hébergement et de repas inclus). 90 % du coût des prestations sont normalement versés par l'assurance dépendance. Toutefois, si la personne verse une prime mensuelle à l'assurance dépendance, on peut considérer que l'aide réelle apportée par l'assurance est le montant des versements de l'assurance nette de la prime. L'assurance prend alors en charge 88 % du coût des prestations et 83 % de la totalité des coûts. La charge qui revient à l'assuré comprend la prime d'assurance (46 euros), le reste à charge du coût des prestations (386 euros) et finalement les frais d'hébergement et repas (133 euros) qui représentent au total 557 euros (soit 24 % de la totalité des frais).

Figure 11 : Répartition des coûts de prise en charge du Cas 2 standard



Note : Le plan d'aide *standard* de Mme B représente un coût de 2 291 € dont 2 159 € de frais de services dépendances et 133 € de frais de repas et d'hébergement. Mme B verse un reste à charge de 10 % sur les frais de services de dépendances (216 €), les frais de repas et d'hébergement, et la prime d'assurance mensuelle de 41 €. Au total, Mme B verse mensuellement 390 €, ce qui représente 17 % du coût total de l'aide, et l'assurance couvre 83 % *(assurance nette de prime)*.

Encadré
La fonction du *Care-manager* au Japon

Le rôle du *Care-manager* est d'aider les personnes dépendantes à choisir et organiser les services auxquels elles peuvent avoir accès. Il existe deux types de *Care-manager* : les *Care-managers* rattachés à un prestataire de services et les *Care-managers* des *centres de support général de la communauté.* Ces derniers s'occupent exclusivement des personnes dépendantes de niveau 1 et 2 (personnes en *prévention*). Dès que le niveau de dépendance s'aggrave et passe à un niveau supérieur à 3 (personnes en *dépendance*) , elles sont suivies par un *Care-manager* rattaché à un prestataire de services. Le *Care-manager* rattaché à un prestataire a la possibilité de suivre les personnes de tous les niveaux de dépendance. Il peut suivre jusqu'à 43 personnes dépendantes dont 35 personnes en *dépendance* et 8 personnes en *prévention*. La réglementation l'oblige à faire appel à d'autres prestataires de services que son employeur pour au moins 20 % des prestations qu'il propose et organise.

La rémunération de la prestation du *Care-manager* est mensuelle et définie en fonction du nombre de personnes à sa charge ainsi que de leur niveau de dépendance. Par ailleurs, un *Care-manager* n'a pas la possibilité de refuser les demandes d'une personne dépendante tant qu'il n'a pas atteint les quotas soulignés plus haut. Les frais du *Care-manager* sont en totalité pris en charge par l'assurance. Les personnes dépendantes qui font appel à ce service ne participent à aucun frais.

(Propos recueillis auprès de trois Care-managers*).*

1.2. La prise en charge en France

1.2.1. Les dispositifs en pratique

En France, la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile s'appuie principalement sur l'APA et le SSIAD. Les procédures de demande, d'évaluation et du suivi de ces deux dispositifs s'effectuent de manière indépendante, même si l'une peut être à l'initiative de l'autre : un médecin qui prescrit des aides en SSIAD peut également suggérer à son patient d'effectuer une demande d'APA ; inversement, au cours de l'évaluation d'un dossier d'APA, l'équipe médico-sociale du Conseil Général peut être amenée à inciter la personne âgée à consulter un médecin afin de pouvoir bénéficier des aides du SSIAD. Cette section présente principalement le dispositif de l'APA en pratique. Des éléments concernant le SSIAD sont complétés à la fin de la section.

La demande de prestation

Dans le cas où la personne âgée est classée en GIR 1 à 4 (119), la demande pour obtenir l'APA s'effectue auprès du Conseil Général Territorial. Après réception du dossier de demande d'aide, un membre de l'équipe médico-sociale passe au domicile de la personne âgée pour évaluer le niveau de dépendance et préparer un plan d'aide en fonction du niveau de dépendance, des besoins et des souhaits du demandeur. Si la personne est classée en GIR 5 ou 6, elle peut, en fonction du niveau des ressources, s'orienter vers sa caisse retraite pour obtenir une *aide ménagère financée par les caisses de retraites* ou vers le Conseil Général pour l'*aide sociale aux personnes âgées* (120). Lors des premières démarches, une personne âgée dépendante ne sait pas quel organisme est habilité à la prendre en charge. Ainsi, elle peut s'adresser à l'un ou l'autre qui la réoriente vers l'interlocuteur approprié.

Le premier contact peut s'effectuer auprès du *service autonomie du territoire du Conseil Général* ou de sa caisse de retraite, mais également auprès d'une association prestataire d'aide à domicile (ADMR, AFAD, CCAS...) ou d'un *Centre Local d'Information et de Coordination* (CLIC), qui est un centre piloté au niveau départemental et dont l'objectif est l'accueil, le conseil et l'orientation des personnes âgées. Des acteurs de natures variées peuvent exercer le rôle de CLIC (mairie, hôpital, association...). Dans le territoire de la Matheysine en Isère, le rôle de CLIC est assuré par le service autonomie du Conseil Général territorial.

(119) Le GIR 1 correspond au niveau de perte d'autonomie le plus élevé et le GIR 6 au niveau autonome (voir section 2 du chapitre 2).
(120) Voir la section 2 du chapitre 2 pour plus de détails sur ces aides.

Procédure d'évaluation du niveau de dépendance

L'évaluation du niveau de dépendance s'effectue à l'aide de la grille AGGIR qui permet de classer le niveau de perte d'autonomie en six groupes différents (GIR 1 à GIR 6). Celle-ci détermine la perte d'autonomie de la personne âgée en repérant ce qu'elle fait et ce qu'elle ne fait pas seule. Elle s'appuie sur dix axes d'activités corporelles et mentales *discriminants* (121) : la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillage, l'alimentation, l'élimination, les transferts, les déplacements à l'intérieur, les déplacements à l'extérieur et la communication à distance. Chacun de ces axes est évalué sur une échelle de trois modalités (122) : A – lorsque *la personne fait seule, spontanément, et totalement et habituellement et correctement ;* B – lorsque *la personne fait seule non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement* (123) ; C – lorsque *la personne ne fait pas seule ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.* Un algorithme permet de calculer automatiquement le GIR en fonction des réponses apportées à ces dix axes (124). La grille comporte également sept variables illustratives qui ne rentrent pas dans le calcul du GIR mais apportent des informations supplémentaires utiles à l'élaboration du plan d'aide : gestion personnelle de son budget et de ses biens, cuisine, ménage, transport, achats, suivi du traitement, activités de temps libre.

Lorsque, pour un premier contact, la personne âgée s'adresse à une association, l'association effectue une évaluation de la situation et du niveau de dépendance. Si elle est classée en GIR 1 à 4, un dossier pour obtenir l'APA est constitué et envoyé au Conseil Général. Si elle est classée en GIR 5 ou 6, le dossier est acheminé vers les caisses de retraite. L'évaluation du niveau du GIR effectuée par une association n'est qu'indicative pour orienter le dossier. Lors de la mise en place de l'APA, l'équipe médico-sociale du Conseil Général réeffectue une évaluation. Certaines caisses de retraite acceptent l'évaluation de l'association ou du Conseil Général, mais d'autres peuvent également avoir leurs propres évaluateurs. Ainsi en fonction du niveau de dépendance et en fonction du premier interlocuteur, la personne âgée peut être amenée à effectuer plusieurs évaluations, menées par différentes personnes avec la même grille.

Évaluation du besoin

Si la grille AGGIR apporte des éléments importants dans l'évaluation des besoins des personnes, elle ne peut à elle seule permettre d'élaborer un plan d'aide pour lequel non seulement la capacité de la personne âgée mais aussi son environnement doivent être pris en compte.

L'équipe médico-sociale s'appuie sur le niveau de dépendance, les besoins et les souhaits de la personne âgée pour proposer un plan d'aide. Le montant du plan ne doit pas dépasser le maximum défini pour chaque niveau de dépendance. La personne dépendante peut opter pour un plan d'un montant inférieur à celui proposé par l'équipe médico-sociale, mais non à une aide supérieure même si le plan n'atteint pas le plafond légal.

Décision et suivi

La décision finale du plan d'aide revient à la personne âgée qui accepte ou non le plan proposé par le Conseil Général. Le plan d'aide n'attribue pas de prestataire de services spécifique : les bénéficiaires sont théoriquement tenus de chercher eux-mêmes les prestataires, mais en pratique, les personnes âgées dépendantes sont orientées vers les associations prestataires qui les aident à la mise en place du plan. Finalement le plan d'aide peut être révisé à la demande du bénéficiaire, mais il n'existe pas de révision systématique hormis une réévaluation du niveau de dépendance au moins tous les trois ans (125).

(121) Article R. 232-3 du Code de l'action sociale et des familles.
(122) Annexe au décret n° 2008-821 du 21 août 2008.
(123) Réponse non pour 1 à 3 des 4 adverbes.
(124) L'algorithme est disponible en annexe de l'article R. 232-3 du Code de l'action sociale et des familles.
(125) Selon les travaux de Martin, Le Bihan, Joël, Colombini, et al. (2002), les travailleurs sociaux effectuaient une à deux visites par an à la personne âgée dans le département d'Ille-et-Vilaine.

Le SSIAD

Lorsque l'état de la personne dépendante âgée de 60 ans et plus nécessite un regard médical, elle peut bénéficier d'un SSIAD. Mais contrairement à l'APA, il n'existe pas de dossier de demande ; l'évaluation du besoin est effectuée par le médecin traitant qui, si nécessaire, prescrit des aides du SSIAD. Les modalités de la prise en charge (le temps et la fréquence d'aide, l'emploi du temps) sont déterminées par l'infirmier coordinateur. Les coûts liés à la prise en charge sont couverts par la Sécurité Sociale et sont transparents pour l'usager. Mais la Caisse Maladie ne finance pas le SSIAD en fonction du coût réel de la prise en charge. Elle octroie une enveloppe budgétaire en fonction du nombre de places occupées. En d'autres termes, le budget est fixe quel que soit le niveau de dépendance, le besoin, la fréquence et la nature de la prise en charge. Or certaines pathologies peuvent nécessiter l'intervention d'infirmiers libéraux ou des interventions plus longues ou plus fréquentes d'aides-soignants, qui engendrent des coûts plus importants. La prise en charge d'un grand nombre de personnes ayant une dépendance lourde peut engendrer un déficit financier pour le service. Les infirmières coordinatrices d'un SSIAD d'Isère ont signalé qu'afin de maintenir l'équilibre du budget et de la charge de travail des aides soignantes, les SSIAD sont amenés à refuser des patients qui nécessitent des soins infirmiers trop importants. Ces propos sont confirmés par Chevreul, Bahrami, Lucier, et Lelouarne (2009) qui constatent que le mode de tarification unique peut conduire les SSIAD à refuser la prise en charge de patients lourds.

Lors des entretiens, le SSIAD du Valbonnais en Isère estimait le nombre de refus sur les dix derniers mois à une quinzaine de personnes (126). Toutefois, en cas de refus, le SSIAD est tenu de proposer une solution alternative. Les personnes âgées dépendantes peuvent être redirigées vers les aides à domicile. Les toilettes sont alors effectuées par des auxiliaires de vie des prestataires habilités à effectuer des soins de toilette simples. Les personnes qui auraient dû être prises en charge par le SSIAD reçoivent donc des aides d'autres prestataires pour ensuite revenir dès que possible vers le SSIAD.

1.2.2. Quelques précisions méthodologiques

Les plans d'aide français correspondant aux différents cas-type ont été constitués par l'équipe médico-sociale du Conseil Général Territorial de la Matheysine (Isère) sous la direction du chef de service. Le Conseil Général gère l'évaluation du niveau de dépendance et la constitution des plans d'aide d'APA.

Le plan d'aide standard

En France, le plan d'aide de l'APA est constitué par le Conseil Général territorial en fonction des besoins de la personne âgée dépendante dans la limite des plafonds. Le plan d'aide reste le même quel que soit le revenu, mais le reste à charge et par conséquent les frais pour l'usager sont progressifs. Contrairemant aux *Care-managers* japonais qui ont prévu plusieurs plans d'aide en fonction des revenus, l'équipe médico-sociale en France n'a constitué qu'un plan standard, avec en revanche, des tickets modérateurs différents pour chaque situation financière.

La nature de la prestation

Si l'usager n'a pas la possibilité d'établir lui-même son plan d'aide, il peut toutefois choisir la forme de l'aide : prestataire, emploi direct en passant par un mandataire ou de gré à gré. Cette dernière option permet de formaliser l'aide apportée par un aidant informel. Généralement les tarifs appliqués par les prestataires sont plus élevés que pour l'emploi direct, mais le service autonomie de la Matheysine ne préconise pas l'embauche d'aidants familiaux. Il cherche davantage à soulager la famille et alléger l'état de fatigue des aidants informels. Ces derniers s'épuisent souvent dans la prise en charge d'un proche dépendant et voient leur santé se détériorer. Par ailleurs, le travail réellement effectué est difficilement

(126) Les entretiens ont eu lieu en décembre 2011.

contrôlable par le Conseil Général. Dans le cas de ce projet, les plans d'aides ont été constitués uniquement avec l'utilisation de prestataires de services. Le Conseil Général définit un tarif de *référence,* mais les prestataires peuvent faire une demande afin de pouvoir appliquer un tarif plus élevé si celui-ci est justifié, notamment dans le cas où les frais de transport seraient importants. Le plafond des aides étant déterminé en fonction du prix (et non en unités de services), le volume d'aide maximal peut varier en fonction du prix appliqué par le prestataire (voir tableau 21). Pour cette étude nous avons retenu le tarif de référence (soit 18,18 euros par heure).

Tableau 21 : Référentiel du maximum des heures attribuables par l'APA selon le prestataire et le niveau de dépendance

	Département 18,18 €	ADPA 21,99 €	ADMR 19,73 €	CASSIOPEE 19,20 €	AAPPUI 20,73 €	DOMICILE ATTITUDE 19,85 €
GIR 4	29	24	27	28	26	27
GIR 3	44	36	41	42	39	40
GIR 2	59	49	54	56	52	54
GIR 1	69	57	63	65	60	63

Note : Exemple des tarifs pratiqués en Matheysine (2012). Le coût d'une intervention d'une heure d'aide à domicile est de 19,73 euros lorsqu'elle est apportée par l'ADMR (prestataire de services associatif). Une personne en GIR 3 peut bénéficier au maximum jusqu'à 41 heures d'aide à domicile si elle ne fait appel qu'aux prestations de l'ADMR.

Source : Service Autonomie Territoire de la Matheysine.

L'intervention du SSIAD

Lors de la définition des plans d'aide, le Service Autonomie a suggéré l'intervention du SSIAD pour plusieurs des cas. Les soins de toilettes apportés par le SSIAD représentent en général 30 à 45 minutes sans compter le temps de transport et peuvent être effectués une à deux fois par jour. Le SSIAD du Valbonnais qui couvre également le territoire de la Matheysine a été sollicité pour affiner l'étude et apporter des détails sur la prise en charge des quatre cas pour lesquels son intervention était préconisée (i.e. les cas 2, 4, 5 et 6). Le tarif forfaitaire du service de Valbonnais était de 32,77 euros par jour en 2012.

Différents scénarii

L'APA, le SSIAD mais également les mesures de réductions d'impôts sont étudiés dans ce projet (127).

Si l'APA est un dispositif accessible à tous sans conditions de ressources, la progressivité du ticket modérateur peut réduire l'intérêt du dispositif pour les personnes ayant de hauts revenus : une personne de GIR 3 ayant de hauts revenus peut bénéficier au maximum d'une aide de 81 euros (10 % du plafond fixé pour le GIR 3). L'aide apportée par ce dispositif aux personnes moins aisées est plus importante que celle apportée aux personnes aisées.

Le SSIAD est quant à lui un dispositif universel sans conditions de ressources et sans progressivité. Son objectif est d'apporter de l'aide aux personnes lourdement dépendantes quels que soient les revenus.

Finalement, la mesure de réduction d'impôts pour les dépenses engagées dans les services à la personne n'est pas spécifiquement destinée aux personnes âgées dépendantes mais apporte tout de même des possibilités d'aides pour certaines d'entre elles. Afin d'analyser l'impact potentiel de cette mesure, plusieurs scénarios ont été simulés sur les cas 1 et 2. La réduction d'impôts concerne 50 % des dépenses allant jusqu'à 13 500 euros par an pour une personne âgée de 65 ans et plus. Dès lors que le ticket modérateur de

(127) Voir la section 2.3 du chapitre 2 pour plus de détails sur les mesures fiscales.

l'APA dépasse 50 % il peut ainsi être plus avantageux de bénéficier simplement des exonérations d'impôts au lieu de faire appel à l'APA. Dans le premier scénario, le plan d'aide de l'APA est simplement remplacé par la mesure de réduction d'impôt pour les personnes dont le ticket modérateur est supérieur à 50 %. Dans ce cas, le plan d'aide reste le même que celui de l'APA. Dans le deuxième, au-delà d'un ticket modérateur de 50 %, les personnes concernées ne font pas appel à l'APA mais maximisent l'utilisation de la mesure d'exonération. Elles ne sont alors plus limitées par le montant d'aide défini par le Conseil Général, mais par le plafond de l'exonération fiscale, soit 1 125 euros par foyer avec une personne âgée de 65 ans et plus. Finalement le dernier scénario simule la situation où l'APA et la mesure fiscale sont combinées.

1.2.3. Les indicateurs

Les plans d'aide établis par les équipes médico-sociales indiquent le type de service, le volume d'aide par mois, le coût du service, le ticket modérateur et le reste à charge. Des commentaires précisent les aides supplémentaires dont le foyer pourrait bénéficier notamment les aides du SSIAD ou les aides des Caisses de Retraite. Les détails concernant les aides apportées par le SSIAD ont été complétés dans un second temps par l'infirmière coordinatrice du SSIAD. Les aides des Caisses de Retraite destinées aux aidants informels âgés qui ne bénéficiaient pas de l'APA n'ont en revanche pas été retenues dans le calcul des indicateurs. Les indicateurs sont les mêmes que pour le Japon : *le taux d'utilisation, le coût mensuel pour l'utilisateur, l'aide totale mensuelle et l'équivalent horaire des services fournis.*

Le taux d'utilisation : Les plans d'aide de l'APA sont constitués par l'équipe médico-sociale dans la limite du plafond. Le taux d'utilisation ne serait donc pas un choix de l'usager (même s'il lui est possible de réduire le plan) mais de l'équipe. Lors des entretiens il a été souligné qu'il était rare qu'un plan d'aide atteigne le plafond dès la première demande d'APA. Il existe une hétérogénéité de besoins pour un même niveau de GIR et une personne âgée dépendante peut voir sa situation s'aggraver sans pour autant que le niveau GIR augmente. Ainsi, le Conseil Général garde la possibilité d'augmenter l'aide au fur et à mesure que la situation s'aggrave. Le taux d'utilisation moyen en 2007 variait entre 65 % et 78 % selon le niveau GIR (Vasselle, 2008) (128). Le taux d'utilisation ici ne concerne que l'APA.

Le coût mensuel pour l'utilisateur : Le coût mensuel pour l'utilisateur comprend la participation aux dépenses liées aux prestations de l'APA, les dépenses d'hébergement et de repas en centre d'accueil de jours ou centre d'hébergement temporaire, et finalement les frais de prestations hors APA nets d'autres aides (réductions fiscales). La participation à l'APA dépend du ticket modérateur qui varie de 0 à 90 % selon les revenus.

Reste à charge réel = Ticket Modérateur
* APA + Repas + Hébergement + Prestations Hors APA – Aides supplémentaires

L'aide mensuelle totale : L'aide mensuelle totale comprend l'aide prise en charge dans le cadre de l'APA, les dépenses liées au SSIAD, les réductions fiscales et les aides supplémentaires (dans le cas où il y en aurait). L'aide apportée dans le cadre de l'APA dépend du ticket modérateur qui détermine la participation de l'utilisateur. Les dépenses prises en charge par l'APA correspondent à la différence entre les frais des prestataires et la participation de la personne âgée. Les dépenses du SSIAD sont intégralement prises en charge par la Sécurité Sociale et se rajoutent donc à l'aide mensuelle totale. Comme souligné précédemment, le budget octroyé au SSIAD est forfaitaire quel que soit le coût réel de la prise en charge. N'ayant pas d'information sur le coût réel, nous avons retenu le montant forfaitaire.

Aide Mensuelle Totale =
APA * (1 – Ticket Modérateur) + SSIAD + Réduction Fiscales + Autres Aides

Taux de reste à charge : Le taux de reste à charge correspond à la participation de la personne âgée dépendante par rapport au coût total de l'aide. Ce taux est différent du ticket modérateur qui, dans le cadre de cette étude, ne concerne que l'APA.

(128) Voir le tableau 12 au Chapitre 2.

2. RÉSULTATS

Cette section étudie comment une personne âgée dépendante est concrètement prise en charge au Japon et en France en fonction de différentes situations. L'analyse s'effectue à travers trois axes : l'*évaluation du niveau de dépendance ou du besoin, le panier de services et l'impact des revenus.*

2.1. L'évaluation du besoin

Quel que soit le système de prise en charge, l'aide (la quantité et/ou la nature de l'aide) est apportée en fonction d'un besoin évalué au préalable. La qualité de la prise en charge dépend par conséquent fortement de la qualité de l'évaluation. Cette section porte donc sur les particularités des procédures d'évaluation appliquées en France et au Japon. Après une description des mécanismes d'évaluation au Japon et en France, la deuxième partie de la section analyse les résultats obtenus dans le cadre des cas-types afin de souligner les implications des différents mécanismes sur le niveau d'évaluation des personnes âgées dépendantes.

2.1.1. De l'évaluation au plan d'aide

À travers les travaux de Martin, Le Bihan, Joël, Colombini, et al. (2002), il est possible de distinguer trois catégories de pays en fonction de l'évaluation du besoin (129). La première catégorie de pays, illustrée par l'exemple de l'Allemagne, s'appuie sur l'évaluation d'un niveau de besoin (ou de dépendance) qui est directement liée à une quantité d'aide. Il existe dans ce cas une très forte articulation entre le niveau de dépendance qui résulte d'une évaluation formalisée, et l'aide apportée. Le niveau de dépendance évalué reflète directement le besoin d'aide. Le dispositif d'évaluation de la Suède présente un cas opposé à l'Allemagne. Très peu formalisée, l'évaluation est effectuée par le *Care-manager* dans le cadre d'une discussion avec la personne âgée. S'il le juge utile, il peut utiliser des grilles d'évaluation ou faire appel à des professionnels du secteur sanitaire. Aucun niveau de dépendance n'est explicitement mentionné, et l'évaluateur identifie directement le plan d'aide nécessaire. Les pays de la troisième catégorie distinguent l'étape d'évaluation du niveau de dépendance de l'étape de la détermination du plan d'aide. 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. En France, l'étape d'évaluation du besoin 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 importante. En Espagne et en Italie, le système d'évaluation est complexe et varie selon les territoires. Par ailleurs, en raison d'une faible capacité d'offre, la relation entre niveau de dépendance et aide proposée reste faible.

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 constitution du plan intervient dans une seconde étape mais n'implique plus d'*évaluation* à proprement parler. Les *Care-managers* conseillent les bénéficiaires dans le choix des services et coordonnent les prestataires, mais la décision revient aux bénéficiaires. La procédure d'évaluation, selon la catégorisation précédente, se rapproche davantage du

(129) Cette catégorisation s'appuie sur une étude menée au début des années 2000. Il est donc possible que les méthodes d'évaluation aient évolué dans certains pays (exceptés la France et le Japon) cités dans l'étude. Toutefois, cette catégorisation permet d'identifier différentes manières d'appréhender l'évaluation.

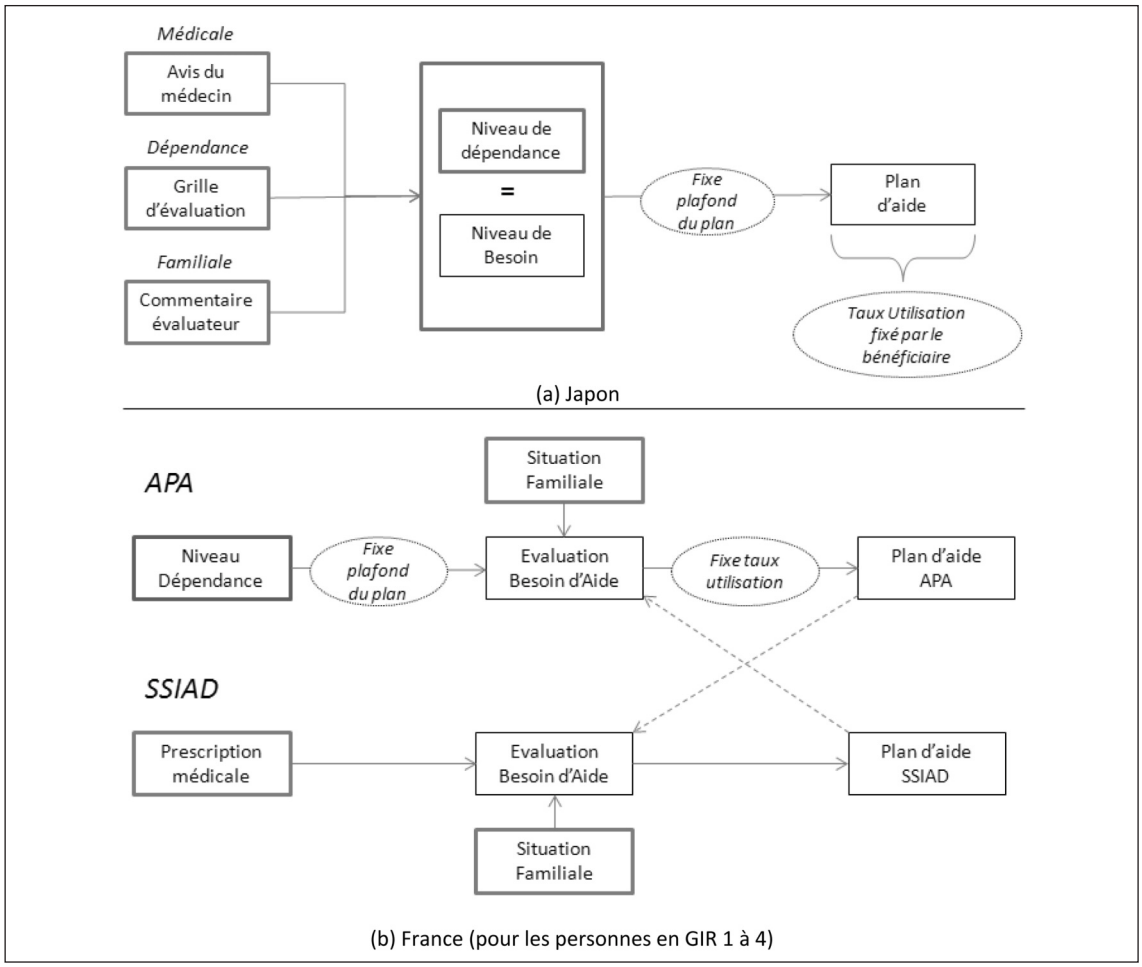
système allemand. L'évaluation en soi est toutefois plus complexe qu'en Allemagne qui ne fait intervenir qu'un médecin.

La France distingue deux circuits d'accès à la prise en charge : celui pour bénéficier de l'APA et le second pour le SSIAD.

L'évaluation du niveau de dépendance pour l'APA est formalisée mais relativement simple. 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 (130), l'équipe médico-sociale procède à l'évaluation des besoins, et constitue 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 constitue le plan d'aide dans la limite du plafond. En d'autres termes, le *Care-manager* au Japon constitue un plan d'aide en fonction du taux d'utilisation souhaité par la personne âgée dépendante alors qu'en France le taux d'utilisation est fixé par le Conseil Général. La personne âgée dépendante peut réduire le plan d'aide mais non l'augmenter sans l'accord de l'équipe.

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.

Figure 12 : Procédure d'évaluation au plan d'aide au Japon et en France



(130) Le GIR 1 correspond au niveau de perte d'autonomie le plus élevé et le GIR 6 au niveau autonome.

Ainsi que l'illustre la figure 12, 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 dépendance japonais prend en compte la dimension médicale, la dimension de la dépendance et familiale (même si la prise en compte de la dimension familiale 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.

Les évaluations du niveau de dépendance au Japon et en France se rejoignent ainsi sur l'utilisation d'une grille formelle et unique pour tout le pays. Toutefois, elles diffèrent sur l'organisation de l'évaluation et par conséquent sur la signification que revêt le niveau de dépendance (en tant qu'indicateur). Le niveau de dépendance de l'assurance japonaise est plus directement rattaché au plan d'aide accessible aux bénéficiaires. L'évaluation est complexe, faisant intervenir des personnes de diverses disciplines, et plus sophistiquée avec une grille d'analyse contenant bien plus d'éléments que la grille AGGIR.

2.1.2. Les résultats d'évaluation des cas-types

La complexité dans la procédure d'évaluation japonaise a engendré des difficultés à identifier le niveau de dépendance des cas-types étudiés. Malgré des descriptions relativement détaillées de la situation des personnes dans les cas-types, elles n'apportaient pas suffisamment d'informations pour utiliser la grille d'évaluation. Dans le cadre de ce projet, nous nous sommes appuyés sur l'expérience des *Care-managers* pour estimer le niveau de dépendance des différents cas. Or l'analyse d'un même cas (le cas 2) par deux *Care-managers* différents a fait ressortir des niveaux de dépendance estimés avec un écart de 2 niveaux. Dans un cas, le *Care-manager* hésitait entre un faible niveau de dépendance (niveau prévention 2) et un niveau de dépendance 1 (3 sur l'échelle de 7). Le deuxième *Care-manager* avait en revanche estimé à un niveau de dépendance de 2 voir 3 (4 ou 5 sur l'échelle de 7) (131).

Ces écarts s'expliquent d'une part par une différence d'interprétation. Les *Care-managers* ont dès le début du projet souligné que la description des cas-types n'apportait pas suffisamment d'informations pour avoir un jugement exact quant au niveau de dépendance. L'exemple a été illustré avec le cas de Madame B (cas 2) pour laquelle il est précisé qu'elle est déprimée et qu'elle ne fait plus sa toilette. Le *Care-manager* souhaitait savoir si Madame B ne faisait plus sa toilette parce qu'elle était déprimée ou si c'était au contraire sa perte d'autonomie qui avait causé la déprime. Le niveau de dépendance estimé serait plus élevé dans la seconde situation. L'évaluation consiste à identifier ce que la personne âgée *ne peut pas faire seule* mais non ce qu'elle *ne fait pas,* notamment par manque de volonté. D'autre part, plus le nombre de niveaux de dépendance est important, plus la marge d'erreur est structurellement importante.

Des divergences semblent également apparaître à moindre mesure avec des cas réels. Malgré l'utilisation d'une grille unique, la décision finale concernant le niveau de dépendance est prise par le comité d'évaluation. Le niveau de dépendance est régulièrement ajusté lors du comité, qui peut être plus ou moins strict en fonction des membres qui le constituent (132). En fonction du comité, une même personne peut être évaluée à un niveau de dépendance différent.

En France, les éléments de la grille AGGIR étant limités (10 éléments), les évaluateurs ont pu directement s'appuyer sur elle pour estimer le niveau GIR des différents cas. L'évaluation a été demandée auprès de deux Conseils Généraux (Conseil Général Territorial de la Matheysine en Isère et Conseil Général des Alpes-de-Haute-Provence (133)). Les deux évaluateurs ont abouti aux mêmes résultats, qui sont d'ailleurs cohérents avec ceux des travaux de Le Bihan et Martin (2006). Contrairement à l'évaluation au Japon, la grille

(131) Dans le cadre du projet nous avons maintenu la deuxième évaluation qui correspond à celle du *Care-manager* qui a également élaboré le plan d'aide.
(132) D'après M. Yamaguchi Tsukasa, membre du comité d'évaluation à Kobe, une présence plus importante de spécialistes du sociale aurait tendance à augmenter le niveau de dépendance alors qu'une présence plus importante de spécialistes médicaux aurait tendance au contraire à diminuer le niveau de dépendance.
(133) Évaluation complétée par la responsable du Service Autonomie pour l'Isère et par une infirmière évaluatrice d'une équipe médico-sociale pour les Alpes-de-Haute-Provence.

AGGIR semble laisser peu de place à l'interprétation et garantit une objectivité dans l'évaluation sur tout le territoire.

Tableau 22 : Niveau de dépendance des cas en France et au Japon

Cas	1 Monsieur A	2 Madame B	3 Madame D	4 Monsieur E
Situation familiale	Avec sa mère (83 ans)	Seule	Conjoint et mère (86 ans)	Conjointe (73 ans)
France	4	2	4	3
Japon	P 2	D 3	D 3	D 2

(a) cas sans dépendance psychique

Cas	5 Madame O	6 Monsieur T	7 Monsieur J
Situation familiale	Conjoint (75 ans)	Conjointe (76 ans)	Fille (60 ans) et gendre
France	1	2	2
Japon	D 4	D 4	D 5

(b) cas avec dépendance psychique

Le tableau 22 présente les résultats obtenus à l'aide des professionnels. Les résultats d'évaluation au Japon et en France sont cohérents entre eux. L'ordre des différents cas, lorsqu'ils sont rangés en fonction du niveau de dépendance estimé, est globalement le même dans les deux pays.

Les cas 5, 6 et 7 qui illustrent des situations avec dépendance psychique sont évalués comme des cas de dépendance lourde dans les deux pays. Les résultats divergent pour les cas 5 et 7. Alors que le niveau de dépendance le plus élevé au Japon concerne Monsieur J (cas 7) qui est physiquement valide mais souffre de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé, la grille AGGIR désigne Madame O (cas 5) comme étant la plus lourdement dépendante. Madame O (cas 5) et Monsieur J (cas 7) sont tous les deux atteints de la maladie d'Alzheimer à un stade avancé, mais Madame O est assise ou alitée 24 heures sur 24 alors que Monsieur J est parfaitement valide et déambule tout au long de la journée et fait régulièrement des fugues. Madame O aurait donc principalement besoin d'aide pour se nourrir, pour l'habillage et les soins d'hygiène alors que Monsieur J nécessiterait en plus un service de présence/surveillance. Les professionnels, aussi bien japonais que français, s'accordent sur le fait que la prise en charge devrait être plus importante pour Monsieur J. Seulement, Monsieur J peut *se déplacer à l'intérieur.* Cet axe est le seul élément qui distingue les deux cas dans l'évaluation de la grille AGGIR, mais Monsieur J se retrouve en GIR 2 alors que Madame O est en GIR 1 du fait qu'elle soit alitée.

Ces résultats confirment les propos recueillis auprès de plusieurs professionnels en France : il est fréquent que les personnes ayant un plus grand besoin d'aide se retrouve en GIR 2 ou 3 et non en GIR 1. La faible quantité d'éléments évalués empêche une estimation fine du niveau de perte d'autonomie. Le plafond d'aide étant déterminé par le GIR, ces cas de sous-estimation du niveau de dépendance par la grille AGGIR engendrent des contraintes lors de l'élaboration des plans d'aide. Au Japon, si les *Care-managers* affirment être parfois étonnés par certains résultats, ils ne signalent pas de problème spécifique d'évaluation lié à des pathologies spécifiques.

Au sein des cas sans dépendance psychique, le niveau élevé de dépendance du cas 3 par le *Care-manager* japonais est surprenant, non seulement au vu des besoins de Madame D mais également par rapport aux résultats obtenus en France et dans les autres pays dans les travaux de Le Bihan et Martin (2006). Il semblerait que le *Care-manager* ait surévalué le niveau de dépendance de ce cas.

Au final, la procédure d'évaluation au Japon apparaît comme étant plus formalisée mais également plus précise et sophistiquée que celle de la France. L'évaluation peut s'avérer longue et probablement éprouvante pour la personne âgée mais l'implication de plusieurs évaluateurs (assistant social, médecin traitant et comité d'évaluation) apporte la possibilité d'ajuster les résultats lorsque ces derniers ne semblent pas refléter correcte-

ment le besoin d'aide. En France, le niveau de dépendance est déterminé à travers un questionnaire plus simple, mais appréhende de manière moins fine certaines pathologies. En cas de surévaluation du niveau de dépendance, l'équipe médico-sociale a la possibilité d'ajuster le plan en fonction des besoins réels de la personne. En revanche en cas de sous-évaluation, elle est contrainte par le plafond fixé par le GIR.

2.2. Les paniers de services

Le niveau de dépendance de l'assurance japonaise et le GIR déterminent les plafonds des plans d'aide disponibles dans le cadre de l'assurance et de l'APA. Les bénéficiaires avec l'aide d'un *Care-manager* au Japon, et le Conseil Général en France, établissent alors un plan d'aide dans la limite de ces plafonds qui sont respectivement fixés en unités de services et en montant en euros. Le SSIAD constitue le plan en fonction d'une part des besoins du patients mais également en fonction de ses ressources (humaines et financières). Les plans d'aide sont élaborés à travers la combinaison de plusieurs catégories de services. *A priori,* la nature des services proposés semble identique : des aides ménagères, des aides à la personne, des services de soins infirmiers, des aides techniques pour le maintien à domicile (exemple l'installation de barres de soutien), des séjours en centre d'accueil de jour et en établissement d'hébergement provisoire (134). Mais à quel point ces services sont-ils similaires ? La constitution des plans d'aides suit-elle la même logique au Japon et en France ?

Afin de répondre à ces interrogations, cette section s'intéresse dans un premier temps aux services qui s'offrent aux *Care-managers*, à l'équipe médico-sociale et à l'infirmier coordinateur lorsqu'ils préparent un plan d'aide. En d'autres termes, elle étudie les services au sein desquels les composants du plan d'aide sont sélectionnés. Dans un second temps, elle analyse les raisons qui les motivent à choisir tel ou tel service.

2.2.1. Les composants du panier de services

Afin d'identifier les services disponibles aux professionnels qui élaborent les plans d'aide, nous nous sommes appuyés sur les entretiens menés auprès d'experts ainsi que sur des documents publics locaux et nationaux. Les informations concernant le Japon proviennent de brochures destinées aux utilisateurs et publiées par la municipalité de Kobe ainsi que de documents du Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires Sociales (Health and Welfare Statistics Association, 2010/2011). En France, les Règlements Départementaux d'Aide Sociale précisent les éléments qui concernent l'APA et les autres aides dispensées par le Conseil Général (135). Finalement le détail des soins apportés par le SSIAD est issu des travaux de Bertrand et Falinower (2011).

Le tableau 23 résume les services couverts par chaque dispositif.

Au Japon, toutes les catégories de services (services médicaux, aide à domicile, accueil provisoire et autres aides) sont prises en charge dans un cadre unique. Chaque municipalité peut également proposer des services complémentaires (notamment le portage de repas pour la ville de Kobe), mais ces aides restent très marginales à côté des services couverts par l'assurance dépendance. En France, l'aide est principalement apportée dans deux cadres différents, celui de la Sécurité Sociale (SSIAD) et celui de l'APA. L'APA à domicile est destinée à couvrir tout ou partie des dépenses figurant au plan d'aide établi par l'équipe médico-sociale. Ces plans peuvent contenir des aides de toutes natures dès lors qu'elles sont jugées adaptées à la situation de la personne aidée. Les textes de loi n'établissent pas de liste détaillée d'aides concernées par ce dispositif. Les Conseils Généraux distinguent toutefois les aides à domicile qui peuvent être apportées par un prestataire ou un salarié directement embauché des autres services. Le SSIAD dispense, quant à lui, des soins d'hygiène générale apportés par des aides-soignants, des soins

(134) L'objet de l'étude étant la prise en charge à domicile, ou plus exactement pour les personnes habitant à domicile, les prestations destinées aux personnes en établissement (n'habitant plus à domicile) ont été exclues de l'étude.
(135) Nous avons principalement étudié les règlements de l'Isère (38) et des Alpes-de-Haute-Provence (04). Concernant l'APA, le règlement de l'Isère renvoie directement à la loi 2201-647 du 20 juillet 2001, celui des Alpes-de-Haute-Provence résume les services disponibles. Le tableau **???** utilise la liste présentée dans ce dernier Règlement.

infirmiers et d'autres services auxiliaires médicaux. Si le rôle d'un aide-soignant est clairement défini, celui de l'aide à domicile prévu dans le cadre de l'APA est très large. Ainsi, les soins d'hygiène générale peuvent être apportés aussi bien dans le cadre de l'APA que dans celui du SSIAD. Finalement, des aides supplémentaires (aide ménagère et aide aux repas) peuvent également être prises en charge par le Conseil Général (en dehors du cadre de l'APA).

Tableau 23 : Les composants du panier de services

		Services médicaux	Aide à domicile	Accueil provisoire	Autres aides
France	APA		– Aide à domicile	– Accueil de jour – Hébergement temporaire	– Téléassistance – Dépenses de transport – Portage de repas – Aides techniques – Adaptation logement
	SSIAD	– Soins infirmiers – Auxiliaires médicaux	– Soins d'hygiène		
	Conseil Général		– Aide ménagère		– Aide aux repas
Japon	Assurance Dépendance	– Soins infirmiers – Visite du médecin – Visite du dentaire – Auxiliaires médicaux	– Aide ménagère – Aide corporelle – Bain transportable – Rééducation – Care manager	– Accueil de jour – Accueil jour rééducation – Accueil jour démence – Centre multifonctionnel – Hébergement temporaire – Hébergement rééducation – Hébergement démence	– Location de matériel – Achat de matériel – Adaptation logement
Municipalité					– Portage de repas

Source : Health and Welfare Statistics Association (2010/2011) (Assurance dépendance), Bertrand et Falinower (2011) (SSIAD), Kergueris (2010) (APA) et le Règlement Départemental d'Aide Sociale de l'Isère.

Note : Les services spécifiques aux municipalités (dans ce cas Kobe) ont été rajoutés en fonction des réponses apportées par les *Care-managers* de Kobe. Il se peut que les services apportés par les municipalités ne soient pas exhaustifs.

Globalement, les services proposés semblent de nature similaire dans les deux pays, mais les services pris en charge dans le cadre de l'assurance dépendance sont plus spécifiques, distinguant diverses catégories d'aide à domicile, de centre d'accueil et d'hébergement. L'assurance dépendance japonaise identifie et réglemente les services au niveau national et catégorise les services en fonction des personnes ciblées (en fonction du niveau de dépendance en prévention ou en dépendance ; avec ou sans dépendance psychique), de la nature des services, du lieu d'intervention et de l'intervenant. Chaque catégorie de services fait référence à un contenu et un mode de tarification spécifique. Le coût de l'aide corporelle à domicile est plus élevé que l'aide ménagère ; les tarifs de ces deux aides sont fixés en fonction du temps d'intervention alors que celui du service de rééducation est déterminé par intervention (sans préciser le temps d'intervention). Par ailleurs, la définition claire du rôle de chacun des services réglemente leur utilisation. Il est par exemple précisé que l'aide ménagère ne peut être employée pour le déplacement des meubles, le jardinage ou la balade d'animaux domestiques qui ne sont pas considérés comme des activités indispensables à la vie quotidienne.

Les aides prises en charge par l'APA sont au contraire regroupées sous des termes génériques qui permettent d'englober une variété importante de services. Il n'existe pas de règle spécifique au niveau national quant à l'utilisation de l'aide à domicile. Elle peut ainsi couvrir tout type d'aide à la personne à l'exception d'actes de soins relevant d'actes médicaux. Les Conseils Généraux peuvent néanmoins définir des règles spécifiques à leur département, de manière explicite en définissant une liste claire, ou de manière implicite à travers le choix des services au moment de constituer le plan d'aide. Le Conseil Général de l'Isère n'établit pas de liste, mais de fait refuse le financement de certains services (par exemple des frais de coiffure à domicile). Au regard des plans d'aide constitués pour les projets des cas-types, l'aide à domicile apportée dans le cadre de l'APA reste restreinte à

une gamme de services classiques : aide ménagère, soins d'hygiène, habillage, aide pour le repas, présence. Les SSIAD ont vocation à dispenser des soins infirmiers, des soins d'hygiène générale ou des soins relevant d'autres services auxiliaires médicaux, mais 91 % des interventions sont effectuées par des aides-soignants et sont donc de nature non-médicalisée (Bertrand et Falinower, 2011).

Avec des règles d'utilisation moins strictes, les services pouvant être proposés dans les plans d'aides d'APA semblent ainsi plus variés mais également moins spécifiques que ceux prévus par l'assurance dépendance japonaise. Ces derniers sont strictement cadrés et si l'offre dans sa globalité peut être moins variée qu'en France, elle contient un nombre plus important de services spécifiquement destinés à la perte d'autonomie.

2.2.2. Le choix des services

L'analyse des plans d'aide proposés au différents cas-types permet de mettre en évidence les différentes manières de combiner les services au Japon et en France. Les différents plans d'aide sont résumés sous forme de tableaux qui présentent les principaux indicateurs (voir les tableaux 27 et 28 en annexe).

Plans d'aide de l'assurance dépendance au Japon : Les plans d'aide préparés par les *Care-managers* japonais montrent une utilisation relativement limitée de l'aide ménagère. Elle ne concerne que deux cas, celui de Madame B (22 heures par mois) qui vit seule, et dans une moindre mesure celui de Madame D (4 heures par mois). Madame D vit avec son conjoint, mais celui-ci semble avoir des difficultés à assurer le ménage. L'aide ménagère est donc avant tout inclue dans les plans d'aide 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 (telle que l'aide à la toilette ou l'habillage) et l'accueil de jour qui propose aussi bien des aides corporelles que des exercices physiques. Les plans d'aide s'organisent régulièrement autour d'une 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. Hormis le cas de Monsieur T (cas 6) pour lequel la conjointe est réticente à accepter l'aide extérieure, tous les plans contiennent au moins un service en dehors du domicile. Finalement, pour les cas de Monsieur A (cas 1) qui a récemment été amputé de la jambe et de Monsieur E (cas 4) qui souffre d'hémiplégie et d'aphasie, des services de rééducation ont été prévus. Ils peuvent être apportés à domicile ou en centre de rééducation. Les centres de ré-éducation (Day Care) et les centres d'accueil de jour (Day Service) offrent des services similaires, mais le premier est davantage axé sur la rééducation.

Plans d'aide de l'APA en France : L'aide ménagère et l'aide corporelle constituent les principaux éléments des plans d'aide de l'APA. Dans certains cas, les conjoints ou parents cohabitants bénéficient également d'aides ménagères à travers d'autres dispositifs destinés aux personnes âgées en GIR 5 ou 6 (136). Dans ces cas, le plan d'APA de la personne dépendante se concentre sur les aides corporelles et la présence (pour les cas d'Alzheimer). Aucune prestation de rééducation à domicile ou en centre spécialisé n'a été prévue. Finalement les centres d'accueil de jour et d'hébergement temporaire sont peu sollicités. Ces services n'ont été suggérés que dans les cas de dépendance psychique.

Plans d'aide du SSIAD en France : L'intervention du SSIAD a été suggérée pour quatre cas (cas 2, 4, 5 et 6). Lorsqu'ils sont prescrits, les soins du SSIAD sont dispensés généralement de manière quotidienne : ils peuvent être apportés une à deux fois par jour, tous les matins ou uniquement les matins de la semaine. La fréquence d'aide est plus importante pour les personnes habitant seules (cas 2) et les cas de dépendance psychique. Ici l'intervention d'un infirmier n'a pas été spécifiée dans les plans. Si cela ne traduit pas nécessairement une absence d'intervention, il semblerait néanmoins qu'elle ne représente qu'une part relativement faible des aides apportées par le SSIAD. Le budget du SSIAD étant attribué en fonction du nombre de places et non en fonction du niveau de dépendance ou du coût de la prise en charge, le SSIAD peut, afin de maintenir l'équilibre financier, être amené à refuser les personnes nécessitant des soins infirmiers trop importants. On constate un écart de prise en charge important entre les personnes bénéficiant des soins du SSIAD ou non, malgré un niveau GIR équivalent.

(136) Notamment les aides sociales aux personnes âgées ou les aides de la Caisse de retraite. Voir chapitre 2 pour plus de détails.

Les plans d'aide élaborés pour les sept cas-types par des *Care-managers* de Kobe et des professionnels d'Isère divergent non seulement sur le niveau de *spécialisation* des services, mais également sur la manière de les combiner. Les plans d'aide de Kobe sont marqués par l'emploi fréquent de la prise en charge mixte alors qu'elle est très peu mise en œuvre en Isère. *A contrario,* l'Isère prévoit systématiquement de l'aide ménagère alors qu'elle n'est inclue que dans très peu de cas à Kobe.

La prise en charge mixte

La faible utilisation des services d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ne semble pas être une spécificité de l'Isère. Le nombre de places en accueil de jour pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus en Isère est légèrement inférieur à la moyenne en France (selon la DREES, 1,6 places pour l'Isère et 1,9 places en France en 2012). Mais la différence entre le Japon et la France est particulièrement importante. En 2009, il y avait au Japon environ 39 places en accueil de jour pour 1 000 personnes âgées contre 1,2 en France.

Tableau 24 : Nombre de places et de lits en accueil de jour et hébergement de courte durée

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hébergement temporaire									
	Japon	6,3	6,1	6,3	6,8	7,2	7,4	7,7	7,1
	France	2,0	2,0	1,8	1,8	1,6	1,6	1,5	1,5
Accueil de jour									
	Japon	28,4	31,9	35,0	39,3	39,3	39,9	41,5	39,4
	France	0,1	0,1	0,2	0,3	0,5	0,7	1,0	1,2

Note de lecture : pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus.
Source : MHLW ; DREES (Statistiques Indicateurs Santé Sociale).

La possibilité de mettre en œuvre une prise en charge mixte dépend d'une part de la capacité d'offre et d'autre part du coût à la charge de l'usager. D'après l'étude de Le Bihan et Martin (2006), la combinaison de services d'aide à domicile et d'accueil de jour ou temporaire avait également été proposée dans les plans du Royaume-Uni, de Barcelone et de Rome. Mais en réalité, la capacité d'offre étant limitée, la mise en place d'une prise en charge mixte était difficile. En Ille-et-Vilaine, site où l'étude avait été menée par Le Bihan et Martin (2006), l'emploi d'accueil de jour ou temporaire était rare en raison du coût du centre de jour à la charge de l'usager.

Les coûts des accueils de jours sont, dans les deux pays, composés de deux tarifs : celui de la *dépendance* couvert en partie par l'assurance dépendance japonaise et l'APA, et un tarif supplémentaire totalement à la charge du bénéficiaire. Au Japon, ce dernier concerne uniquement le repas, alors qu'en France il est désigné comme un tarif d'*hébergement*. Au Japon, le tarif dépendance varie en fonction de la zone géographique mais non en fonction du prestataire. Les prestataires ont la possibilité de fixer le coût qu'ils souhaitent pour le repas, mais le Ministère suggère un tarif de référence d'environ 5 euros. En France, le tarif dépendance varie non seulement en fonction du département mais également en fonction du prestataire. Celui de l'*hébergement* est librement défini par le prestataire.

Le tableau 25 présente les tarifs d'une journée en accueil de jour à Kobe et en Isère, et le reste à charge pour le cas de Madame B (Cas 2). Pour l'Isère, trois tarifications sont étudiées : les deux premiers sont les tarifs appliqués dans le territoire de la Matheysine, où le projet a été mené ; le troisième est un exemple de tarif appliqué dans la ville de Grenoble (137). Le reste à charge net s'élève au Japon à environ 13 euros par jour. En France il peut varier de 13 à 77 euros en fonction du tarif de l'hébergement et du ticket modérateur. La principale différence entre le Japon et la France réside sur la part que représente le tarif dépendance dans le coût total, et qui définit la part prise en charge par le dispositif. Au Japon 15 % des coûts restent à la charge du bénéficiaire contre 45 à 97 % en France (138).

(137) Tarif pratiqué par l'établissement *Mapad Narvik Grenoble.* Les valeurs proviennent du site EHPAD Hospi Conseil. Les tarifs journaliers des accueils de jour présentés sur ce site variaient de 56,46 à 100 €.
(138) Les personnes âgées ayant des ressources inférieures ou égales au minimum vieillesse peuvent bénéficier d'une aide sociale. Dans ce cas, le montant à sa charge sera de 5 €. Au Japon, ceux bénéficiant du *Seikatsu Hogo* (aide sociale japonaise) ne prendraient en charge qu'environ 7 € par jour (voir le tableau de résultat 26).

Tableau 25 : Montant de reste à charge pour les services en accueil de jour (le cas de Madame O)

Site	Kobe	Isère					
	Tarif unique	Tarif 1		Tarif 2		Tarif 3	
Tarif Dépendance	79,6	17,8		27,0		23,1	
Hébergement/Repas	5,1	11,3		17,1		56,5	
Total	84,8	29,1		44,1		79,6	
Ticket modérateur (%)	10	11,1	90	11,1	90	11,1	90
Reste à charge	**13,1**	**13,3**	**27,3**	**20,1**	**41,4**	**59,0**	**77,3**
part du total (%)	*15,5*	*45,6*	*93,9*	*45,6*	*93,9*	*74,2*	*97,1*
Dépendance	*8,0*	*2,0*	*16,0*	*3,0*	*24,3*	*2,6*	*20,8*
Hébergement/Repas	*5,1*	*11,3*	*11,3*	*17,1*	*17,1*	*56,5*	*56,5*
Montant de l'aide	**71,7**	**15,8**	**1,8**	**24,0**	**2,7**	**20,6**	**2,3**

Unités : en euros et en %.

Note : Madame O est dépendante au niveau *Dépendance* 3 selon l'évaluation de l'assurance dépendance japonaise, et en GIR 2 selon la grille AGGIR. À Kobe, 79 € sont considérés comme des frais de dépendance dont 90 % sont pris en charge par l'assurance. Les frais d'hébergement et repas s'élèvent à 5 €. Au total 13 € sont à la charge de Madame O et 72 € sont financés par l'assurance. En France les tarifs de dépendance et d'hébergement et repas varient selon les prestataires. L'APA finance de 2 à 21 € les frais liés à l'uilisation de service d'accueil de jour.

La prise en charge des dépenses de services en accueil de jour par l'assurance dépendance est, hormis pour le cas des personnes démunies, bien plus élevée que par l'APA. Une plus grande 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 également traduire une volonté politique marquée du Japon de développer et inciter ce mode de prise en charge.

L'aide ménagère

La fréquente utilisation de l'aide ménagère dans les plans d'aide d'Isère par rapport à ceux de Kobe ne traduit pas un usage particulièrement important de cette forme d'aide en Isère, mais au contraire un emploi limité au Japon où le Ministère restreint son utilisation à des situations spécifiques. Si les prestations prévues dans le cadre de l'assurance dépendance ont également l'objectif de soulager les aidants informels, elles ne doivent pas être employées pour les remplacer dans les tâches quotidiennes qui ne sont pas en lien avec la perte d'autonomie. Par exemple, l'aide ménagère ne peut servir à nettoyer les pièces communes d'un logement si la personne âgée dépendante habite avec une personne autonome.

Les contraintes liées à l'utilisation de l'aide ménagère au Japon sont l'objet de critiques régulières (139). Les *Care-managers* avaient tous des exemples de situations qu'ils considéraient *aberrantes*. Si en pratique un aidant prévoit un plat pour la personne âgée dépendante et son conjoint, en théorie il ne devrait être destiné qu'à la personne dépendante. Ainsi, l'utilisation de l'aide ménagère étant fortement réglementée dès lors que la personne âgée dépendante est en cohabitation avec une personne autonome, les *Care-managers* orientent le plan d'aide vers d'autres services.

2.2.3. Paniers de services : conclusion

Nous retrouvons ici les propriétés identifiées dans le chapitre 2, à savoir un système de prise en charge rigide pour le Japon et souple pour la France. Les personnes âgées dépendantes au Japon ont accès à un panier de services prédéterminés et n'ont pas la

(139) Propos unanimement partagés par les *Care-managers* interrogés.

possibilité de bénéficier d'autres services. Ce système peut être critiqué d'un manque de souplesse notamment pour la prise en charge de cas particuliers qui nécessitent des aides non prévues dans le cadre de l'assurance. Les contraintes liées à l'utilisation de l'aide ménagère sont régulièrement critiquées. Néanmoins une variété plus importante de services spécialisés s'offre aux personnes âgées qui peuvent par ailleurs aisément bénéficier d'une prise en charge mixte combinant l'aide à domicile et l'aide en centre d'accueil. En France, l'APA laisse une grande souplesse aux Conseils Généraux dans la manière de constituer les plans d'aide afin de l'adapter au mieux aux besoins de l'aidé. Toutefois, le manque d'orientation claire de la politique d'offre en France conduit à des services globalement plus variés mais pas spécifiquement destinés aux personnes âgées. Les services d'aide à domicile (non médicalisés) prévus dans les plans se limitent à quelques aides relativement génériques et ne semblent pas offrir autant de choix de services spécifiques qu'au Japon.

2.3. L'impact des revenus

Une logique de co-paiement 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. Au Japon, le ticket modérateur est constant à 10 % alors qu'en France il varie en fonction des revenus de 0 à 90 %. Le système de prise en charge japonais est *a priori* un système sans mécanisme de progressivité contrairement à l'APA qui est très progressif. 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. L'objectif de cette section est d'élargir l'analyse et de s'intéresser non pas uniquement au ticket modérateur mais à l'aide perçue par le bénéficiaire et au coût réellement laissé à sa charge en fonction de sa situation financière et des différents aides accessibles.

Dans le cadre de l'analyse de l'assurance dépendance japonaise, l'intérêt sera porté sur l'impact de la prime d'assurance et des aides supplémentaires. Si le reste à charge est fixe, la prime d'assurance varie en fonction des revenus. La sous-section 2.3.1 étudie le poids de cette prime par rapport à un plan d'aide. Deuxièmement, le ticket modérateur peut constituer une contrainte pour les personnes ayant de faibles revenus et venir réduire le taux d'utilisation de ces derniers, mais par ailleurs, les personnes démunies peuvent potentiellement bénéficier d'aides supplémentaires. Ces deux mécanismes feront l'objet de l'analyse de la sous-section suivante.

L'APA est apportée de manière progressive mais la prise en charge des personnes âgées dépendantes en France s'appuie également sur le SSIAD dont les coûts sont intégralement couverts pas la Sécurité Sociale. Or lorsqu'ils sont dispensés, les soins effectués par le SSIAD peuvent représenter une part importante de l'aide totale. La section 2.3.3 étudie quel est réellement le niveau de progressivité lorsque l'intervention du SSIAD est prise en compte. Finalement, des mesures d'exonérations fiscales, si elles ne sont pas spécifiquement destinées aux personnes âgées dépendantes, permettent de faciliter l'accès aux aides des personnes ayant de hauts revenus. La dernière sous-section analyse comment la combinaison de la mesure de réduction d'impôts impacte le montant d'aide et le taux de reste à charge.

2.3.1. La prime d'assurance au Japon

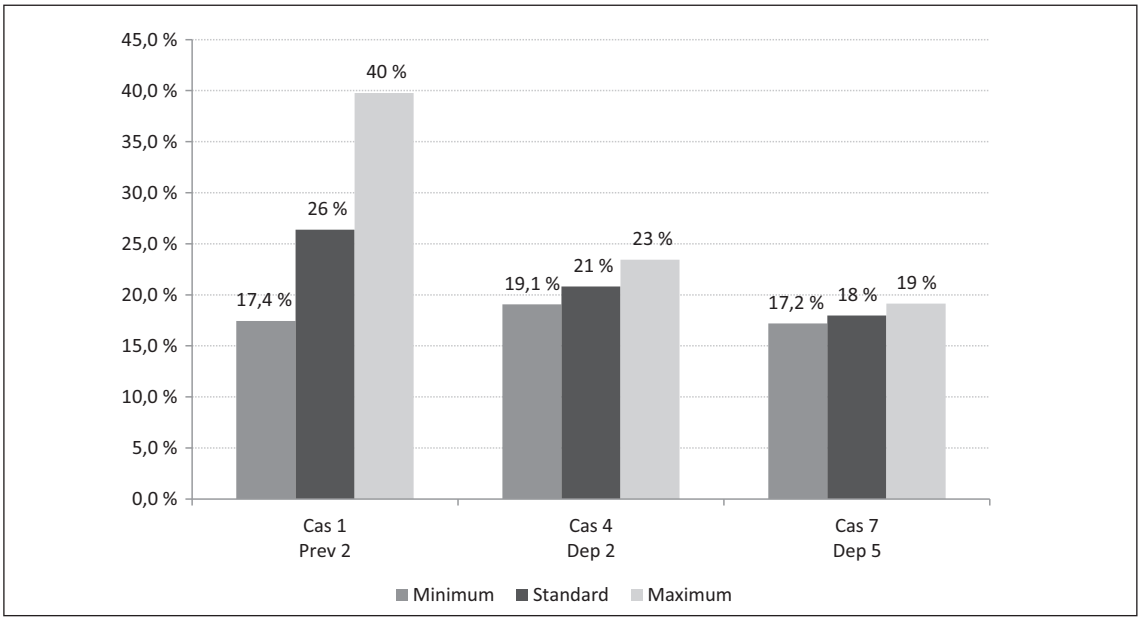
L'assurance dépendance japonaise ne prévoit pas de progressivité dans le ticket modérateur. En revanche, le montant de la prime d'assurance varie en fonction des revenus et intègre indirectement de la progressivité dans le montant de la prise en charge. Kobe prévoit neuf niveaux (tranches) différents de prime pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Elle varie de 19 à 74 euros par mois en fonction de revenus. La prime de la sixième tranche a été employée dans l'étude des cas standard. Dans cette section, les différentes possibilités des primes d'assurance sont appliquées aux plans d'aide standard afin d'étudier le poids de cette progressivité au sein du coût total.

L'intérêt se porte non pas sur le ticket modérateur qui reste fixe, mais sur le reste à charge net qui prend en compte toutes les autres charges, notamment les primes d'assurance. Lorsque les différentes primes d'assurance sont appliquées, les restes à charges nets calculés sur les plans d'aide des sept cas-types varient de 17,4 % à 40 % selon les plans

d'aide et les revenus. Pour un même plan d'aide, l'écart du taux de reste à charge net entre les personnes versant la prime maximale et celles versant la prime minimale peut atteindre jusqu'à 22 points. La prime d'assurance est déterminée selon les revenus et ne dépend ni de l'utilisation des services, ni du niveau de dépendance. Son impact (ou le poids que représente la prime d'assurance par rapport au coût total de la prise en charge) diminue donc à mesure que l'utilisation des prestations augmente. À un niveau de dépendance constant, plus le taux d'utilisation est important, moins l'impact de la prime d'assurance est important. Il en est de même lorsque le niveau de dépendance augmente à taux d'utilisation constant.

On observe une progressivité relativement importante de la part du coût mensuel pour l'utilisateur sur le coût total de la prise en charge (140) pour le cas 1 et le cas 6. Le premier illustre le cas d'un faible niveau de dépendance (en prévention 2) avec un taux d'utilisation relativement élevé (70 %), le second celui d'un niveau de dépendance élevé (dépendance 4) avec un faible taux d'utilisation (11 %). Dans ces deux cas, le coût de la prestation reste limité (200 et 250 euros) et le poids de la prime augmente. Pour un même panier de service, le taux de reste à charge net passe d'environ 17 % pour les moins aisés à 37 ou 40 % pour les plus aisés.

Figure 13 : Impact de la prime d'assurance sur la progressivité du reste à charge



Note : *reste à charge* désigne la part des coûts à la charge de l'utilisateur (dépenses d'hébergement et de repas inclus).

Mais l'ampleur de la progressivité diminue dès lors que le niveau de dépendance et le niveau d'utilisation augmente. Dans les cas 4 et 7, exemples de personnes ayant un fort niveau de dépendance (dépendance 2 et dépendance 5) et un taux d'utilisation élevé (82 % et 90 %), l'écart du taux de reste à charge net entre les plus aisés et les plus démunis n'est plus que de 2 à 4 points (voir figure 13).

La progressivité du niveau de reste à charge net diminue avec un niveau important d'utilisation de prestations. Elle augmente en revanche lorsque le niveau d'utilisation de prestations est faible. Notons que les personnes autonomes ou les personnes dépendantes qui n'utilisent aucune prestation (quelle que soit la raison) cotisent également à l'assurance dépendance. Dans ce cas, le terme *reste à charge* n'est plus adapté, ce sont des financements sans contrepartie pour le système d'assurance. Le degré de progressivité est maximal pour les personnes ne bénéficiant d'aucune prestation dont les contributions sont totalement employées à financer le système d'assurance dépendance.

(140) *Taux de reste à charge net.*

2.3.2. Contrainte budgétaire et aides supplémentaires au Japon

Le niveau des revenus peut également constituer une contrainte lors de la constitution du *Care-plan* ou au contraire ouvrir des droits pour des aides supplémentaires. L'analyse de la prise en charge par type de budget (cas 2, 3 et 4 (141)) illustre leurs mécanismes. Pour chaque cas, trois à cinq situations différentes sont étudiées : *standard, faible sans aide, faible avec aide* et *important*. Le cas standard désigne le plan d'aide type que le *Care-manager* aurait préparé pour une personne n'ayant pas nécessairement de grandes contraintes budgétaires.

Faible sans aide désigne les plans d'aide constitués pour le cas d'une personne ayant un faible niveau de revenus et ne bénéficiant d'aucune aide supplémentaire. Plusieurs raisons sont envisageables pour expliquer l'absence d'aides supplémentaires : malgré un faible niveau des revenus, ils restent trop élevés pour pouvoir bénéficier d'aides supplémentaires ; les revenus sont potentiellement suffisamment faibles mais le statut de leurs prestataires ne le leur permet pas (142) ; les revenus sont suffisamment faibles mais les usagers n'effectuent pas les démarches (manque d'information, coût de la démarche, crainte de la stigmatisation...). Ces cas sont désignés sous le terme de *faible sans aide.* Le *Care-plan* est réduit au strict minimum afin de maintenir un faible niveau de reste à charge. L'ajustement s'effectue donc au niveau du taux d'utilisation des services.

Les cas *faibles avec aide* représentent les situations des personnes ayant de faibles revenus et bénéficiant d'aides supplémentaires. Deux formes d'aides sont étudiées ici : les réductions liées aux *Shakai Fukushi Hôjin* et le *Seikatsu Hogo.*

Réduction des frais de prestations fournies par des Shakai Fukushi Hôjin : Cette aide permet aux personnes démunies de bénéficier d'une réduction sur les services apportés par des prestataires dont le statut correspond à celui de *Shakai Fukushi Hôjin* (143). L'accès à ces réductions est donc conditionnel aux ressources et au statut du prestataire qui fournit les services. Les critères de ressources portent sur les ressources annuelles de tous les membres du ménage, l'épargne et l'absence d'aide de la famille. Ces aides sont étudiées pour le cas 2 (scénario *faible avec aide 1*) et le cas 3 (scénarii *faible avec aide 1* et *faible avec aide 2*). Dans le cas 3, les situations *faible avec aide 1* et *faible avec aide 2* illustrent toutes les deux des exemples où l'usager bénéficie de cette aide. Seulement dans la première, il ne peut en bénéficier qu'en partie en raison du statut des prestataires. Dans la deuxième, nous supposons en revanche que le statut des prestataires permet à la personne âgée de bénéficier au maximum de cette aide. Quelle que soit l'ampleur de l'aide apportée par ce dispositif, les plans d'aide préparés par les *Care-managers* étaient les mêmes que pour le cas *faible sans aide,* c'est-à-dire avec un taux d'utilisation plus faible que les cas *standard*. La différence entre les cas *faibles sans aide* n'apparaît donc qu'au niveau des restes à charge.

Seikatsu Hogo : Destiné aux personnes dont les revenus n'atteignent pas un seuil minimum (144), le *Seikatsu Hogo* est une aide sociale prévue en dehors du cadre de l'assurance dépendance mais qui permet aux personnes bénéficiaires d'accéder aux prestations dispensées par l'assurance sans verser de reste à charge. Elles sont exonérées de reste à charge pour les services compris dans l'assurance dépendance mais également pour les frais d'hébergement. Ainsi, il ne reste que le financement des repas à leurs charges. Dans ces cas, l'aide publique est maximale. Les cas 2 (scénario *faible avec aide 2*) et 4 (scénario *faible avec aide*) illustrent des plans préparés pour des situations où les difficultés financières sont telles que Madame B et Monsieur E ont accès à ce dispositif. Dans ce contexte, malgré un faible revenu, les personnes âgées dépendantes peuvent bénéficier d'un plan d'aide équivalent au cas standard mais pour un niveau de reste à charge particulièrement faible (comparé aux autres situations).

Le cas de Madame B (cas 2) présente la plus grande diversité de situations. D'après le tableau 26, le plan d'aide (volume d'aide en terme de temps d'aide) augmente avec les revenus. Les plans d'aide sont les moins importants pour les cas *faibles sans aide* et *faible avec aide 1* où Madame B a été contrainte de réduire le taux d'utilisation en raison

(141) Les tableaux récapitulatifs par cas et par budget sont présentés dans le tableau 26 en Annexe.
(142) Certaines aides sont conditionnelles au statut du prestataire. Ces aides sont présentées dans le paragraphe suivant.
(143) Statut concernant les entreprises privées à but non lucratif.
(144) Voir la Section 1 du Chapitre 2 pour plus d'informations sur le *Seikatsu Hogo.*

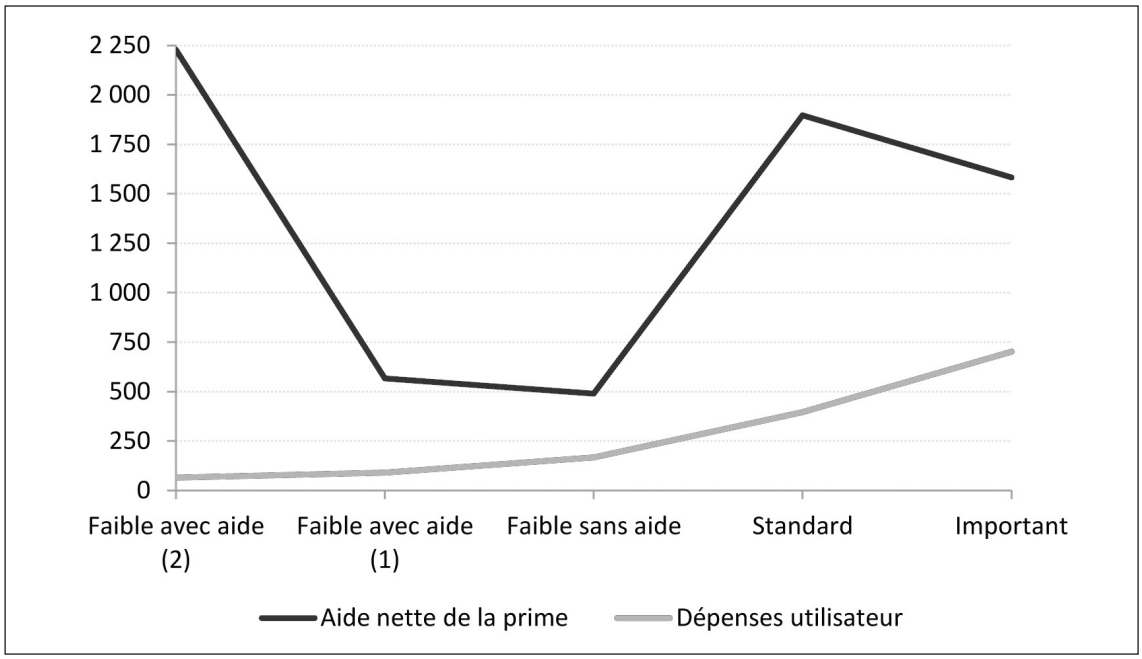
des contraintes budgétaires. Le plan d'aide atteint le plafond pour les situations *standard* et *faible avec aide 2*. Les plans de ces deux cas sont identiques. La différence réside dans la répartition des charges entre finances publiques et finances privées. Les personnes bénéficiant du *Seikatsu Hogo* reçoivent le même plan d'aide que les personnes en *Standard* mais pour un reste à charge moindre. Les personnes ayant des revenus faibles mais ne pouvant bénéficier du *Seikatsu Hogo* sont contraintes d'ajuster le plan d'aide.

Tableau 26 : Cas type 2 en fonction de différents budgets

Cas		**2**									
Personne dépendante		Madame B									
Pathologie		Fracture du col ; luxation de la prothèse ; plaie de la face dorsale du gros orteil ; dépressive									
Habite		Seule									
Niveau dépendance		Dépendance 3									
Situation Financière		**Faible sans aide**		**Faible avec aide (1)**		**Faible avec aide (2)**		**Standard**		**Important**	
Panier de services		**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**
– Aide corporelle	H/mois	4,5	257	4,5	257	11	471	11	471		
– Aide ménagère	H/mois	4,5		4,5		22	426	22	426		
– Soins infirmier	H/mois					2	144	2	144		
– Centre d'accueil de jour	J/mois	4	319	4	319	5	398	5	398		
– Centre de séjour court	J/mois					8	719	8	719		
– Établissement multifonctionnel	mois									1	1 842
Prestation Assurance Dépendance			***575***		***575***		***2 159***		***2 159***		***1 842***
– Portage de repas	unité/mois	17	60	17	60						
– Hébergement	J/mois					8	20	8	20	8	158
– Repas (Séjour)	J/mois					8	87	8	87	8	76
– Repas (Accueil de jour)	J/mois	4	21	4	21	5	26	5	26	22	209
Frais repas et hébergement			***81***		***81***		***133***		***133***		***443***
Taux de reste à charge standard		10 %		10 %		10 %		10 %		10 %	
Prise en charge assurance standard		518		518		1 943		1 943		1 657	
Prise en charge complémentaires		0		67		303		0		0	
Reste à charge assurance		58		6		0		216		184	
Reste à charge repas & hébergement		81		66		46		133		443	
Prime d'assurance		37		28		19		46		74	
Dépenses pour la personne (mensuel)		176		100		65		396		701	
Aide nette de la prime (mensuel)		**481**		**557**		**2 227**		**1 896**		**1 583**	
Part des dépenses pour la personne		**26,8 %**		**15,2 %**		**2,8 %**		**17,3 %**		**30,7 %**	
Plafond d'unités		26 750									
Unités utilisées		6 885		6 885		25 259		25 259		23 286	
Taux d'utilisation		**25,7 %**		**25,7 %**		**94,4 %**		**94,4 %**		**87,1 %**	
Heures à domicile		9		9		35		35		0	
Jours en accueil journalier		4		4		13		13		0	
Jours en séjour court		0		0		8		8		0	
Forfait mensuel		0		0		0		0		1	

La figure 14 montre l'évolution de l'effort public (aide nette de la prime) en fonction des différentes situations financières de l'usager pour le cas 2. L'aide est particulièrement importante pour les personnes démunies pouvant bénéficier d'un maximum d'aide. Elle est au plus faible pour les personnes qui réduisent la consommation et ne peuvent bénéficier d'aides supplémentaires. Elle est finalement de nouveau importante pour les personnes ayant de faibles contraintes budgétaires.

Figure 14 : Évolution de l'effort public en fonction des différentes situations (cas 2)



Lecture : *faible avec aide (2)* désigne le cas d'une personne bénéficiant du *Seikatsu Hogo ; faible avec aide (1)* désigne le cas d'une personne ayant des contraintes budgétaires mais bénéficiant d'exonérations pour les services apportés par les *Shakai Fukushi Hôjin ; faible sans aide* désigne le cas d'une personne ayant des contraintes budgétaires sans aide ; *standard* représente le plan standard établi pour le cas d'une personne n'ayant pas de contrainte stricte ; finalement le cas *important* représente le plan d'aide proposé pour une personne aisée.

En absence d'aide supplémentaire ou lorsque l'aide supplémentaire reste limitée, les personnes ayant de faibles revenus peuvent être amenées à réduire le taux d'utilisation. Le ticket modérateur étant le même quel que soit le niveau des revenus, réduire la consommation de services revient également à réduire les dépenses prises en charge par le dispositif. L'aide apportée par le dispositif peut par conséquent être plus importante pour les personnes n'ayant pas ou peu de contraintes budgétaires (145). En revanche, le taux d'utilisation des personnes pouvant bénéficier du *Seikatsu Hogo* est aussi important que celui des personnes n'ayant aucune contrainte, mais pour un reste à charge plus faible : la part prise en charge par les dispositifs est particulièrement importante.

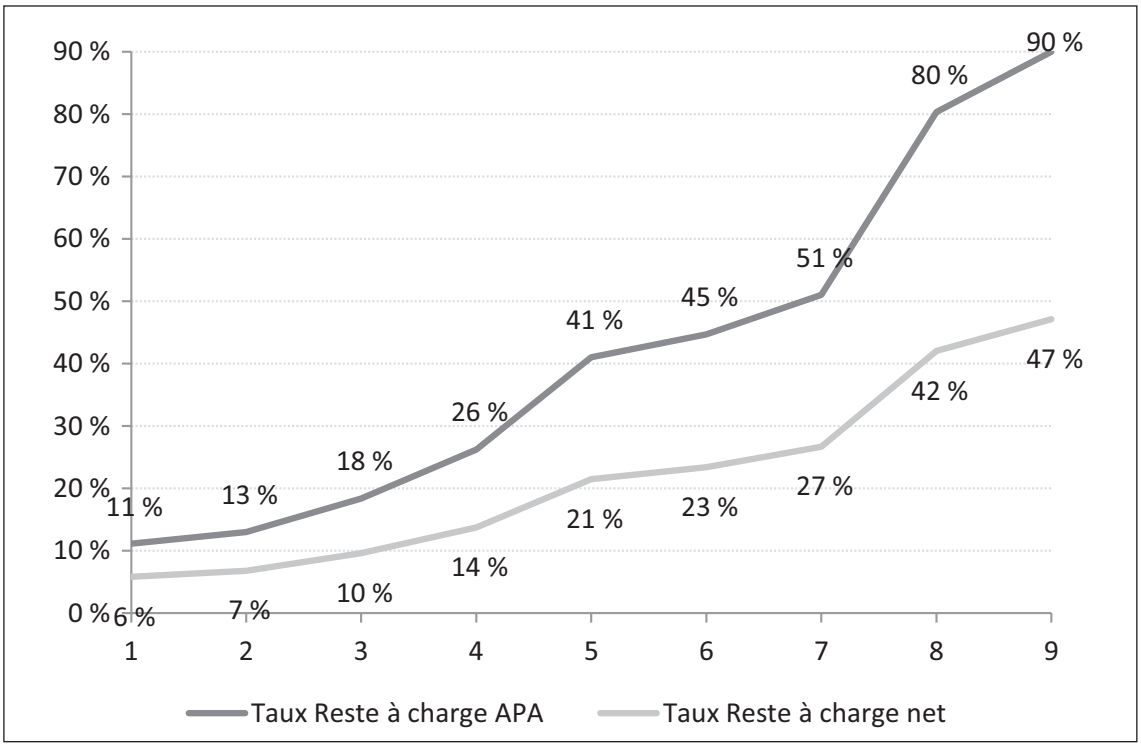
2.3.3. La prise en compte des soins du SSIAD dans le taux de reste à charge

Contrairement à l'assurance dépendance qui ne prévoit aucune progressivité du ticket modérateur, celui de l'APA varie en fonction des revenus, de 0 à 90 %. En 2007, il était en moyenne de 21 à 24 % selon le niveau de dépendance (voir section 2). Dans le cadre de ce projet, il est compris entre 11 à 90 %. En revanche, les dépenses liées au SSIAD sont intégralement prises en charge par la Sécurité Sociale, par conséquent la prise en compte de son intervention vient modifier le taux de reste à charge de l'usager par rapport au coût total (146) : dès qu'il y a intervention du SSIAD, le taux de reste à charge diminue aussi bien pour les personnes ayant de hauts revenus que les personnes ayant de faibles revenus mais soumises à un ticket modérateur non nul.

La figure 15 illustre les taux de reste à charge net correspondants à différents niveaux de ticket modérateur pour le cas 2.

(145) Dès lors que la consommation est suffisamment importante pour rentabiliser la prime d'assurance.
(146) Le coût perçu au niveau de la Sécurité Sociale est forfaitaire. Ainsi, ce ne sont pas les coûts réels engendrés au niveau du SSIAD mais le coût forfaitaire qui est pris en compte dans ce projet.

Figure 15 : Comparaison du reste à charge de l'APA et du reste à charge net (cas 2)



Lecture : Dans le cadre du plan d'aide proposé pour le cas 2, le reste à charge net des personnes dont le ticket modérateur de l'APA est fixé à 41 % est en réalité de 21 %.

Lorsque le ticket modérateur de l'APA varie entre 11 et 90 %, le taux de reste à charge net qui prend en compte également les dépenses du SSIAD varie de 6 à 47 %. En d'autres termes, l'ampleur de la progressivité est amoindrie lorsque le plan d'aide comprend des prestations du SSIAD.

2.3.4. Les exonérations d'impôts en France

En parallèle de l'APA et des SSIAD, des mesures d'exonérations fiscales peuvent également impacter la prise en charge des personnes âgées dépendantes : 50 % des sommes versées pour des services à la personne peuvent être déduites de l'impôt sur les revenus dans la limite de 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 de 65 ans et plus, la limite s'élève à 7 500 euros par an. Les foyers peuvent ainsi bénéficier de 50 % de réduction d'impôts sur des prestations s'élevant jusqu'à 1 125 euros ou 1 250 euros par mois. Du point de vue de l'utilisateur, cette exonération d'impôts est équivalent à une aide apportée par l'État à l'utilisateur avec un ticket modérateur de 50 %. Les individus dont le reste à charge de l'APA est supérieur à 50 % peuvent alors être incités à bénéficier des systèmes d'exonération sans faire appel à l'APA.

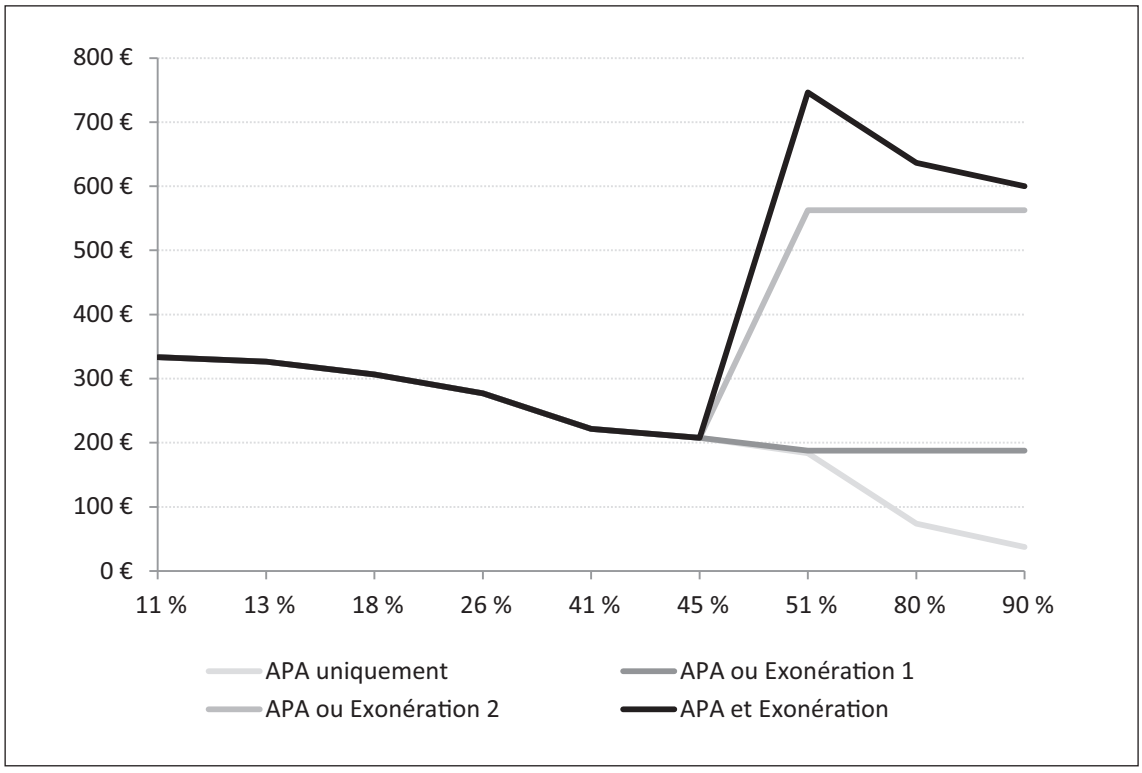
Le système d'exonération d'impôts présente plusieurs avantages pour celui qui peut en bénéficier. Premièrement, le taux d'exonération est le même quel que soit le niveau des revenus, ainsi dès lors que le ticket modérateur atteint un niveau supérieur à 50 % dans le cadre de l'APA, l'utilisateur gagne à privilégier la mesure de réduction d'impôt à l'APA (les services fournis par l'APA ne sont pas concernés par cette exonération). Deuxièmement, le plafond des montants de l'exonération ne dépend pas du niveau de dépendance. Le système d'exonération d'impôt peut ainsi permettre de réduire le ticket modérateur lorsque celui-ci est trop élevé (supérieur à 50 %) ou de bénéficier d'un plafond d'aide plus élevé que celui prévu par l'APA.

L'usager qui peut bénéficier de cette mesure (147), a la possibilité de combiner les aides spécifiquement destinées aux personnes âgées dépendantes (APA et SSIAD) et les

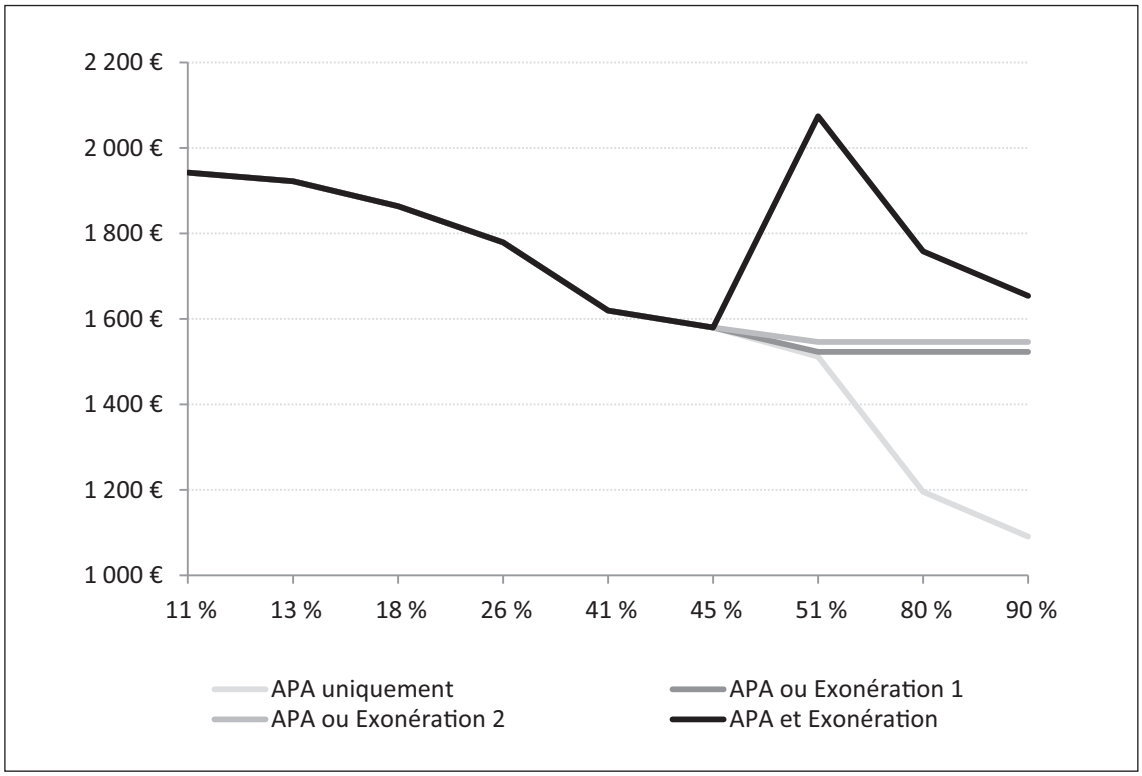
(147) Personne ayant la capacité d'une part d'avancer les dépenses et ayant des revenus suffisamment importants pour verser des impôts et par conséquent de bénéficier des réductions.

mesures de réduction d'impôts. Les figures 16 illustrent quatre situations pour les cas 1 et 2 qui représentent respectivement un cas de faible dépendance et un de forte dépendance. Quelle que soit la situation, les personnes bénéficiant à l'origine de l'intervention du SSIAD continuent à recevoir ces aides. Les différents scénarios varient sur l'utilisation de l'APA et de la mesure de réduction des impôts des personnes dont le ticket modérateur de l'APA est supérieur à 50 % (de part leurs revenus). Dans le premier, elles bénéficient du plan d'aide *classique* pris en charge par l'APA *(APA uniquement).* Dans le deuxième, elles maintiennent le même plan d'aide sans toutefois faire appel à l'APA et privilégient les réductions d'impôts *(APA ou Exonération 1).* Dans la troisième configuration, elles constituent un plan d'aide en-dehors du cadre de l'APA afin de maximiser les réductions d'impôts *(APA ou Exonération 2).* Finalement dans le dernier cas, elles combinent les deux : l'APA et les mesures de réductions d'impôts. En plus du plan d'aide proposé par l'APA, les personnes âgées dépendantes font appel à des aides supplémentaires dont 50 % des dépenses sont déduits des impôts *(APA et Exonération).*

Figure 16 : Évolution de l'effort public en fonction des niveaux de revenus



(a) Cas 1



(b) Cas 2

Dans les figures 16 le niveau de revenus est représenté par le ticket modérateur (148). Lorsque la personne âgée dépendante s'appuie uniquement sur l'APA, l'effort public est le plus important pour les personnes ayant de faibles revenus et diminue progressivement au fur et à mesure que les revenus augmentent. Cependant, dès lors qu'elle privilégie les mesures de réductions d'impôts ou combine l'APA avec les réductions d'impôts, l'effort public n'est jamais inférieur à 50 % du montant des prestations couvert par l'APA. Ainsi, les personnes ayant des revenus suffisamment élevés pour bénéficier des mesures de réductions d'impôts ont techniquement la possibilité de réduire leur participation au plan d'aide.

Par ailleurs, le plafond fixé pour les réductions d'impôts (1 125 euros mensuel pour un foyer avec une personne âgée de 65 ans et plus) est supérieur au plafond des aides de l'APA pour le GIR 2. Quel que soit le niveau GIR, les personnes qui recourent aux réductions d'impôts peuvent bénéficier d'aides supérieures à celles apportées par l'APA aux personnes en GIR 2. L'écart entre l'aide proposée dans le cadre de l'APA et le montant de la réduction d'impôt est d'autant plus important que le niveau GIR est faible : l'écart entre APA ou *Exonération 1* et APA ou *Exonération 2* est plus important pour le cas 1 que pour le cas 2.

Finalement, la mesure de réduction ne s'appliquant que sur les dépenses réellement supportées par le contribuable, les prestations perçues dans le cadre de l'APA ne sont pas concernées par cette mesure. Il est toutefois possible de bénéficier de l'APA et en parallèle de faire appel à des services supplémentaires. Lorsque les deux sont combinés, l'effort public destiné aux personnes aisées peut être plus important que celui destiné aux personnes moins aisées.

Notons que cette section ne montre en aucun cas que les aides publiques françaises actuelles apportées aux personnes aisées sont plus importantes que celles apportées aux autres. Il faudrait pour cela s'appuyer sur des données nationales et effectuer une étude plus fine. Elle illustre en revanche un mécanisme qui peut amener, à l'échelle individuelle, à des situations où l'aide peut effectivement être plus importante pour les personnes aisées.

(148) Nous avons repris ici les différents niveaux de ticket modérateur qui ont été appliqués dans le cadre du projet des cas-types c'est-à-dire de 11 % à 90 %.

2.3.5. L'impact des revenus : conclusion

La superposition des dispositifs conduit à une courbe en U aussi bien au Japon qu'en France : l'aide publique est la plus faible pour les niveaux de revenus intermédiaires.

Au Japon, les primes d'assurance croissent avec les revenus. Toutes les personnes âgées de 65 ans et plus participent donc au financement de l'assurance et cette participation est d'autant plus importante que les revenus sont élevés. Mais dès lors qu'elles bénéficient d'une prestation supérieure à un certain seuil (149), elles perçoivent des aides. Au-delà du seuil, à plan d'aide équivalent, la valeur de l'aide nette apportée aux usagers diminue avec les revenus. En revanche, si l'hypothèse que le taux d'utilisation à niveau de dépendance équivalent est plus important pour les personnes ayant des revenus élevés est vérifiée, l'aide publique peut rapidement devenir plus importante pour les personnes aisées. Avec les aides supplémentaires spécifiquement destinées aux personnes démunies, le système d'aide au Japon est particulièrement généreux avec les personnes bénéficiant du *Seikatsu Hogo* puis privilégie en second lieu les usagers avec un taux d'utilisation important.

En France, le volume d'aide défini par le Conseil Général ne dépend pas du niveau des revenus alors que le ticket modérateur est progressif. Mécaniquement l'effort public est plus important pour les personnes ayant de faibles revenus. L'effort destiné aux personnes aisées peut-être extrêmement faible dans le cadre de l'APA. Mais la prise en compte de l'intervention du SSIAD diminue cette tendance. Par ailleurs, les personnes ayant de hauts revenus ont également la possibilité de bénéficier de mesures fiscales qui leur permettent de percevoir des services à la personne en partie financés par les efforts publics. Malgré un système qui semble privilégier les personnes ayant de faibles revenus, le système français apparaît alors comme un système où l'aide est particulièrement importante pour les personnes démunies mais également pour les personnes aisées.

Au final, le mécanisme de progressivité reste plus marqué en France où le taux de participation des personnes aisées reste en général élevé. Dans le cadre du projet des cas-types, l'écart du taux de reste à charge entre les faibles revenus et les revenus élevés variait de 26 à 47 points pour la France et de 2 à 23 points pour le Japon.

CONCLUSION

Ce chapitre compare la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes au Japon et en France en se plaçant du point de vue de l'usager. L'analyse par les cas-type a permis de mettre en évidence certaines différences qui n'apparaissent pas nécessairement à travers une étude au niveau institutionnel. L'analyse a été menée à travers trois axes : l'*évaluation du niveau de la dépendance, le panier de services et l'impact des revenus.*

La procédure d'*évaluation du niveau de dépendance* s'effectue à l'aide d'une grille formelle unique pour chacun des deux pays, mais la signification que revêt le niveau de dépendance diffère. Plus complexe mais également plus sophistiquée, l'évaluation au Japon prend en compte plus d'éléments qu'en France. Le niveau de dépendance au Japon définit directement le plan d'aide accessible, alors que l'évaluation du niveau GIR en France ne constitue qu'une étape de l'évaluation. Finalement, s'appuyant sur un questionnaire particulièrement simple et ne prévoyant aucun mécanisme d'ajustement, l'évaluation mise en œuvre en France semble appréhender certains cas de pathologies de manière moins fine.

Le *panier de services* a fait l'objet de deux analyses : l'étude de la nature des services disponibles et celle de la logique qui sous-tend le choix des services dans la construction des plans spécifiques d'aide. Au Japon, l'offre et l'utilisation des services sont fortement réglementées au niveau national : les services couverts par l'assurance dépendance, principalement des services dédiés aux questions de la dépendance, sont spécifiquement identifiés ; une réglementation stricte limite l'utilisation de certains services à des situa-

(149) *Seuil = Prime/0,9.*

tions précises. En France, une plus grande souplesse est laissée aux Conseils Généraux sur le choix des services et la manière de constituer les plans d'aide. Une plus grande diversité de services s'offre ainsi pour la constitution des plans d'aide. Néanmoins, l'offre de services spécialisés dans la dépendance des personnes âgées semble moins importante qu'au Japon.

L'analyse du processus d'évaluation du niveau de la dépendance et du panier de services fait ainsi apparaître un système de prise en charge japonais particulièrement formalisé et sophistiqué. Le suivi des personnes âgées dépendantes de l'évaluation jusqu'à la prise en charge s'effectue selon des règles clairement définies et plus détaillées qu'en France. À travers les différentes tarifications et une réglementation stricte de l'utilisation des services, le ministère de la santé, du travail et des affaires sociales oriente la définition de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. La formalisation du système semble faciliter l'orientation et le suivi de l'offre. Elle présente en revanche des contraintes liées à la rigidité du système.

En France, les différentes politiques publiques ne semblent pas avoir été organisées autour d'une orientation aussi claire de ce que doit être la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des services à développer. Contrairement au Japon qui a mis en place un système de suivi des prestataires pour chaque catégorie de services couverts par l'assurance dépendance, il n'existe en France pas de données propres aux services destinées aux personnes âgées (Loones et Aldeghi, 2010), ni de données systématiques sur les services dispensés aux personnes bénéficiant de l'APA. Il est par conséquent difficile d'avoir une visibilité claire sur l'évolution de ces services. Mais les résultats obtenus par le projet des cas-types semblent confirmer une faible présence de services spécifiquement destinés aux questions de la dépendance.

Finalement, l'analyse de l'*impact des revenus* sur la constitution des plans d'aide montre une plus grande générosité de la politique française en faveur des personnes ayant de faibles revenus. À travers des mécanismes différents, l'aide au Japon et en France peut être particulièrement importante pour les personnes démunies et les personnes ayant de hauts revenus. Mais la prise en compte des revenus diffère pour les personnes ayant des revenus intermédiaires. Avec un taux de copaiement qui ne varie pas quel que soit le niveau des revenus, les personnes âgées dépendantes au Japon ayant de faibles revenus sans pour autant pouvoir bénéficier des aides sociales peuvent être contraintes de réduire le plan d'aide. L'effort public augmente par conséquent avec le niveau de revenus. En France, la progressivité du ticket modérateur oriente au contraire l'effort public davantage vers les personnes ayant de faibles revenus.

Confrontée à un niveau de vieillissement de la population plus avancé, la question de la dépendance au Japon est un problème plus prégnant qu'en France. Un effort particulièrement important a été déployé depuis la fin des années 90 pour développer un système cohérent de prise en charge de la dépendance laissant les questions d'inégalités sur un second plan. En France, malgré la mise en place de nouveaux dispositifs sur les vingt dernières années, la dépendance ne semble pas constituer une priorité d'un même niveau.

3. ANNEXE

3.1. Les tableaux de résultats

Tableau 27 : Plans d'aide des cas-types au Japon

Cas		1		2		3		4		5		6		7
Personne dépendante		Monsieur A		Madame B		Madame D		Monsieur E		Madame O		Monsieur T		Monsieur J
Pathologie		Insuffisance Cardiaque ; Jambe amputée		Fracture du col ; luxation de la prothèse ; plaie de la face dorsale du gros orteil ; dépressive		Alcoolique ; insuffisance hépatique avec une cirrhose ; fracture du col du fémur ; dépressive		Accident cardio-vasculaire cérébral ischémique ; hémiplégie droite et aphasie ; dépression		Alzheimer		Dégénérences Neurologique		Alzheimer Avancé
Habite		Avec sa mère (83 ans)		Seule		Conjoint et mère (86 ans)		Conjointe (73 ans)		Conjoint (75 ans)		Conjointe (76 ans)		Fille (60 ans) et gendre
Niveau 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	H/mois	8	209 €	11	471 €	2	142 €			10	472 €				
– Aide ménagère	H/mois			22	426 €	4									
– Rééducation à domicile	H/mois							2,5	642 €						
– Soins infirmier	H/mois			2	144 €	2	144 €					4	277 €		
– Centre d'accueil de jour	J/mois			5	398 €	8	637 €								
– Centre d'accueil rééducation	J/mois	4	41 €							21	1 866 €				
– Centre d'accueil démence	J/mois													20	2 026 €
– Centre de séjour court	J/mois			8	719 €	8	719 €	8	524 €					8	651 €
– Location de matériel	Unité	1				1	40 €								
Prestation Assurance Dépendance			249 €		2 159 €		1 681 €		1 166 €		2 338 €		277 €		2 677 €
– Hébergement	J/mois			8	20 €	8	20 €	8	20 €					8	20 €
– Repas (Séjour)	J/mois			8	87 €	8	87 €	8	87 €					8	87 €
– Repas (Accueil de jour)	J/mois			5	26 €	8	41 €	0		21	108 €			20	103 €
Frais repas et hébergement			0 €		133 €		149 €		108 €		108 €		0 €		210 €
Taux de reste à charge standard		10 %		10 %		10 %		10 %		10 %		10 %		10 %	
Prise en charge assurance standard		225 €		1 943 €		1 513 €		1 049 €		2 104 €		249 €		2 409 €	
Prise en charge complémentaires		0 €		0 €		0 €		0 €		0 €		0 €		0 €	
Reste à charge assurance		25 €		216 €		168 €		117 €		234 €		28 €		268 €	
Reste à charge repas & hébergement		0 €		133 €		149 €		108 €		108 €		0 €		210 €	
Prime d'assurance		41 €		41 €		41 €		41 €		41 €		41 €		41 €	
Dépenses pour la personne (mensuel)		66 €		390 €		358 €		265 €		383 €		69 €		519 €	
Aide nette de la prime (mensuel)		184 €		1 902 €		1 472 €		1 009 €		2 063 €		208 €		2 368 €	
Taux de reste à charge total		26,4 %		17,0 %		19,5 %		20,8 %		15,6 %		24,7 %		18,0 %	
Heures à domicile		8		35		8		2,5		10		4		0	
Jours en accueil journalier		4		5		8		0		21		0		20	
Jours en séjour court		0		8		8		8		0		0		8	
Équivalent heures/mois		40		203		200		130,5		178		4		288	

Tableau 28 : Plans d'aide des cas-types en France

Cas	1	2	3	4	5	6	7
Personne dépendante	Monsieur A	Madame B	Madame D	Monsieur E	Madame O	Monsieur T	Monsieur J
Pathologie	Insuffisance Cardiaque ; jambe amputée	Fracture du col ; luxation de la prothèse ; plaie de la face dorsale du gros orteil ; dépressive	Alcoolique; insuffisance hépatique avec une cirrhose ; fracture du col du fémur ; dépressive	Accident cardio-vasculaire cérébral ischémique ; hémiplégie droite et aphasie ; dépression	Alzheimer	Dégénérences Neurologique	Alzheimer Avancé
Habite	**Avec sa mère (83 ans)**	**Seule**	**conjoint et mère (86 ans)**	**conjointe (73 ans)**	**Conjoint (75 ans)**	**Conjointe (76 ans)**	**Fille (60 ans) et gendre**
Niveau 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 (infirmier ou d'aide-soignant)	heures/mois		0 €	**20,0**	983 €		0 €	**22,5**	737 €	**45,0**	1 475 €	**45,0**	1 475 €		0 €
Sécurité Sociale mensuel (total)			**0 €**		**983 €**		**0 €**		**737 €**		**1 475 €**		**1 475 €**		**0 €**
– Centre d'accueil journalier	Jours/mois		0 €		0 €		0 €		0 €		0 €	9	253 €	9	253 €
– Aide corporelle (douche, habillage)	heures/mois	15	273 €		0 €	15	273 €		0 €		0 €		0 €	15	273 €
– Aide ménagère	heures/mois	4	73 €	3	55 €	3	55 €	8	145 €	8	145 €	12	218 €	12	218 €
– Présence et aide au repas	heures/mois		0 €	45	818 €		0 €	12	218 €	15	273 €	24	436 €	10	182 €
– Télé-alarme	contrat mensuel	1	30 €		0 €		0 €	1	30 €		0 €		0 €		0 €
– Portage de repas	unités/mensuel		0 €	30	69 €		0 €		0 €		0 €		0 €		0 €
– Frais liés à la personne (hygiène)	coût/mensuel		0 €	1	137 €		0 €			1	122 €	1	22 €		
APA mensuel (total)			**375 €**		**1 079 €**		**327 €**		**394 €**		**540 €**		**929 €**		**926 €**
– Hébergement	J/mois											9	253 €	9	253 €
Frais repas et hébergement			**0 €**		**0 €**		**0 €**		**0 €**		**0 €**		**253 €**		**253 €**

	Situation 1	**Situation 2**	**Situation 1**	**Situation 2**	**Situation 1**	**Situation 2**	**Situation 1**	**Situation 2**	**Situation 1**	**Situation 2**	**Situation 1**	**Situation 2**	**Situation 1**	**Situation 2**
Coût Sécurité Sociale	0 €	0 €	983 €	983 €	0 €	0 €	737 €	737 €	1 475 €	1 475 €	1 475 €	1 475 €	0 €	0 €
Coût prestations APA	375 €	375 €	1 079 €	1 079 €	327 €	327 €	394 €	394 €	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 %	51,0 %	15,0 %	90,0 %
Aide APA	277 €	74 €	959 €	108 €	267 €	181 €	342 €	232 €	400 €	264 €	548 €	455 €	787 €	93 €
Dépenses pour la personne (mensuel)	**98 €**	**302 €**	**120 €**	**971 €**	**60 €**	**146 €**	**51 €**	**161 €**	**140 €**	**277 €**	**634 €**	**727 €**	**392 €**	**1 086 €**
Aide total (mensuel)	**277 €**	**74 €**	**1 942 €**	**1 091 €**	**267 €**	**181 €**	**1 080 €**	**970 €**	**1 874 €**	**1 738 €**	**2 023 €**	**1 930 €**	**787 €**	**93 €**
Taux de reste à charge	26 %	80 %	6 %	47 %	18 %	45 %	5 %	14 %	7 %	14 %	24 %	27 %	33 %	92 %
Heures à domicile	19		68		18		43		68		81		37	
Jours en accueil journalier	0		0		0		0		0		9		9	
Jours en séjour court	0		0		0		0		0		0		0	

Tableau 29 : Cas type 3 en fonction de différents budgets

Cas		3							
Personne dépendante Pathologie Habite		Madame D Alcoolique ; insuffisance hépatique avec une cirrhose ; fracture du col du fémur ; dépressive Conjoint et mère (86 ans)							
Niveau dépendance		Dépendance 3							
Situation Financière		**Faible sans aide**		**Faible avec aide (1)**		**Faible avec aide (2)**		**Standard**	
Panier de services		**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**
– Aide corporelle	H/mois	2	142 €	2	142 €	2	142 €	2	142 €
– Aide ménagère	H/mois	4		4		4		4	
– Soins infirmier	H/mois							2	144 €
– Centre d'accueil de jour	J/mois	4	319 €	4	319 €	4	319 €	8	637 €
– Centre de séjour court	J/mois	4	359 €	4	359 €	4	359 €	8	719 €
– Location de matériel	Unité	1	40 €	1	40 €	1	40 €	1	40 €
Prestation Assurance Dépendance			***859 €***		***859 €***		***859 €***		***1 681 €***
– Hébergement	J/mois	4	10 €	4	10 €	4	10 €	8	20 €
– Repas (Séjour)	J/mois	4	21 €	4	21 €	4	21 €	8	87 €
– Repas (Accueil de jour)	J/mois	4	21 €	4	21 €	4	21 €	8	41 €
Frais repas et hébergement			***51 €***		***51 €***		***51 €***		***149 €***
Taux de reste à charge standard		10 %		10 %		10 %		10 %	
Prise en charge assurance standard		774 €		774 €		774 €		1 513 €	
Prise en charge complémentaires		0 €		47 €		117 €		0 €	
Reste à charge assurance		86 €		54 €		8 €		168 €	
Reste à charge repas & hébergement		51 €		36 €		13 €		149 €	
Prime d'assurance		28 €		19 €		19 €		46 €	
Dépenses pour la personne (mensuel)		165 €		108 €		39 €		363 €	
Aide nette de la prime (mensuel)		**746 €**		**802 €**		**872 €**		**1 467 €**	
Part des dépenses pour la personne		**18,1 %**		**11,9 %**		**4,3 %**		**19,8 %**	
Plafond d'unités		26 750							
Unités utilisées		11 347		11 347		11 347		21 275	
Taux d'utilisation		**42,4 %**		**42,4 %**		**42,4 %**		**79,5 %**	
Heures à domicile		6		6		6		8	
Jours en accueil journalier		4		4		4		8	
Jours en séjour court		4		4		4		8	
Équivalent heures/mois		**102**		**102**		**102**		**200**	

Tableau 30 : Cas type 4 en fonction de différents budgets

Cas		4					
Personne dépendante Pathologie Habite		Monsieur E Accident cardio-vasculaire cérébral ischémique ; hémiplégie droite et aphasie ; dépression Conjointe (73 ans)					
Niveau dépendance		Dépendance 2					
Situation Financière		**Faible sans aide**		**Faible avec aide**		**Standard**	
Panier de services		**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**	**Quantité**	**Coût**
– Rééducation à domicile	H/mois			2,5	642 €	2,5	642 €
– Centre d'accueil rééducation	J/mois	9	885 €				
– Centre de séjour court	J/mois			8	524 €	8	524 €
Prestation Assurance Dépendance			***885 €***		***1 166 €***		***1 166 €***
– Hébergement	J/mois			8	20 €	8	20 €
– Repas (Séjour)	J/mois			8	22 €	8	87 €
– Repas (Accueil de jour)	J/mois	9	46 €				
Frais repas et hébergement			***46 €***		***42 €***		***108 €***
Taux de reste à charge standard		10 %		10 %		10 %	
Prise en charge assurance standard		796 €		1 049 €		1 049 €	
Prise en charge complémentaires		0 €		117 €		0 €	
Reste à charge assurance		88 €		0 €		117 €	
Reste à charge repas & hébergement		46 €		42 €		108 €	
Prime d'assurance		28 €		19 €		46 €	
Dépenses pour la personne (mensuel)		163 €		61 €		271 €	
Aide nette de la prime (mensuel)		**768 €**		**1 031 €**		**1 003 €**	
Part des dépenses pour la personne		**17,5 %**		**5,0 %**		**21,2 %**	
Plafond d'unités		19 480					
Unités utilisées		10 602		15 945		15 945	
Taux d'utilisation		**54,4 %**		**81,9 %**		**81,9 %**	
Heures à domicile		0		2,5		2,5	
Jours en accueil journalier		9		0		0	
Jours en séjour court		0		8		8	
Équivalent heures/mois		**72**		**130,5**		**130,5**	

3.2 Les 7 cas-types

Cet annexe présente d'une part les cas-types transmis aux experts dans le cadre du projet, ainsi que les réponses qui sont apportées dans les deux pays. Les cas-types illustrent des histoires de vie et apportent des informations sur les ressources disponibles, le niveau de dépendance et l'existence ou non de soutien familial. Chacun des cas a par ailleurs été décliné en deux situations de ressources.

Cas-type 1

Monsieur A a 68 ans. Il est célibataire et a toujours vécu avec sa mère qui a 83 ans.

Situation clinique – Monsieur A souffre d'insuffisance cardiaque (insuffisance coronarienne, arythmie, antécédents de phlébite). Il a eu deux accidents cardiovasculaires, le premier il y a 15 ans, et un second (ischémique) récemment. Suite à une artérite des membres inférieurs, il a été amputé de la jambe gauche. Il n'est pas appareillé. Il est rentré depuis un an, contre l'avis de sa mère qui avait souhaité qu'il entre en maison de retraite.

Niveau de dépendance – Monsieur A a besoin d'aide pour la toilette et l'hygiène corporelle, ainsi que pour s'habiller et se déshabiller. Pour le reste (manger, éliminer, se lever, se coucher et se déplacer à l'intérieur et à l'extérieur de son logement), de même que pour communiquer (bonne cohérence, bonne orientation dans le temps et dans l'espace), il est relativement autonome. Il se déplace à l'extérieur en fauteuil roulant électrique. Son sommeil et son appétit sont corrects. Pour les courses, il est aidé par sa mère et le voisinage.

Ressources situation 1 – Monsieur A était employé comme manutentionnaire dans une petite entreprise locale. Il a une pension de retraite de 1 328 euros par mois (moyenne décile 4). Sa mère est propriétaire de sa maison (estimée à 84 600 euros) et bénéficie de la pension de son mari d'environ 486 euros (moyenne décile 2).

Ressources situation 2 – Il a un revenu supérieur à 2 603 euros par mois (moyenne décile 9 pour 1 unité), qui inclut une pension de retraite de 1 952 euros, des loyers à hauteur de 780 euros par mois et des placements financiers à hauteur de 520 euros par mois. Il est propriétaire de sa maison. L'ensemble du budget du ménage ne dépasse pas 4 168 euros (moyenne décile 10 pour 1 unité).

Prise en charge au Japon

Du fait que Monsieur A n'ait pas de problème de démence et qu'il arrive à effectuer de nombreuses activités par lui-même, son niveau de dépendance reste faible : niveau prévention 2. Le *care-manager* s'est appuyé sur l'hypothèse que Monsieur A souhaitait continuer à rester à domicile. L'objectif du plan est donc de faciliter le quotidien à domicile tout en réduisant la charge de l'aidant informel. Il comporte des **aménagement de l'habitation,** la **location d'une chaise roulante automatisée,** des **services d'aides corporelles à domicile** (l'aide à la toilette) et l'utilisation d'un **centre de rééducation journalier** à un rythme hebdomadaire. Les deux premiers dispositifs ont pour objectif de faciliter le quotidien de Monsieur A. Les centres journalier de rééducation peuvent également apporter des services de toilettes et de restauration, mais l'activité principale reste la rééducation. Intégrer ce service dans le plan d'aide permet non seulement de dégager du temps pour l'aidant informel mais également d'empêcher que le niveau de dépendance de Monsieur A ne s'aggrave.

L'aménagement de l'habitation n'est pas compris dans le plafond des 10 400 unités. Toute personne âgée dépendante a la possibilité d'effectuer des installations pour un budget maximum de 200 000 yens (soit environ 1 582 euros) par an. Le reste à charge reste le même que les autres services couverts par l'assurance dépendance, soit 10 % du coût de l'installation.

Prise en charge en France

Le niveau de dépendance de Monsieur A en France est estimé à GIR 4, le niveau le plus faible permettant de bénéficier de l'APA. Le plan d'aide proposé par l'APA comporte des aides à la personne à domicile, un contrat de téléalarme et une aide ponctuelle concernant l'habitat.

L'aide à la personne concerne des aides à domicile pour la douche et des aides ménagères : 30 mn par jour d'aide pour la douche (soit 15 heures par mois) et 1 heure par semaine d'aide ménagère. Cette aide ménagère peut éventuellement être complétée par une aide supplémentaire de 1 heure par semaine destinée à la mère de Monsieur A : cette aide est alors prise en charge par sa caisse de retraite. En effet, des caisses de retraite permettent aux personnes ayant un faible niveau de perte d'autonomie de bénéficier d'aide ménagère (150).

Les frais des aides à la personne et du contrat de téléalarme représentent 375 euros par mois, soit 70 % du montant maximum prévu dans le cadre de l'APA (540 euros). L'installation de 3 barres d'appui qui est une aide ponctuelle n'est pas comprise dans le montant maximum des 541 euros. L'aide maximum de cette aide (aides techniques et habitat) dépend du niveau de dépendance et du montant du plan d'aide mensuel. Dans le cas présent, l'équipe médico-social avait une marge disponible de 661 euros, dont 240 euros ont réellement été utilisés.

Le taux de participation du bénéficiaire du plan dépend de son niveau de revenu. Dans la situation 1 (revenu faible), Monsieur A doit prendre à sa charge 26,2 % des frais, aussi bien pour les frais mensuel que pour les frais ponctuels. Ce taux passe à 80 % pour la situation 2.

Comme souligné plus haut, la présence d'une mère âgée au sein du même foyer peut permettre à Monsieur A de bénéficier davantage d'aide ménagère, même si cette aide ménagère ne lui est pas directement destinée.

Cas-type 2

Madame B à 79 ans. Elle est veuve depuis quelques mois et a 2 enfants. Ils habitent l'un et l'autre à plus de 100 km. Ce sont les enfants qui font la demande d'aide pour leur mère.

Situation de Madame B jusqu'en mars 2011

Situation Clinique 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 sa prothèse. Elle a dû être hospitalisée. Elle vient de rentrer de sa convalescence. Elle a par ailleurs été opérée récemment et avec succès de la cataracte.

Niveau de dépendance – Madame B doit s'aider de deux cannes anglaises pour se déplacer. Elle a des difficultés à accomplir certains mouvements et ne parvient pas à s'accroupir. Elle se lève et se couche seule, mais a besoin d'une sangle pour l'aider à soulever ses deux membres inférieurs. Elle a une flexion de la hanche droite. Sa hanche gauche est aussi peu mobile. En revanche, Madame B ne souffre pas au niveau de ses membres supérieurs. Madame B pèse 83 kg pour 1 mètre 70. Madame B ne parvient pas à faire sa toilette complète seule, ce qui la gêne beaucoup. Elle n'a d'ailleurs pas été faite depuis son retour à l'hôpital il y a un mois. Elle est, en revanche, autonome pour s'habiller, manger et éliminer. Madame B se lève tard le matin et ne prend qu'un repas principal vers 17 h englobant ceux du midi et du soir. Elle n'a pas de difficulté pour communiquer.

Situation de Madame B 3 mois plus tard

Elle a été de nouveau hospitalisée pendant 15 jours pour une plaie de la face dorsale du gros orteil et des douleurs des membres inférieurs. Cette plaie est fortement handicapante. 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.

Ressources situation 1 – Madame B a des ressources d'environs 972 euros par mois (moyenne décile 2). Elle n'est pas propriétaire de son logement et a peu de patrimoine mobilier.

(150) Le coût de l'aide apportée par la Caisse de retraite n'est pas traité dans cette étude. Les conditions d'aide varient en fonction des Caisses de retraite.

Ressources situation 2 – Madame B dispose d'un revenu mensuel supérieur à 2 603 euros (moyenne décile 9). Il comprend une retraite d'un montant d'environ 1 639 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.

Prise en charge au Japon

Le niveau de dépendance suggéré pouvait fortement varier en fonction des *Care-managers*. Celui estimé pour le cas 2 variait entre le niveau « prévention 2 » et « dépendance 3» . Le volume de services auxquels la personne dépendante peut avoir accès peut donc fortement varier. En terme d'unités, les services seraient limités à 10 400 unités pour le niveau « prévention 2 » alors qu'ils s'élèvent à 26 750 unités pour le niveau « dépendance 3 ».

Dans un cas, le *Care-manager* a considéré qu'une part importante des problèmes de dépendance était non pas liée à des incapacités physiques mais à un manque de volonté engendré par la dépression. La logique de prise en charge est dans ce cas très différente du cas où la dépression serait une conséquence d'une dépendance lourde. Le *care-plan* aurait alors pour objectif de redonner goût à la vie, l'inciter à sortir, à rencontrer du monde et l'inciter à s'occuper d'elle-même et le niveau de dépendance ne dépasserait pas le niveau « prévention 2 ». Dans le cas où la dépression est non pas la cause mais la conséquence d'une réelle dépendance, le niveau de dépendance pourrait alors s'élever jusqu'au niveau « dépendance 3 ». L'objectif serait alors de gérer une prise en charge à domicile de la personne dépendante (le cas traité ci-dessous).

Contrairement aux autres cas, celui-ci a été étudié par deux *Care-managers* qui ont tous deux estimé le niveau de dépendance à « dépendance 3 ».

Le premier plan comprend des services infirmiers à domicile, des aides à domicile (corporelles et ménagères) et des services d'accueil journalier. La visite d'un infirmier (1 heure par semaine) a pour objectif de surveiller l'état de santé et apporter des conseils sur l'hygiène de vie. Les autres services à domicile permettent d'aider la personne pour l'habillement, l'hygiène corporel et le ménage. Finalement, le centre d'accueil journalier a été intégré dans le plan afin d'inciter Madame B à communiquer avec d'autres personnes. Les frais de repas sont totalement pris en charge par la personne dépendante. La présence ou non de service comprenant l'hébergement ou la restauration vient rapidement augmenter le reste à charge de la personne âgée dépendante.

Dans le premier plan, les aides à domicile et l'accueil de jour permettent de garantir un bon régime alimentaire (la préparation de repas peut faire partie des services d'aide à domicile) 5 jours par semaine. Le *Care-manager* (Mr. Ochi) s'est appuyé sur l'hypothèse que les habitudes alimentaires de Madame B n'avait pas changé après son hospitalisation et qu'elle était capable de se nourrir pendant les 2 jours restant de la semaine (même si elle ne s'alimente qu'une fois par jour). L'alimentation semble être au contraire une question majeure pour le deuxième *Care-manager* (Mme Okubo). Contrairement au premier Care-manager, elle a supposé que Madame B n'était plus capable d'assumer elle-même son alimentation. Par rapport au premier, le deuxième plan réduit le temps des services infirmier (30 mn par semaine) et le nombre d'utilisation du centre d'accueil (1 fois par semaine) et rajoute en revanche l'utilisation de centre de séjour de courte durée (2 jours par semaine). En combinant l'aide à domicile, le service d'accueil journalier et le centre d'hébergement de courte durée, la prise en charge de Madame B est quotidienne. Un des objectifs de l'utilisation du centre de séjour de courte durée est d'inciter Madame B à manger 3 fois par jour. Seulement, les frais d'hébergement et de restauration n'étant pas couverts par l'assurance dépendance, le reste à charge de Madame B est nettement plus important que dans le plan précédent (349 euros contre 135 euros (151)).

Prise en charge en France

Le niveau de dépendance de Madame B est estimé au GIR 2 et sa prise en charge mobilise l'APA et l'intervention de la Sécurité Sociale (SSIAD).

Le panier de service est composé de soins corporels, de la présence d'aidants pour le repas, de portage de repas et d'autres frais liés à l'hygiène de la personne (4 protections

(151) Le plan présenté dans le tableau 27 illustre le deuxième plan.

de lit par jour et 28 alèses par mois). L'aide pour se lever, l'aide à la toilette et les changes sont effectués par une aide-soignante du SSIAD et totalement financés par la Sécurité Sociale (sur prescription du médecin traitant), quel que soit le niveau de revenu. La présence pour le repas (30 minutes 3 fois par jour, soit environ 45 heures par mois), le portage de repas et les autres frais liés à l'hygiène sont pris en charge par l'APA.

Les frais des services compris dans le plan d'APA de Madame B s'élèvent à 1 080 euros, c'est-à-dire le montant maximum prévu pour une personne en GIR 2 dans le cadre de l'APA. Le taux du ticket modérateur varie en fonction du niveau des revenus. Dans le cas de la situation 1 Madame B participe à hauteur de 11 % alors que dans la situation 2, elle doit participer à hauteur de 90 %. Dans le premier cas, la participation de Madame B est de 119,96 euros, et elle s'élève à plus de 970 euros dans le deuxième. L'aide nette apportée par l'APA se limite alors à 108 euros.

Cas-type 3

Madame D a 67 ans. Son conjoint, retraité, vit avec elle et lui apporte un soutien important. La mère de Madame D (90 ans) séjourne au domicile dans l'attente d'une place en maison de retraite. Elle est à peu près autonome, mais n'apporte aucun aide dans les tâches quotidiennes. Madame D a un enfant qui habite dans la même commune mais il est très pris par ses propres problèmes. C'est le médecin traitant qui a conseillé à Monsieur D de faire une demande d'aide.

Situation clinique – Madame D est alcoolique et continue de boire. Elle souffre d'insuffisance hépatique avec une cirrhose évoluée et des troubles biologiques hépatiques sérieux. Elle souffre de surcharge pondérale(85 kg pour 1,60 m). Elle a pris plus de 10 kg en un an. À cause de son alcoolisme, il lui arrive d'avoir des crises de colère et de devenir agressive. Madame D a fait une fracture du col du fémur il y a un an. Un clou plaque a été posé en février 2011. Elle est de retour à son domicile depuis avril 2011.

Niveau de dépendance – Madame D est très fatigable, oscillant entre phases dépressives et agressives. Tout déplacement lui coûte des efforts. Elle se déplace péniblement avec un déambulateur. Elle a aussi un fauteuil roulant, mais qu'elle ne peut pratiquement pas utiliser dans son appartement qui est petit et très encombré. Madame D est autonome pour la plupart des actes sauf la toilette et l'habillage du bas du corps. Elle est, pour cela, aidée pour l'instant par son conjoint. Madame D ne peut sortir de son logement sans l'aide d'un tiers.

Le conjoint de Madame D s'occupe des courses et des repas. Il fait rarement le ménage et l'appartement est dans un grand désordre. Monsieur D donne des signes évidents d'épuisement et a de grandes difficultés à faire face à la situation, ce qui l'a conduit à faire une demande d'aide. La dépendance et le rejet caractérisent la relation entre les deux époux.

Ressources situation 1 – La famille D a un revenu mensuel de 1 458 à 1 943 euros (moyenne décile 2 entre 1,5 à 2 unités de consommation). Ils ne sont pas propriétaires de leur appartement et comptent utiliser l'héritage de Madame D pour couvrir les frais d'hébergement de sa mère. Le fils de Madame D est chômeur de longue durée et touche le RMI.

Ressources situation 2 – Monsieur et Madame D ont deux pensions de retraite qui cumulées (avec celle de la mère de Madame D) donnent environ 2 997 euros (décile 5) de ressources mensuelles. Ils sont propriétaires de leur appartement (valeur 224 775 euros).

Le fils de Madame D est avocat et dispose d'un salaire mensuel supérieur à 4 168 euros (moyenne décile 10). Il est propriétaire de son logement (qui vaut 333 440 euros). Il est marié, sa femme est au foyer, et père de trois enfants qui sont au lycée et/ou commencent leurs études supérieures.

Prise en charge au Japon

L'alcoolisme n'est pas pris en compte dans l'évaluation du niveau de la dépendance, mais des questions permettent d'inclure l'agressivité dans l'évaluation. Le *Care-manager* aurait souhaité avoir plus d'informations sur l'état de santé de la mère ainsi que sur la volonté de Madame D de rester à domicile ou d'entrer en institution. La dépendance a été estimée au niveau de dépendance 3.

Si elle le souhaite, Madame D pourrait faire la demande pour entrer en établissement éligible à l'assurance dépendance. Toute personne âgée de 65 ans et plus évaluée comme étant « dépendante » peut faire une demande pour entrer en établissement, mais il y a une forte incertitude sur le temps d'attente. Que Madame D souhaite ou non faire la demande, un plan d'aide transitoire est mis en place en attendant qu'une place se libère. Le *care-plan* présenté ci-dessous peut être un plan provisoire comme permanent. L'agressivité de la personne dépendante et l'épuisement de son conjoint a retenu l'attention du Care-manager. Il a donc principalement suivi l'objectif de décharger l'aidant informel.

Le *care-plan* pour ce cas est très similaire à celui du cas précédent (*care-plan* possibilité 2). Ici, le service à domicile est réduit à une séance par semaine avec l'objectif d'apporter des soins corporels (toilette) et nettoyer la chambre (le lit) de Madame D. Lorsque la personne dépendante habite avec des personnes non-dépendantes, il n'est théoriquement pas possible de faire appel à des aides à domicile pour effectuer des tâches que les autres membres du foyer auraient accomplis : il est possible de demander le nettoyage des draps de la personne dépendante mais non le ménage des lieux communs tels que le salon ou la salle de bain. Les services à domicile proposent des services d'aide à la cuisine. Mais les repas préparés par un aidant sont théoriquement réservés aux personnes âgées dépendantes mais non aux autres membres du foyer s'ils sont autonomes (le cas du conjoint de madame D) (152). Ainsi, l'aide à domicile n'a pas autant d'intérêt que dans le cas 2 où la personne âgée dépendante est totalement seule. Le Care manager a donc privilégié l'utilisation du centre journalier qui permet de soulager le conjoint et d'aider la personne dépendante à sortir de sa dépression.

La plan comporte des services à domicile (1 h 30 par semaine), des services infirmiers à domicile (1 fois par semaine), des services d'accueil de jour (2 jours par semaine), des services d'hébergement de courte durée (2 jours par semaine) et la location d'une chaise roulante. Le coût total du plan pour la personne dépendante est de 317 euros (repas et logement inclus) pour une utilisation d'environ 21 275 unités.

Prise en charge en France

Le niveau de dépendance de Madame D est estimé au GIR 4, ce qui lui permet de bénéficier des aides de l'APA pour un niveau maximum de 540 euros mensuel. La prise en charge de Madame D prévue dans le cadre du projet mobilise l'APA et la Caisse de retraite de la mère de Madame D et/ou de son conjoint.

Le plan d'aide de l'APA est composé d'une aide à la toilette au quotidien et d'une aide ménagère hebdomadaire. Il prévoit 45 minutes d'aide à la toilette tous les jours de la semaine, soit 15 heures par mois ; et 1 heure d'aide ménagère par semaine, soit 3 ou 4 heures par mois (le calcul des aides a été fait sur la base de 3 heures par mois).

L'aide ménagère peut être complétée par des aides destinées à sa mère de 90 ans et/ou son conjoint qui devraient pouvoir bénéficier des aides de la caisse de retraite. On peut alors envisager 2 heures d'aide par semaine supplémentaires prises en charge par les caisses de retraite. Le foyer pourrait alors bénéficier de 3 heures d'aide ménagère par semaine dont 1 prise en charge par l'APA.

Le montant du plan d'aide proposé dans le cadre de l'APA s'élève à 327 euros (153). Trois situations financières ont été étudiées : les situations où le niveau du ménage est d'environ 1 460 euros, 1 940 euros et 3 000 euros. Le taux de reste à charge est respectivement de 6,25 % (20 euros), 18,36 % (60 euros) et 44,68 % (146 euros). L'aide nette apportée par l'APA s'élève respectivement à 306 euros, 267 euros et 181 euros.

(152) Le contenu des services proposés dans l'aide à domicile a connu de nombreuses modifications. Durant quelques années, l'aide à domicile pour les tâches ménagères était refusée aux personnes âgées dépendantes habitant en présence de personnes autonomes. Cette règle a été assouplie, mais garde encore certaines contraintes qui ne sont en pratique pas toujours suivies.

(153) De même que pour le cas 1, l'aide éventuellement apportée par les Caisses de retraite n'est par prise en compte.

Cas-type 4

Monsieur E a 69 ans. il vit avec son épouse, une femme de 73 ans, autonome. Le couple a 3 enfants, dont une fille sans emploi depuis 6 mois qui habite à proximité et assure une présence quotidienne au domicile de ses parents. Le couple habite une maison isolée près d'un petit village.

Situation clinique – Monsieur E a fait un accident vasculaire cérébral ischémique qui a provoqué une hémiplégie droite et une aphasie. Monsieur E est sorti de l'hôpital en novembre 2000. Il souffre de dépression. Monsieur E pèse 105 kg. Six mois plus tard, il récupère progressivement son aphasie et parvient à s'exprimer et à se faire comprendre. L'évolution des conséquences de son accident est très incertaine. Six mois après sa sortie de l'hôpital, il reste encore très diminué.

Niveau de dépendance – Monsieur E se déplace avec un déambulateur. Il séjourne dans la journée dans un fauteuil roulant qu'il parvient à déplacer dans un rayon très limité en raison des limitations fonctionnelles du membre supérieur droit. Monsieur E commence depuis quelques semaines à pouvoir assurer partiellement son habillage. Il a besoin d'aide pour habiller le bas de son corps. Il n'y a pas d'incontinence. Il doit être aidé pour passer du lit au fauteuil, mais peut assurer le passage du fauteuil à une chaise. Il semble que Monsieur E prenne néanmoins souvent des risques du fait qu'il évalue mal le danger : tendance à marcher trop vite, à manger trop vite, à s'habiller trop vite. Madame E donne des signes de fatigue, voire d'épuisement.

La fille de Monsieur et Madame E a fait une demande d'aide pour son père.

Ressources situation 1 – Monsieur et Madame E bénéficient de faibles ressources, 1 734 euros par mois (moyenne décile 3). Ils ne sont pas propriétaires de leur maison, dont le loyer est très modeste. Les enfants : une fille au chômage. La deuxième fille est secrétaire et touche un salaire d'environ 1 899 euros par mois (moyenne décile 7). Leur fils est ouvrier et touche un salaire d'environ 1 498 euros par mois (décile 5).

Ressources situation 2 – Monsieur et Madame E ont des ressources confortables, environ 2 849 euros (décile 7) par mois. Ils sont propriétaires de leur maison (valeur 153 846 euros). Les enfants : La fille aînée est au chômage. La deuxième est enseignante et touche un salaire supérieur à 2 603 euros (moyenne décile 9) par mois. Le fils est instituteur et touche un salaire supérieur à 2 603 euros (moyenne décile 9).

Prise en charge au Japon

De même que pour le cas 3, l'état de fatigue de l'aidant informel a retenu l'attention du Care-manager. L'objectif du plan d'aide est d'une part d'apporter des moments de répit à Madame E et d'autre part d'assurer un service de rééducation. Le niveau de dépendance a été évalué au niveau dépendance 2.

Le plan comporte des aménagement de domicile, des services de rééducation à domicile (2 fois par semaine, 20 mn par séance) et des services d'accueil de jour (2 jours par semaine) . En fonction de la récupération de Monsieur E, il devrait être possible de réduire l'utilisation des services de rééducation à domicile (et éventuellement de les remplacer par d'autres aides). Le coût total du plan pour la personne dépendante est de 224 euros (repas et logement inclus) pour une utilisation d'environ 15 945 unités. De même que pour le cas 1, l'aménagement de domicile n'est pas compris dans le plafond des unités déterminé par le niveau de dépendance : toute personne âgée dépendante a, en plus des services limités par le plafond des unités, la possibilité d'effectuer des installations pour un budget maximum de 200 000 yens (1 582 euros) par an avec un reste à charge de 10 %.

Prise en charge en France

Le niveau de dépendance de Monsieur D est estimé au GIR 3. La prise en charge de Monsieur D fait appel à la Sécurité Sociale, à l'APA et aux Caisses de retraite. Les deux premiers dispositifs sont destinés à Monsieur D et le dernier à son épouse.

Dans le cadre de la Sécurité Sociale (sur prescription du médecin traitant), Monsieur D peut recevoir l'aide d'un aide-soignant du SSIAD ou d'un infirmier libéral pour se lever, se

laver et s'habiller. Cette aide est apportée tous les matins pour une durée d'environ 45 mn (à vérifier), soit 22 h/mois. Les coûts sont totalement pris en charge par la Sécurité Sociale.

Le plan d'aide de l'APA comporte des heures de présence (3 h/semaine) pour permettre à Madame D de se libérer et une aide ménagère. Au total 3 heures par semaine d'aide ménagère sont prévues pour Monsieur et Madame D dont 1 heure prise en charge par la caisse de retraite de Madame D et 2 heures dans le cadre de l'APA. Un contrat de téléalarme est également inclus dans le plan mensuel de l'APA. Finalement une aide ponctuelle de l'APA permet également d'installer des barres d'appui aux toilettes et dans la salle de bain.

Le montant maximal d'un plan d'APA pour une personne en GIR 3 est de 811 euros mensuel. Le plan d'aide de l'APA (154) proposé à Monsieur D comporte 20 heures de prestations et un contrat de téléalarme, au total le montant s'élève à 393 euros. La mise en place des trois barres revient à 240 euros. Les ticket modérateur est de 13 % dans la première situation financière. La participation de Monsieur D s'élève alors à 51,76 euros par mois pour les services et 31 euros euros pour l'installation des barres d'appui. Dans la deuxième situation financière, le ticket modérateur passe à 41 %, ce qui représente un reste à charge de 161 euros et 98 euros.

Cas-type 5

Madame O a 68 ans. Elle vit avec son conjoint âgé de 75 ans autonome (avec deux prothèses de hanches et deux prothèses de genoux). Le couple a 3 enfants et habite un appartement dans une petite résidence de banlieue. Monsieur O demande de l'aide pour sa femme.

Situation clinique – Madame O est atteinte de la maladie d'Alzheimer depuis 2007 et cette maladie a évolué très rapidement. Madame O a connu des épisodes d'agitation, d'agressivité, de désorientation et elle a été placée dans une institution médicalisée en octobre 2007. Elle en est sortie en janvier 2009, à la demande de son mari qui considérait qu'elle ne recevait pas les soins appropriés. Le placement de Madame O a été financé en prélevant sur l'épargne du ménage. La tutelle de Madame O a été confiée à son mari.

Niveau de dépendance – Madame O a besoin d'aide jour et nuit. Actuellement, Madame O est assise ou alitée 24 heures sur 24. Elle ne parle plus, n'ouvre plus les yeux et ne reconnaît plus ses proches. Elle est agressive. Elle est incontinente et ne mange pas seule. Madame O a besoin d'une aide permanente et totale pour se nourrir, pour l'habillage et les soins d'hygiène. Monsieur O prépare les repas, fait les courses, les lessives. Il a en charge l'ensemble de l'activité domestique sauf le ménage. Il donne le petit-déjeuner à sa femme. Leurs deux filles habitent à proximité et rendent visite à leur père une fois par semaine. Elles n'apportent aucune aide à leur mère dont elles acceptent mal la maladie.

Ressources situation 1 – Monsieur et Madame O disposent d'un revenu d'environ 2 248 euros par mois (moyenne décile 5). Ils sont locataires de leur appartement et disposent d'une épargne de 20 232 euros.

Ressources situation 2 – Monsieur et Madame O disposent d'un revenu d'environ 3 258 euros (moyenne décile 8) par mois. Ils sont propriétaires de leur appartement (environ 70 m^2, valeur 127 062 euros). Ils disposent de 9 774 euros d'épargne.

Ressources de la famille – La fille aînée de Monsieur et Madame O est divorcée ; elle ne travaille pas, elle a un fils de 15 ans et vit en concubinage avec un artisan dont les revenus mensuels sont d'environ 2 390 euros mensuels (moyenne décile 4). La seconde fille de Monsieur et Madame O est mariée avec deux enfants. Elle travaille à mi-temps. Les revenus du foyer sont de 3 542 euros (décile 6).

Prise en charge au Japon

Faute d'informations suffisantes, ce cas-type semble avoir posé des problèmes au *Care-manager* aussi bien au niveau de l'évaluation du niveau de dépendance que dans la prépa-

(154) De même que pour le cas 1 et le cas 3, les aides apportées par les Caisses de retraite ne sont pas prises en compte dans le calcul de l'aide totale.

ration du plan d'aide. L'évaluation du niveau de dépendance s'effectue en fonction des tâches que la personne est capable ou non d'effectuer seule ainsi que du niveau de la démence. La description de ce cas n'apporte que peu d'éléments sur les capacités de Madame O. Par ailleurs, le *Care-manager* aurait souhaité avoir plus d'éléments sur le passé de Madame O, les raisons concrètes pour lesquelles Monsieur O a souhaité que Madame O revienne à domicile et finalement les éléments les plus éprouvants pour Monsieur O. Globalement, les éléments apportés par la description du cas ne permettait pas de définir clairement le besoin de Madame O. Au vu de la gravité du niveau de la démence, le niveau de dépendance a été déterminé au niveau dépendance 4.

Le *Care-manager* suggérait de mettre en place un *care-plan* temporaire en attendant de trouver une institution répondant aux attentes de Monsieur O. L'objectif est de décharger au maximum Monsieur O. Le plan comprend des services d'accueil de jour spécialisés dans les personnes atteintes par la démence (5 jours par semaine) et des services à domicile (2 fois par semaine) pour aider à la toilette et à l'habillage de Madame O. Le coût total du plan pour la personne dépendante est de 342 euros (repas et logement inclus) pour une utilisation d'environ 28 155 unités.

Prise en charge en France

Le niveau de dépendance de Madame O est estimé au GIR 1. C'est le niveau de perte d'autonomie le plus élevé. Dans le cadre de l'APA, Monsieur O peut bénéficier d'un plan d'aide allant au maximum jusqu'à 1 260 euros. La prise en charge de Monsieur O mobilise l'APA et la Sécurité Sociale.

Dans le cadre de la Sécurité Sociale (sur prescription du médecin traitant), Madame O peut recevoir l'aide d'un aide-soignant du SSIAD ou d'un infirmier libéral pour se lever, se laver et s'habiller. Cette aide est apportée tous les matins pour une durée d'environ 45 min, soit 22 h/mois. Les coûts sont totalement pris en charge par la Sécurité Sociale.

Le plan d'aide de l'APA comporte des aides ménagères, des aides à la préparation au repas et/ou à la prise des repas et des aides aux frais liés à l'hygiène. 2 heures d'aides ménagères par semaine (soit 8 heures par mois) et 45 minutes d'aide à la préparation et/ou à la prise des repas tous les jours de la semaine (soit 15 heures pas mois) sont prévues. Le plan d'aide prévoie 23 heures par mois d'aides apportées par des prestataires. 122 euros sont prévus pour couvrir des frais d'hygiène (4 protections/jour).

Le coût pour le plan d'aide mensuel de l'APA proposé à Madame O s'élève à 540 euros. Le reste à charge de Madame O varie en fonction du niveau de revenu. Dans la première situation financière, le ticket modérateur est fixé à 26 %. 140 euros sont alors pris en charge par la bénéficiaire. Dans la deuxième situation financière, le ticket modérateur s'élève à 51 % et le montant à sa charge atteint à 277 euros.

Le montant de l'APA de 540 euros représente 43 % du plafond défini pour une personne de GIR 1 (1 260 euros). En cas de besoin, l'équipe médico-sociale a donc la possibilité de rajouter des aides.

Cas-type 6

Monsieur T a 88 ans. Il vit avec sa femme âgée de 76 ans. Monsieur et Madame T habitent dans un appartement dans une grande ville. Le couple a deux enfants, une fille qui est pharmacienne en officine et un fils qui est praticien hospitalier. Les deux enfants vivent dans la même ville que leurs parents, mais ils ont une relation conflictuelle avec eux. Ils sont mariées et ont chacun deux enfants. La fille de Monsieur T demande de l'aide pour son père.

Situation clinique – Monsieur T souffre d'une dégénérescence neurologique qui crée des déséquilibres à la marche. Monsieur T est désorienté. Les échanges qu'il a avec son épouse sont limités. Monsieur T et sa femme vivent en parfaite harmonie. Madame T refuse de voir la dégradation des capacités de son mari. Elle refuse toute aide pour prendre soin de son mari. Madame T souffre d'hypertension. Elle est déprimée, elle a perdu 5 kg dans l'année qui vient de s'écouler et elle est suivie par un psychiatre.

Niveau de dépendance – Monsieur T reste assis pendant la journée et ne peut se déplacer seul. Il ne peut ni s'habiller, ni se laver seul. Il est incontinent. Il souffre d'une surdité par-

tielle. Il mange avec une petite aide. Madame T assure l'ensemble des tâches domestiques (linge, repas, ménage) et participe aux soins d'hygiène de son mari.

Ressources situation 1 – Monsieur et Madame T disposent d'environ 2 849 euros (moyenne décile 7) de retraite mensuelle. Ils sont propriétaires d'un appartement de 80 m² (valeur 361 823 euros) et disposent d'une épargne de 25 641 euros.

Ressources situation 2 – Monsieur et Madame T disposent d'environ 3 258 euros (moyenne décile 8) de revenus mensuels (retraite et revenus du patrimoine). Ils sont propriétaires d'un appartement de 80 m² (valeur 361 823 euros) et un portefeuille de titre de 211 770 euros.

Ressources de la famille – Le fils de Monsieur et Madame T a un revenu mensuel de 2 603 euros (moyenne décile 9 pour 1 unité). Sa femme ne travaille pas. Les revenus du ménage de la fille de Monsieur et Madame T sont supérieurs à 6 252 euros (moyenne décile 10) par mois.

Prise en charge au Japon

Au vu des tâches qu'il ne peut effectuer seul ainsi que du niveau de démence, le niveau de dépendance de Monsieur T est élevé : niveau dépendance 4. Cette évaluation devrait permettre à Monsieur T de bénéficier de nombreuses aides. Mais dans le cas présent, Madame T refuse de voir la situation et refuse de recevoir une aide extérieure. Le plan d'aide mis en place par le *Care-manager* a donc pour objectif d'habituer Madame T à la présence d'une personne extérieure pour ensuite progressivement la convaincre d'accepter d'autres aides. La plan proposé reste donc encore très léger, il ne comporte que des services infirmiers à domicile (1h par semaine). Le coût total du plan pour la personne dépendante est de 28 euros pour une utilisation d'environ 3 320 unités.

Prise en charge en France

Le niveau de dépendance de Monsieur T est estimé au GIR 2, ce qui lui donne la possibilité de bénéficier d'un plan d'aide de l'APA allant au maximum jusqu'à 1 081 euros en fonction de la proposition du Conseil Général Territorial. Dans ce cas, la prise en charge de Monsieur T mobilise les dispositifs de la Sécurité Sociale et de l'APA.

Dans le cadre de la Sécurité Sociale, Monsieur T bénéficie d'une aide quotidienne de 45 minutes (soit 22 heures par mois) pour la toilette et l'habillage apportée par une aide-soignante du SSIAD. Cette aide apportée sous prescription du médecin est intégralement prise en charge par la Sécurité Sociale quel que soit le niveau de revenu du bénéficiaire.

Le plan d'aide de l'APA comprend une aide ménagère d'environ 3 heures par semaine (12 heures/mois), une présence au repas du midi et une aide pour le change de 45 minutes tous les jours de la semaine (15 heures/mois), des heures de présence pour permettre à Madame T de sortir (9 heures/mois) et finalement environ 2 journées par semaine de prise en charge par un centre d'accueil de jour. Au total, le plan prévoit 36 heures de prestations de services à domicile et 9 journées en centre d'accueil de jour. La prise en charge de Monsieur T nécessite par ailleurs des frais liés à son hygiène (frais de protection) mais ces frais ne peuvent être pris en charge en totalité par ce plan d'APA.

Le coût total du plan d'aide de l'APA représente 929 euros, soit la quasi totalité de l'aide maximum possible. Les revenus des situations étudiées pour ce cas sont tous les deux relativement élevés. Les tickets modérateurs sont de 41 % pour la situation 1 et de 51 % pour la situation 2. Le niveau de participation de Monsieur T s'élève alors respectivement à 381 euros et 474 euros (sans les frais d'hébergement).

Le plan proposé dans le cas de la France est nettement plus important que celui proposé par les *Care-managers* au Japon. Cette différence provient du fait que *Madame refuse toute aide pour prendre soin de son mari.* Dans le cas du Japon, le care manager a proposé un plan d'aide minimaliste afin d'habituer et de convaincre Madame T d'accepter les aides. En France, la prise en compte de cette information conduit l'équipe médico-sociale à orienter Madame T vers une *Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer* (MAIA) pour travailler sur son acceptation. Ainsi le plan proposé est le même que celui qui aurait été proposé à une personne n'ayant pas de problème d'acceptation de la maladie.

Cas-type 7

Monsieur J a 80 ans. Il vit avec sa fille (60 ans) et son mari, dans leur appartement. La fille de Monsieur J et son mari sont tous deux à la retraite.

Situation clinique – Monsieur J souffre de maladie d'Alzheimer a un stade avancé. Il est parfaitement valide et déambule tout au long de la journée. Il nécessite une surveillance permanente. Il est très désorienté. Il ne fait plus la différence entre le jour et la nuit, et se lève très fréquemment pendant la nuit. Il ne reconnaît plus personne. Il fait régulièrement des fugues. Il est incontinent.

Niveau de dépendance – Monsieur J a besoin d'aide pour le lever et le coucher, pour la toilette et pour s'alimenter. Sa fille, qui assure l'essentiel de la prise en charge, est dans un état d'épuisement avancé (1,70 m et 50 kilos).

Ressources situation 1 – Le revenu du ménage (Monsieur J, sa fille et son gendre) est d'environ 2 311 euros par mois (moyenne décile 3). Il a un patrimoine de 53 153 euros. Son gendre et sa fille ne possèdent pas leur appartement.

Ressources situation 2 – Le revenu du ménage (Monsieur J, sa fille et son gendre) est d'environ 4 344 euros par mois (décile 8). Monsieur J a un patrimoine de 99 912 euros. Son gendre et sa fille possèdent leur appartement (d'une valeur de 1 133 784 euros).

Prise en charge au Japon

Malgré l'absence d'incapacité physique (Monsieur J est valide et déambule tout au long de la journée), le niveau de dépendance de Monsieur J est au plus haut niveau en raison du stade avancé d'Alzheimer : il nécessite non seulement des aides pour la quasi-totalité des tâches quotidiennes (lever, coucher, toilette et alimentation) mais également une surveillance permanente. La solution idéale serait l'entrée dans un établissement spécialisé pour les personnes atteintes de démence. Ici, le *Care-manager* a proposé un *care-plan* alternatif dans le cas où la fille de Monsieur J et son mari souhaiteraient que Monsieur J reste à domicile (un *care-plan* alternatif est également nécessaire dans le cas où il y aurait des problèmes de disponibilité de places). L'objectif du plan est de nouveau de décharger les aidants informels.

Le *care-plan* est constitué de services d'accueil de jour pour les personnes atteintes par la démence (5 jours par semaine) et de services d'hébergement de courte durée. Le coût total du plan pour la personne dépendante est de 478 euros (dans le cas du choix d'un lit) ou 531 euros (dans le cas du choix d'une chambre) avec une utilisation de 32 160 unités.

Prise en charge en France

Le niveau de dépendance de Monsieur J est estimé au GIR 2. De même que pour le cas 6, Monsieur J peut bénéficier d'un plan d'aide de l'APA allant maximum jusqu'à 1 081 euros. La prise en charge de Monsieur J est géré dans le cadre de l'APA. La Sécurité Sociale n'est pas mobilisée dans ce cas.

Le plan d'aide proposé comporte 9 jours de prise en charge par mois en centre d'accueil et 37 heures de prestations de services à domicile. Dans le cadre de l'aide apporté par les prestataires à domicile, Monsieur J bénéficie d'une aide de 45 minutes à la toilette et à l'habillage tous les jours de la semaine, d'une présence d'environ 2 h 30 par semaine pour permettre aux membres du ménage de sortir et finalement 3 h par semaine d'aide ménagère.

Le coût total du plan d'aide de l'APA représente 926 euros, soit la quasi-totalité de l'aide maximum possible. La part prise en charge par le bénéficiaire dépend de son revenu. Les tickets modérateurs sont de 15 % pour la situation 1 et de 90 % pour la situation 2. Le niveau de participation de Monsieur J s'élève alors respectivement à 139 euros et 833 euros (sans les frais d'hébergement).

BIBLIOGRAPHIE

[1] **Aglietta, M. et Blanchet, D. et Héran, F.** *Démographie et économie.* Conseil d'Analyse Économique, 2002.

[2] **Bertrand, D.** Les services de soins infirmiers à domicile en 2008. *Études et Résultats,* 739, 2010.

[3] **Bertrand, D. et Falinower, I.** Les services de soins infirmiers à domicile en 2008. *Technical report,* 2011.

[4] **Burau, V. D. et Théobald, H. et Blank, R. H.** *Governing home care : A cross-national comparison.* Edward Elgar Publishing, 2007.

[5] **Campbell, J.-C. et Ikegami, N.** Choices, policy logics and problems in the design of long-term care systems. *Social Policy & Administration,* 36(7) : 719-734, 2002.

[6] **Campbell, J.-C. et Ikegami, N.** Japan's radical reform of long-term care. *Social Policy & Administration,* 37(1) : 21-34, 2003.

[7] **Campbell, J.-C. et Ikegami, N.** Les enseignements politiques tirés de l'expérience d'autrui et des échanges internationaux en matière d'assurance sociale des soins de santé de longue durée : Allemagne, Japon et République de Corée. *Revue Internationale de Sécurité Sociale,* 62 : 73-94, 2009.

[8] **Campbell, J.-C. et Ikegami, N.** Long-term care insurance comes to Japan. *Health Affairs,* 19(3) : 26-39, 2000.

[9] **CERC.** Les services à la personne. *La Documentation française,* rapport n° 8, 2008.

[10] **Chevreul, K. et Bahrami, S. et Lucier, S. et Lelouarne, J.** Les patients en service de soins infirmiers à domicile : le coût de leur prise en charge et ses déterminants. Technical report, Direction générale de l'action sociale, 2009.

[11] **CNSA.** Les mémos. *Les mémos de la CNSA,* 2 : 1-2, 2011.

[12] **CNSA.** Pour une politique de prévention au service de l'autonomie. *CNSA RAPPORT 2010,* 2010.

[13] **Colombo, F. et Llena-Nozal, A. et Mercier, J. et Tjadens, F.** *OECD Health Policy Studies Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care: Providing and Paying for Long-Term Care.* OECD Publishing, 2011.

[14] **Commission des Comptes de la Sécurité Sociale.** Les comptes de la Sécurité Sociale. Rapport public, 2011.

[15] **Commission des Comptes de la Sécurité Sociale.** Les comptes de la Sécurité Sociale. Rapport public, 2008.

[16] **Cour des Comptes.** Les personnes âgées. Rapport public, 2005.

[17] **Da Roit, B. et Le Bihan, B.** Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies. *Milbank Quarterly,* 88(3) : 286-309, 2010.

[18] **Davis, K.** The world demographic transition. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science,* : 1-11, 1945.

[19] **Duée, M. et Rebillard, C.** La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. *INSEE*, : 613-619, 2006.

[20] **Elbaum, M.** *Économie politique de la protection sociale.* Presses Universitaires de France, 2008.

[21] **Fontaine, R.** Aider un parent âgé se fait-il au détriment de l'emploi ? *Retraite et société,* (2) : 31-61, 2010.

[22] **Gimbert, V. et Malochet, G.** Les défis de l'accompagnement du grand âge. Technical report, Conseil d'Analyse Stratégique, 2011.

[23] **Gramain, A. et Wittwer, J.** Prise en charge des personnes âgées dépendantes : quels enjeux économiques ? *Regard sur l'actualité,* 366 : 46-60, 2010.

[24] **Health and Welfare Statistics Association.** *Journal of Health and Welfare Statistics.* Health and Welfare Statistics Association, 2010/2011.

[25] **Kato, T. et Kikuchi, Y. et Kurata, S. et Maeda, M.** *Social Security Law.* Yuhikaku Arma, 2009.

[26] **Kergueris, M.-J.** Rapport d'information – Services à la personne : bilan et prospective. *Rapport du Sénat,* 589, 2010.

[27] **Lécroart, A.** Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060. 2011.

[28] **Landais, C. et Piketty, T. et Saez, E.** *Pour une révolution fiscale.* Seuil, 2011.

[29] **Le Bihan, B. et Martin, C.** A comparative case study of care systems for frail elderly people: Germany, Spain, France, Italy, United Kingdom and Sweden. *Social policy & administration,* 40(1) : 26-46, 2006.

[30] **Loones, A et Aldeghi, I.** Les emplois dans les services à domicile aux personnes âgées, Approche d'un secteur statistiquement indéfinissable. *Cahier de recherche,* (277), 2010.

[31] **Makdessi, Y. et Eghbal-Téhérani, S.** Les estimations GIR dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009. 2011.

[32] **Martin, C.** Prendre soin des personnes âgées dépendantes : le défi européen et le modèle français. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie,* 32(3) : 495-509, 2006.

[33] **Martin, C. et Le Bihan, B.** La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède : une étude de cas-types. Working Paper, 2000.

[34] **Martin, C. et Le Bihan, B. et Joël, M. et Colombini, A. et others.** 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,* (176) : 1-12, 2002.

[35] **OECD.** Health at a Glance 2011: OECD Indicators. *OECD Publishing,* 2011.

[36] **Palier, B.** *Gouverner la sécurité sociale.* Presses Universitaires de France, 2005.

[37] **Pison, G.** Le vieillissement démographique sera plus rapide au Sud qu'au Nord. *Population & sociétés,* 457, 2009.

[38] **Pison, G.** Tous les pays du monde (2011). *Population & sociétés,* 480, 2011.

[39] **Rosso-Debord, V.** Rapport d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. 2010.

[40] **Véron, J.-L.** Japon face au déclin annoncé de sa population. *Populations Sociétés,* (449), 2008.

[41] **Vasselle, A.** Rapport d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque. *Rapport du Sénat,* 263, 2011.

[42] **Vasselle, A.** Rapport d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque. *Rapport du Sénat,* 447, 2008.

[43] **Weber, F.** *Handicap et dépendance : Drames humains, enjeux politiques.* Éditions Rue d'Ulm, 2011.

COMPÉDIT BEAUREGARD S.A. – 61600 LA FERTÉ-MACÉ – TÉL. : 02 33 37 08 33
Dépôt légal : Janvier 2014 – N° d'Imprimeur : 55717