



HAL
open science

La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède. Une étude de cas-types

Claude Martin, Blanche Le Bihan, Marie-Eve Joël, Anaïs Colombini

► To cite this version:

Claude Martin, Blanche Le Bihan, Marie-Eve Joël, Anaïs Colombini. La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède. Une étude de cas-types. *Etudes et Résultats Drees*, 2002, 176, pp.1-12. halshs-00202009

HAL Id: halshs-00202009

<https://shs.hal.science/halshs-00202009v1>

Submitted on 16 Jan 2008

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Réalisée durant l'année 2001 dans six territoires européens d'Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède, une étude des modes d'évaluation et de prise en charge de « cas-types » de personnes âgées dépendantes propose une comparaison des réponses concrètes qui leur sont données.

Les systèmes de prise en charge de la dépendance de ces différents pays privilégient de façon commune le maintien à domicile de la personne âgée dépendante, et centrent l'évaluation sur la détermination du besoin d'aide, mais selon des logiques différentes.

Ainsi, offrent-ils des paniers de services distincts combinant ou non soins d'aide à la personne et soins médicaux, soins à domicile et/ou recours aux centres de jour. La combinaison entre les prestations en nature et en espèces diffère également (rôle faible des prestations en espèces en Suède et important en Allemagne).

Bien qu'il semble difficile de mettre en correspondance des logiques de prise en charge et des pathologies, surtout pour la dépendance physique, plus la dépendance des personnes est élevée, plus le nombre d'heures d'aides attribuées est partout important, excepté en Espagne.

Deux principales logiques sous-tendent par ailleurs l'articulation des financements publics et des contributions de la personne âgée ou de sa famille au paiement des services : le co-paiement (en Suède et au Royaume-Uni) ou l'aide sociale (notamment en Italie et en Espagne).

Ces logiques s'appuient sur des modes de prise en compte des revenus et des avantages fiscaux, également divers selon les pays.

En définitive, dans tous les pays – mais particulièrement dans les pays du Sud où l'offre de soins est plus limitée –, la famille demeure le pivot de la prise en charge de la personne âgée dépendante, même si des alternatives se développent.

La reconnaissance du travail de l'aidant se traduit dans certains pays, notamment au Royaume-Uni ou en Suède, par des aides financières et par la prise en compte de ses besoins au moment de l'élaboration du plan d'aide.

Blanche Le BIHAN

Lapss-ENSP
avec la collaboration de Claude MARTIN (Lapss-ENSP),
Marie-Ève JOËL et Anaïs COLOMBINI (Legos)

La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède : une étude de cas-types

Les comparaisons européennes dans le domaine des politiques sociales se concentrent généralement sur les dispositifs et leur mise en œuvre, plutôt que sur les droits individuels des usagers au sein de ces dispositifs, au demeurant peu connus. Des études comparatives sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes déjà réalisées¹ montrent que, même si la gamme de services proposés est à peu près identique dans chaque pays, la configuration des systèmes présente une assez grande variabilité, en particulier au plan local. Plusieurs facteurs expliquent cette situation : les différences entre les principes de protection sociale appliqués dans chaque pays, le degré de décentralisation des dispositifs, l'ampleur du vieillissement de la population et le rôle de la famille.

Un des principaux obstacles à une comparaison de l'offre de soins aux personnes âgées dépendantes

1. Laurence ASSOUS et Pierre RALLE, « La prise en charge de la dépendance des personnes âgées : une comparaison internationale », Études et résultats, n° 74, juillet 2000, DREES.



est l'harmonisation des cas traités. Cette étude, réalisée dans six pays de l'Union européenne pendant l'année 2001², propose, outre une approche globale des systèmes, une comparaison des droits individuels ouverts à une série de cas de personnes dépendantes. Il s'agit d'analyser les réponses concrètes des pouvoirs publics des différents pays à des situations concrètes de dépendance, particulièrement en termes de panier de services proposé. Ce dernier, qualifié en France de plan d'aide, identifie le type de prise en charge (domicile ou établissement) retenu, les prestations en espèces versées et, plus globalement, la contribution financière de l'usager et des pouvoirs publics, les actes médicaux, les soins d'aide à la personne et l'aide ménagère nécessaires dans telle situation concrète de dépendance et de vie.

La méthode retenue est l'analyse des réponses apportées dans les six sites étudiés à une palette de situations-types de dépendance (encadré 1). Dans chaque pays, les variations territoriales sont importantes, soit parce que les dispositifs sont, comme en France ou en Italie, sous la responsabilité des collectivités locales, soit du fait de l'insuffisance des dispositions nationales. L'étude porte sur des territoires : Rome en Italie, Barcelone et la Catalogne en Espagne, le département d'Ille-et-Vilaine en France, Stockholm en Suède et Münster en Allemagne³. Cette démarche d'analyse localisée nous informe aussi sur les dispositifs nationaux que l'on distinguera en utilisant le nom des pays, les territoires étant désignés par la ville, la région ou le département.

Les dispositifs de prise en charge de la dépendance : modalités et principes généraux

■ Des soins d'aide à la personne qui ne relèvent pas toujours des mêmes secteurs d'action publique.

La prise en charge d'une personne âgée dépendante nécessite à la fois des soins médicaux et une aide à la personne, même si les premiers ne sont pas toujours mentionnés dans le cadre strict des dispositifs spécifiquement centrés sur la dépendance. Exception faite de la Catalogne, où les liens sont encore très faibles, le dispositif de soins en faveur des personnes âgées dépendantes passe par

le développement, affiché comme une priorité, d'une coordination institutionnelle et professionnelle, visant à encourager le partenariat entre les deux secteurs complémentaires que sont le médical et le social.

Parmi les six pays, trois ont un système d'assurance maladie (Allemagne, Espagne et France) et deux ont un système national de santé (Italie et Royaume-Uni). Le système suédois repose sur un financement par la fiscalité locale et l'assurance maladie. Il existe, dans chacun des pays, une gestion territorialisée du secteur de la santé : autorités régionales de santé en Italie, en Suède ou au Royaume-Uni, caisses d'assurance maladie en France ou en Allemagne, ministère régional de la santé en Catalogne. Ces différents acteurs institutionnels peuvent être amenés à gérer aussi les services d'aide à la personne : les organismes de Sécurité sociale en France (encadré 2) ou les autorités régionales de santé en Italie (dans le cadre des services de prise en charge « intégrés » associant l'aide à la personne et les soins médicaux).

Dans les six pays de l'étude, un second niveau territorial intervient, dont la mission est exclusivement centrée sur la prise en charge de la dépendance et l'organisation des services d'aide à la personne : les autorités locales au Royaume-Uni ; les municipalités en Suède, Italie, Allemagne, Espagne, et le département (Conseil général) en France.

En Allemagne, il existe depuis 1994 un système d'assurance soins de longue durée dont peuvent bénéficier toutes les personnes âgées dépendantes. Par ailleurs, il existe pour les plus démunis un complément de prestations, en nature, versé par l'aide sociale, gérée elle, au niveau municipal⁴.

■ Priorité au domicile, évaluation individualisée centrée sur la détermination du besoin d'aide, mais selon des logiques différentes.

Les sites étudiés présentent un principe d'action commun : l'évaluation individualisée des besoins. Chacune des politiques élaborées s'organise autour de la gestion par cas et affiche sur le principe une même priorité, le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. À un moment ou à un autre de la pro-

cedure d'attribution des services ou prestations financières, une équipe de professionnels, composée de médecins et/ou de travailleurs sociaux, intervient auprès de la personne âgée afin d'identifier avec précision ses besoins.

Le besoin d'aide est au cœur des dispositifs de prise en charge des personnes âgées dans les six pays de l'étude. Partout, ces dispositifs visent à identifier les besoins de la personne âgée, en repérant les capacités et incapacités à accomplir tel ou tel acte de la vie quotidienne – marcher, se déplacer, se lever, s'habiller, faire sa toilette – et en tenant compte de l'environnement social et familial de la personne âgée et de ses pathologies physiques et psychiques. Centrées autour du besoin d'aide, les démarches d'évaluation varient selon les outils utilisés, la dimension – médicale ou sociale – privilégiée, et le type de professionnels impliqués (encadré 3).

Il existe toutefois des différences qui renvoient à la distinction opérée ou non et plus ou moins formalisée, entre le niveau de besoin et le type d'aide (aide ménagère, aide à la personne...). La Suède et l'Allemagne présentent à cet égard deux cas de figure opposés. L'assurance soins de longue durée du système allemand distingue trois niveaux de besoins, auxquels correspondent, de façon très formalisée, des niveaux de besoin théorique d'aide en temps, auxquels sont

2. Nous avons donc étudié le cas français dans le cadre du dispositif de la Prestation spécifique dépendance (PSD). Depuis, la France a adopté un nouveau dispositif, l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

3. Au Royaume-Uni, il est courant dans ce type d'enquête de conserver l'anonymat des sites mentionnés. Nous évoquerons donc « le site du Royaume-Uni ».

4. L'aide sociale vient en complément de l'assurance dépendance pour les personnes les plus démunies. Les critères d'accès sont les suivants :

- les ressources du ménage et des enfants ;
- le niveau de besoin : les personnes âgées les plus démunies peuvent aussi avoir accès à l'aide sociale lorsque leur besoin d'aide est inférieur au seuil au-dessus duquel les besoins sont couverts par l'assurance dépendance ;
- l'existence ou non d'une aide informelle.

E•1

Méthodologie de l'étude

La construction des cas-types : douze « histoires » de vie

Le choix a été fait de construire les situations à partir des critères pertinents au regard de la politique française en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Trois critères principaux ont ainsi été identifiés : les ressources, le niveau de dépendance et l'existence ou non de soutien familial (tableau ci-dessous).

Nous nous sommes appuyés sur la grille AGGIR et ses six niveaux de dépendance : la catégorie des GIR 3/4, qui intègre les cas de dépendance moyenne comprend en France les cas les plus problématiques (malades d'ambulants, polyarthrite rhumatoïde, maladie de Parkinson, poussées de délire et d'agressivité...). En revanche, la catégorie des GIR 1 comprend les personnes âgées les plus lourdement dépendantes, dont les situations ont de fortes chances de recevoir un même type de traitement dans les différents pays étudiés.

Par ailleurs, il s'est avéré essentiel de préciser les conditions familiales de vie de la personne âgée : présence ou non d'un conjoint, voire d'enfants sous le même toit que la personne âgée, proximité ou non d'enfants. Les relations entre les enfants et les parents, et entre les deux conjoints sont, elles aussi, précisées.

Nous avons choisi de partir des situations cliniques auxquelles sont confrontés quotidiennement les médecins et les travailleurs sociaux des équipes médico-sociales du dispositif de la Prestation spécifique dépendance (PSD). Le médecin coordonnateur de l'équipe médico-sociale (EMS) du département Ille-et-Vilaine nous a en outre aidés à identifier les différentes pathologies mentales et physiques les plus fréquemment rencontrées dans les dossiers traités par les commissions d'attribution.

Les cas-types se présentent sous la forme de douze « histoires » de vie, retraçant la situation familiale, médicale et mentale de la personne âgée, et insistant sur les difficultés rencontrées dans sa vie quotidienne : difficultés à accomplir les tâches domestiques, les actes d'hygiène et de soins, à se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile, enfin à communiquer avec son entourage. Ces douze « histoires » de vie ont été déclinées selon deux situations économiques, l'une aisée, l'autre plus difficile, détaillant l'ensemble des revenus (salaires, patrimoine, capitaux).

Caractéristiques des douze cas-types¹ (tableau).

La sollicitation d'experts dans les six pays de l'étude

Les experts et les réseaux de professionnels mobilisés dans les six pays étudiés nous ont aidés pour traiter les cas-types et identifier les paniers de service attribués aux personnes âgées selon leurs situations de dépendance.

Nous tenons à remercier ici les experts responsables des équipes associées à cette recherche : D^r Klaus Telger, Peter Arndt (Allemagne) ; D^r Merce Boada Rovira, D^r Tarraga, D^r Patricio (Espagne) ; D^r Marie-Luce Le Guen (France) ; M^{me} Aurelia Floréa, D^r Luisa Bartorelli (Italie) ; P^r Bleddyn Davies, M. Robin Saunders (Royaume-Uni) ; D^r Leenarth Johansson (Suède).

Présentation résumée des douze cas-types

Cas n°, nom, âge	Situation familiale	Situation clinique	Dépendance
1, Monsieur A, 89 ans	Célibataire Vit avec sa mère	Insuffisance cardiaque Amputation de la jambe gauche	Aide pour l'hygiène, s'habiller, se déshabiller. Béquille pour se déplacer
2, Madame B, 79 ans	Veuve Deux enfants qui habitent loin	Fractures du fémur à répétition	Cannes pour se déplacer De moins en moins autonome (alitée) Dépressive
3, Madame C, 81 ans	Veuve Pas d'enfant, pas de réseau social	Diabétique Aveugle	Partiellement autonome (toilette complète et cuisine difficile seule)
4, Madame D, 71 ans	Mariée Vit aussi avec sa mère Un fils à proximité	Alcoolique Fracture du fémur	Autonome pour la plupart des actes quotidiens Dépressive et agressive Conjoint fatigué
5, Monsieur E, 69 ans	Marié, conjoint autonome Trois enfants dont une fille à proximité	Hémiplégie et aphasie suite à un accident cardio-vasculaire	Aides techniques (fauteuil et déambulateur) Partiellement autonome
6, Madame O, 68 ans	Mariée Trois enfants dont deux à proximité	Alzheimer	Aide jour et nuit Conjoint très impliqué dans la prise en charge
7, Monsieur T, 88 ans	Marié Deux enfants à proximité	Dégénérescence neurologique	Totalement dépendant Conjointe déprimée
8, Monsieur P, 78 ans	Marié Deux enfants à proximité	Alzheimer Conjointe est cardiaque	Aide importante nécessaire, pour Monsieur P mais aussi pour soulager sa femme
9, Madame G, 85 ans	Vit chez sa fille (unique et divorcée)	Parkinson depuis trois ans	Aide nécessaire pour tous les actes quotidiens Refuse de boire
10, Monsieur H, 79 ans	Vit seul Fils agriculteur en retraite, marié	Début d'Alzheimer, très dépressif	Pas de dépendance physique mais laisser-aller complet
11, Monsieur R, 87 ans	Marié Une fille au chômage à proximité	Attaque cardiaque il y a quinze ans	Problème pour se déplacer Problèmes de mémoire Aide importante nécessaire pour les actes quotidiens
12, Monsieur J, 80 ans	Vit avec sa fille et son gendre (à la retraite)	Alzheimer avancé	Très dépendant Surveillance continue Épuisement de sa fille

1. Seules les principales caractéristiques des douze cas-types apparaissent dans ce tableau. L'encadré 3 reprend de façon plus détaillée six de ces cas. Les douze cas sont développés dans un article de la revue *Dossiers Solidarité et Santé* à paraître.

associés des temps réels d'aide à la personne⁵. On a donc une articulation très forte entre niveau de besoin d'aide et type d'aide.

En revanche, le dispositif d'évaluation suédois est beaucoup moins formalisé puisqu'il est élaboré par les *care managers* eux-mêmes⁶. Le niveau de dépendance n'est pas explicitement mentionné, l'évaluation porte sur la situation de perte d'autonomie et vise à identifier directement le type d'aide et le nombre d'heures nécessaires. Sont aussi précisés le moment de la journée et la fréquence du besoin d'aide. Jusqu'à présent informelle et fondée sur la seule expérience et appréciation du *care manager*, la démarche d'évaluation mobilise aujourd'hui certaines grilles internationales.

Le dispositif français, en s'appuyant sur la grille AGGIR, s'intéresse à la détermination du degré de dépendance, c'est-à-dire d'incapacités, lequel s'apparente au niveau de besoin dans les autres pays (Suède, Allemagne, Royaume-Uni, Espagne). Dans un deuxième temps, et au cas par cas, l'équipe d'évaluation identifie le type et le nombre d'heures d'aide nécessaires. C'est le moment de la formulation du plan d'aide.

Le site du Royaume-Uni présente en ce sens un dispositif assez analogue, fondé sur la distinction entre l'étape d'évaluation du besoin d'aide, notion à laquelle il faut ajouter celle de « risque induit par la situation de dépendance » (voir encadré 2), et l'étape de la détermination du type d'intervention nécessaire. Mais

la procédure d'évaluation est beaucoup moins formalisée que dans le cas français, et le dispositif s'apparente au dispositif suédois par la marge de manœuvre et la liberté d'appréciation laissées au *care manager*.

Les dispositifs italien et espagnol, enfin, sont complexes et font appel à de multiples outils internationaux (voir encadré 2), dont l'utilisation varie selon les territoires, voire même, comme c'est le cas à Rome, selon les équipes d'évaluation. Ces grilles visent elles aussi à la détermination du niveau de besoin, qualifié à Rome de « degré d'autonomie ». La définition du type d'aide intervient une fois encore dans un deuxième temps. Mais la faible capacité de l'offre, déterminante pour définir le type d'aide proposé, oblige à une certaine souplesse dans la pratique du dispositif et lui confère même une dimension plutôt aléatoire.

La logique de gestion au « cas par cas » implique aussi de suivre l'évolution de la situation de dépendance. À Stockholm, les plans d'aide sont établis pour une durée de un à trois mois au bout de laquelle ils sont réajustés. À Münster, la date de réévaluation des besoins de la personne âgée est prévue dès la première évaluation. Dans le site du Royaume-Uni, une première visite est effectuée un mois après la mise en place du plan d'aide. En France, dans le département d'Ille-et-Vilaine, les travailleurs sociaux effectuent une à deux visites par an à la personne âgée. Par contre, à Barcelone, comme à Rome, le suivi est effectué au cas par cas, sur demande de la famille ou des professionnels intervenant auprès de la personne dépendante.

5. Dispositif d'assurance soins de longue durée en Allemagne :

Niveau Besoin théorique d'aide

I	46 minutes d'aide à la personne et 46 minutes d'aide domestique
II	120 minutes d'aide à la personne et 61 minutes d'aide domestique
III	240 minutes d'aide à la personne et 61 minutes d'aide domestique

Temps effectivement accordé à Münster :

I	24 minutes par jour
II	57 minutes par jour
III	84 minutes par jour

6. Aucune évaluation en termes de niveau n'a été effectuée au moment de l'évaluation de nos cas-types.

E•2

Éléments recueillis concernant les outils de l'évaluation dans les différents sites

Dans le site du Royaume-Uni, l'évaluation est effectuée par un *care manager*, qui est souvent un travailleur social ou un psychologue. Le processus d'évaluation repose sur une question : la personne âgée a-t-elle ou non besoin d'aide pour accomplir telle ou telle tâche/activité ? À cela s'ajoute une grille plus thématique (environnement, santé, vie familiale...) qui permet d'identifier d'une autre façon les besoins de la personne âgée et d'évaluer ses conditions de santé physique et mentale. Chaque autorité locale élabore librement sa propre grille d'évaluation. Dans le site choisi, deux éléments sont pris en compte : le risque induit par la situation et la complexité des services nécessaires. La procédure d'évaluation aboutit au classement en trois niveaux, de dépendance d'une part, de risque encouru par la personne âgée d'autre part.

À Münster, dans le cas de l'assurance soins de longue durée, l'évaluation est réalisée par un médecin. Ce dernier utilise une grille d'évaluation qui a été élaborée par une Commission pluridisciplinaire au milieu des années 90. L'évaluation porte sur les actes de la vie quotidienne et l'état de santé de la personne âgée. Dans le cas de l'aide sociale, l'évaluation est effectuée par une assistante sociale qui va réutiliser l'évaluation faite par le médecin dans le cadre de l'assurance soins de longue durée.

À Rome, l'évaluation est effectuée par une équipe pluridisciplinaire dirigée par un médecin. Le choix se fait parmi le panel des grilles d'évaluation internationales : la grille ADL (Activities of daily living), Mini Mental State, Clinical dementia rating, Geriatric index of comorbidity sont fréquemment utilisées et accordent une place importante à la dimension médicale (identification des pathologies physiques et psychiques). De leur côté, les municipalités utilisent leurs propres grilles d'évaluation et s'attachent plus spécifiquement aux conditions de vie de la personne âgée (environnement social et familial, ressources financières). Le développement du dispositif d'aide à domicile « intégré », fondé sur la détermination d'une prise en charge à la fois médicale et sociale, vise à effectuer simultanément ces deux types d'évaluation afin d'assurer une prise en charge cohérente.

En Catalogne, le département du bien être social a mis en place un questionnaire d'évaluation à partir de différents outils internationaux : l'échelle Barthel qui porte sur les activités quotidiennes (s'habiller, se laver...); l'échelle Lawton et Brody qui porte sur les capacités à effectuer les activités instrumentales (téléphone, courses, médication...); c'est à partir de la grille Feifer, qui porte sur les capacités cognitives de la personne âgée, que les personnes âgées sont réparties en niveaux de dépendance.

À Stockholm, le *care manager* effectue l'évaluation dans le cadre d'une discussion avec la personne âgée. Il peut utiliser les grilles d'évaluation internationales et faire appel à des professionnels du secteur sanitaire s'il le juge utile.

En France, la grille AGGIR utilisée sur l'ensemble du territoire français pour évaluer le niveau de dépendance de la personne âgée distingue six niveaux de dépendance. Dans le cadre du dispositif PSD, en place au moment de l'étude, les trois premiers niveaux (GIR 1, 2, 3), en termes de plus lourde dépendance, relèvent des dispositifs gérés par les conseils généraux, donc des départements (Prestation spécifique dépendance); les trois autres (GIR 4, 5, 6) relèvent des dispositifs gérés par les caisses de retraite (attribution d'heures d'aide ménagère). Notons cependant qu'en Ille-et-Vilaine, département où les cas-types ont été traités, le conseil général avait déjà étendu la PSD aux cas de GIR 4, lorsque le plan d'aide était supérieur à 30h d'intervention, anticipant la réforme actuelle.

■ **L'organisation de la prise en charge : prestations en nature et en espèces.**

On retrouve dans les six sites étudiés des services qui offrent des prestations de nature similaire : services de soins infirmiers, d'aide à la personne, d'aide ménagère, d'aide technique pour ce qui concerne le maintien à domicile ; foyers logements (à l'exception de Rome), maisons de retraite, centres de jour, hôpitaux gériatriques, établissements psychiatriques pour ce qui concerne l'accueil provisoire ou permanent en établissement (tableau 1). C'est en fait

la capacité d'offre de services qui diffère d'un territoire à l'autre : à Barcelone et à Rome, le nombre d'heures d'aide à domicile est plafonné à 3h par semaine dans le premier cas, 12h dans le second ; la téléalarme n'existe qu'à titre expérimental à Rome, les aides techniques sont systématiques à Münster, en Ile-et-Vilaine ou dans le site du Royaume-Uni... Ces écarts de l'offre se traduisent par des combinaisons de services différentes pour assurer la prise en charge d'une même situation de dépendance.

Il existe également dans tous les pays des prestations en espèces (voir tableau 1), affectées ou non, attribuées pour aider à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, mais elles n'occupent pas la même place dans les dispositifs de prise en charge.

Ainsi, en France, la détermination du panier de services – du plan d'aide – passe nécessairement par la procédure d'attribution de la Prestation spécifique dépendance (PSD), et depuis 2002 de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

T 01 les prestations en espèces

	Financement	Destinataires	Objectifs	Montant
<i>Indennita di accompagnamento</i> (Italie)	Administration centrale (impôts)	Personnes dépendantes	Financement de services d'aide ou rémunération d'un proche	400 euros / mois
<i>Prestations en espèce locales</i> (Italie)	Régions et communes	Personnes dépendantes, en dessous d'un certain seuil de revenus.	<ul style="list-style-type: none"> Financement de services d'aide ou rémunération d'un proche Réduire le placement en établissement 	Fonction des autorités locales
<i>Attendance Allowance/ Invalid care allowance pour les aidants</i> (Royaume-Uni)	Prestation nationale	Personnes de plus de 65 ans, handicapées ou malades qui ont besoin d'aide	Attribuée comme un supplément aux revenus standards (<i>Income Support</i> et <i>retirement pension</i>)	328 euros/mois pour une aide de jour et de nuit 220 euros/mois pour une aide de jour ou de nuit
<i>Direct payments</i> (Royaume-Uni)	Autorités locales	Personnes handicapées de moins de 65 ans et depuis février 2000, personnes âgées de plus de 65 ans	<i>Community Care Direct Payment Act</i> de 1996 permet aux autorités locales de remplacer le panier de services par une somme d'argent globale pour financer les interventions nécessaires (procédure qui reste marginale pour le moment)	Dépend de l'évaluation des besoins
Prestation spécifique dépendance (France)	Conseil général	<ul style="list-style-type: none"> Versée aux personnes âgées dépendantes de plus de 60 ans Fonction des revenus ; plafond à 950 euros pour une personne seule 1590 euros pour un couple 	Attribuée pour financer un plan d'aide	Fonction du niveau de revenus et du niveau de dépendance
Allocation personnalisée d'autonomie (APA), a remplacé la PSD depuis janvier 2002	Conseil général	Versée aux personnes dépendantes de plus de 60 ans	Attribuée pour financer un plan d'aide	Montant proportionnel aux revenus, selon le principe du ticket modérateur.
Assurance dépendance en espèces (Allemagne)	Cotisations	Personne âgée dépendante	Assurance soins de longue durée	Niveau I : 204 euros Niveau II : 409 euros Niveau III : 665 euros
<i>Ayuda de soporte a las familias con una persona mayor discapacitada</i> (Espagne)	Prestation nationale	Famille de la personne âgée dépendante	Aide aux familles hébergeant une personne âgée dépendante	240 à 542 euros par mois
Prestation en espèces (Suède)	Prestation nationale	Membre de la famille	Ancien système de prise en charge	Entre 158 et 476 euros par mois

En Suède, la prestation en espèces n'existe plus et le dispositif de prise en charge des personnes âgées dépendantes repose uniquement sur la détermination du besoin, l'élaboration du panier de services et son financement par les services municipaux. Dans les autres pays, attribution des prestations financières et détermination du panier de services constituent des procédures indépendantes. Ainsi au Royaume-Uni, toute personne qui en fait la demande a le droit à une évaluation de ses besoins et à la détermination des services nécessaires à une bonne prise en charge de sa situation. Dans un deuxième temps, les autorités locales gèrent la question du financement et calculent la contribution financière de chacun. Si la personne en bénéficie, l'*Attendance allowance* (voir tableau 1), dont l'utilisation n'est pas contrôlée, est alors incluse dans le calcul des revenus. La situation est la même en Italie avec l'*Indennità di accompagnamento*. En Catalogne, on retrouve cette logique du panier de services, les prestations en espèce étant destinées aux membres de la famille qui hébergent à

domicile une personne âgée dépendante. En Allemagne, la personne âgée a le choix entre une prestation en nature – le dispositif s'apparente alors au système français – ou à une prestation en espèces. Dans ce dernier cas, la personne âgée ne peut financer un panier de services aussi fourni que si elle fait le choix de la prestation en nature, mais elle bénéficie d'une totale liberté dans l'utilisation de la somme attribuée. En outre, la combinaison des prestations est possible : si la personne âgée fait le choix d'une prestation en nature et si l'évaluation de ses besoins est supérieure au coût des services attribués, la personne âgée perçoit la différence en espèces. Elle peut alors compléter et financer les services d'aide nécessaires.

Les réponses concrètes des différents pays à des situations-types de dépendance

Dans les six pays, la priorité affichée est le maintien à domicile des personnes âgées, l'institutionnalisation n'étant proposée que dans les cas les plus comple-

xes. Plusieurs facteurs interviennent : le niveau de dépendance, la présence ou non d'un aidant informel et sa capacité à participer aux tâches de « *carving* », les possibilités d'aide au financement de ces services.

C'est à Barcelone et à Rome que les réponses en termes d'entrée en établissement sont les plus fréquentes. Le plafonnement du nombre d'heures d'aide à domicile – 12h par semaine à Rome et 3h à Barcelone – rend en effet difficile le maintien à domicile des personnes âgées très dépendantes dont le besoin d'aide est important si elles ne bénéficient pas aussi d'un soutien familial important⁷. Monsieur T (encadré 3), évalué très dépendant dans les six pays et qui ne peut accomplir seul les actes de la vie quotidienne, se voit ainsi proposer à Rome un placement en institution. Le choix de l'institution vise aussi à soulager

7. À Barcelone, la question de l'intervention des pouvoirs publics ne se pose que dans la mesure où aucun membre de la famille ne peut assurer la prise en charge.

T 02 les composants du panier de services

	Services médicaux	Services d'aide à la personne	Accueil provisoire en établissement
Allemagne (Münster)	- Soins infirmiers - Soins thérapeutiques - Soins psychiatriques	- Soins d'hygiène - Aide ménagère - Aides techniques - Téléalarme - Portage de repas à domicile - Adaptation du logement - Services de Transports	Centre de jour Hôpital de jour Hébergement temporaire (surtout durant la période estivale)
Espagne (Catalogne)	Soins thérapeutiques (logothérapie)	- Soins d'hygiène - Aide ménagère - Téléalarme - Portage de repas à domicile - Adaptation du logement - Services de transports	Centre de jour et Hébergement temporaire très fréquent en théorie (mais soumis aux conditions, limitées de l'offre)
France (Ille-et-Vilaine)	- Aides soignantes (SSIAD) - Soins infirmiers - Soins thérapeutiques	- Soins d'hygiène - Aide ménagère - Aide technique - Adaptation du logement - Téléalarme	Centre de jour et hébergement temporaire rares
Italie (Rome)	- Soins infirmiers - Visites du médecin - Spécialistes	- Soins d'hygiène - Aide ménagère	Hébergement temporaire en hôpital gériatrique et centre de jour très fréquent
Site du Royaume-Uni	Soins infirmiers Démarches médicales à effectuer sont mentionnées : évaluation médicale, psychiatrique...	- Soins d'hygiène - Auxiliaire de vie (suivi et soutien moral) - Adaptations du logement - Téléalarme - Aides techniques	Centre de jour fréquent
Suède (Stockholm)	Soins infirmiers	- Soins d'hygiène (pour une période de 1 à 3 mois) - Adaptations du logement - Aides techniques - Téléalarme - Portage de repas à domicile - Services de Transports	Centre de jour et hébergement temporaire n'ont pas été « prescrits » pour nos cas-types

Madame T qui s'occupe pour le moment de son mari mais peut de plus en plus difficilement assumer cette charge au quotidien.

Dans les quatre autres sites, la capacité d'offre de services financés par les pouvoirs publics est plus forte et donne aux équipes d'évaluation davantage de marge de manœuvre dans le choix du maintien à domicile.

■ Des paniers de services différents selon les pays.

La combinaison entre soins d'aide à la personne et soins médicaux

Les paniers de services ne font pas toujours mention des soins médicaux nécessaires à la personne. Ils ne sont donc pas toujours « mixtes » (tableau 2). Le cas de Monsieur T, évalué très dépendant physiquement et psychologiquement dans

tous les pays, permet d'apprécier ces écarts. Dans le site du Royaume-Uni, le panier de services proposé à Monsieur T préconise non seulement des soins infirmiers, mais aussi des démarches médicales complémentaires (évaluation psycho-gériatrique, contrôle surdité et incontinence). À Stockholm, il n'est fait aucune mention des soins médicaux nécessaires. Cela ne signifie en aucune manière que l'état de Monsieur T ne requiert aucune intervention médicale, mais que la prise en charge médicale est indépendante de l'élaboration du panier de services d'aide à la personne. On retrouve ce même principe à Barcelone. En revanche, à Rome, les soins médicaux sont très présents dans les paniers de services, mais selon une logique bien différente du cas anglais. Le panier de services est à la fois médical et

social et la détermination des services nécessaires est effectuée par la même équipe. Le développement d'une offre de soins « intégrés », fondée sur une approche globale de la personne âgée, donne en effet au plan d'aide une forte dimension médicale. En outre, les actes médicaux sont pris en charge financièrement en intégralité par la région. Ils sont donc souvent proposés pour compléter les services d'aide à domicile financés par la municipalité lorsqu'ils s'avèrent insuffisants pour répondre aux besoins de la personne âgée.

L'existence de prises en charge mixtes à domicile et en centre de jour

Le panier de services peut par ailleurs associer des services de maintien à domicile et un accueil temporaire en institution. Cette combinaison est particulièrement fréquente à Rome et à Barcelone. Madame G, atteinte de la maladie de Parkinson (encadré 3), a par exemple besoin d'aide sur le plan physique comme sur le plan psychologique. Elle est aussi une charge permanente pour sa fille. Le maintien à domicile est proposé dans les six pays, mais dans le site du Royaume-Uni, comme à Barcelone et à Rome, l'équipe d'évaluation suggère aussi un accueil en centre de jour ou hôpital gériatrique, afin de soulager l'aidant informel et de lui libérer du temps. À Barcelone, la faible capacité de l'offre rend difficile la mise en œuvre effective de cette combinaison domicile/établissement. En Ile-et-Vilaine, le coût du centre de jour est à la charge de l'usager, il n'est donc proposé que dans les situations de revenus élevés.

Une palette plus ou moins variée de services

Monsieur E, qui souffre d'une aphasie et de certains troubles suite à son accident cardio-vasculaire, est évalué comme moyennement dépendant dans les six pays. À Münster, la très large palette de services proposés est significative des capacités d'offre disponibles : services d'aide à la personne, mais aussi soins paramédicaux (ergothérapie, physiothérapie, logothérapie), adaptation du logement et aides techniques pour faciliter les déplacements de Monsieur E dans son fauteuil roulant, et enfin transports publics gratuits ainsi que dix trajets en vé-

E-3

Six exemples de cas-types étudiés

• **Madame B (cas 2)**, 79 ans, est veuve depuis peu. Elle a beaucoup de mal à se remettre de sa seconde opération du col de fémur gauche. En trois mois, sa situation, déjà préoccupante, s'est en effet fortement dégradée : à nouveau hospitalisée pour une plaie du gros orteil, elle ne marche désormais plus toute seule et reste alitée toute la journée. Sur le plan moral, la situation n'est pas meilleure et Madame B souffre de dépression.

• **Madame D (cas 4)**, âgée de 71 ans, est alcoolique. Elle souffre d'insuffisance hépatique avec une cirrhose évoluée. En outre, elle se remet difficilement d'une fracture du col du fémur qu'elle a eu il y a un an. Dépressive, elle est agressive avec son entourage – son conjoint et sa propre mère, elle-même dépendante et en attente d'une place en maison de retraite. Elle a besoin d'aide pour faire sa toilette ou se déplacer.

• **Monsieur E (cas 5)**, 69 ans, vit avec sa femme, 73 ans, autonome. Il a eu un accident cardio-vasculaire qui a provoqué une hémiplégié et une aphasie. Six mois après l'accident, les séquelles restent très incertaines. Monsieur E se déplace avec un déambulateur et utilise un fauteuil roulant. Totalement dépendant juste après son accident, il parvient partiellement à s'habiller seul, peut assurer le passage du fauteuil à la chaise, mais doit être aidé pour s'installer dans son fauteuil le matin. Il semble que Monsieur E prenne certains risques dans la mesure où il évalue encore mal le danger : il a ainsi tendance à manger trop vite, à se déplacer et se laver trop vite. Madame E est un soutien permanent pour son mari. Mais le temps passant, elle montre des signes d'épuisement.

• **Madame G (cas 9)**, 85 ans, habite chez sa fille unique, enseignante dans une petite ville de province. Cette dernière est divorcée et a un fils de 15 ans qui vit avec les deux femmes. Madame G souffre de la maladie de Parkinson depuis maintenant trois ans. Sujette à de fréquents vertiges, elle a fait un certain nombre de chutes. Son état s'est beaucoup aggravé : elle ne peut plus communiquer et semble avoir du mal à comprendre ce qu'on lui dit, elle a de fréquents troubles de concentration et ne peut pas prendre ses médicaments toute seule. Elle a aussi besoin de soins quotidiens pour des escarres. Enfin, elle refuse de boire. Son état exige donc une aide dans tous les actes de la vie quotidienne.

• **Monsieur H (cas 10)** a 79 ans et vit seul dans son appartement. Il montre les signes d'un début de maladie d'Alzheimer : dépressif, il passe ses après-midi au lit, et n'a aucun intérêt pour ce qui l'entoure. Il est certes cohérent et parvient à s'orienter, mais souffre de pertes de mémoire. Son appartement est en très grand désordre, le ménage ne semble jamais fait.

• **Monsieur T (cas 7)**, 88 ans, vit avec sa femme, âgée de 76 ans dans un grand appartement en centre ville. Le couple a eu deux enfants, qui ont une bonne situation professionnelle et vivent dans la même ville. Cependant, les relations parents-enfants sont assez conflictuelles. Monsieur T souffre de dégénérescence neurologique, il est fortement dépendant psychologiquement et physiquement : il ne peut effectuer aucune activité de sa vie quotidienne seul. M^{me} T s'occupe de son mari au quotidien. Elle refuse d'accepter la dégradation des capacités de son mari, ce qui rend la situation très difficile. Elle est d'ailleurs déprimée et suivie par un psychiatre.

hicules spécialisés. L'Ille-et-Vilaine et le site du Royaume-Uni viennent en deuxième position si l'on s'intéresse à la variété des services offerts. À Rome, la variété existe, mais selon une autre logique : il s'agit surtout de combiner plusieurs éléments (soins médicaux, soins d'aide à la personne, accueil temporaire en établissement gériatrique) afin d'organiser la meilleure prise en charge possible et de pallier les insuffisances de l'offre.

Enfin, deux sites présentent des spécificités. Au Royaume-Uni, le panier de services proposés est très détaillé : ainsi l'état de dépendance de Madame G nécessite des soins infirmiers quotidiens, ½ heure de soins d'aide à la personne le matin, ½ h le midi, ½ h le soir, ainsi qu'un portage de repas tous les jours. Dans les autres pays, le nombre d'heures attribué à Madame G varie de 1h à 2h30 par jour, mais le détail de l'organisation du temps passé auprès de la personne âgée n'est pas précisé. À Stockholm, la période d'attribution des services est limitée à un, deux, ou trois mois, afin d'ajuster régulièrement le panier de services à l'évolution des besoins de la personne. Madame G bénéficie d'une visite quotidienne de l'aide à domicile qui assure les soins d'hygiène, et ce, pour une durée d'un mois.

■ Des logiques de prise en charge en fonction des pathologies difficiles à identifier.

Il est difficile d'identifier des logiques de traitement en fonction des pathologies surtout pour la dépendance physique (tableau 3a). Par contre, l'évaluation des cas de dépendance psychique présente une certaine homogénéité (tableau 3b), à l'exception du cas de Monsieur H, Alzheimer léger (cas 10).

L'augmentation du niveau de dépendance de la personne âgée doit selon toute logique entraîner une augmentation des services proposés. A l'exception de Barcelone, où l'offre de services très limitée ne donne aucune marge de manœuvre aux équipes d'évaluation, le panier de services est plus fourni pour les cas de dépendance élevée. Mais le type de réponse apportée par les pouvoirs publics pour la prise en charge d'une même situation de dépendance varie selon les pays, elle se structure autour des combinaisons de services différentes.

En Ille-et-Vilaine, plus la personne est dépendante, plus le nombre d'heures d'aide à domicile est important. Plus la personne est dépendante, plus se pose la question de l'accueil en établissement de façon permanente, avec la situation intermédiaire de l'accueil en centre de jour

ou de l'hébergement temporaire. Dans les situations proposées, le cas 1, évalué GIR 4 (dépendance moyenne), bénéficie de 28h d'aide à domicile, le cas 6 évalué GIR 1 de 90h d'aide à domicile. Le cas 7, évalué GIR 1/GIR 2 se voit proposer un panier mixte : aide à domicile / accueil de jour et hébergement temporaire.

Dans le site du Royaume-Uni, l'augmentation du niveau de dépendance entraîne une augmentation du nombre d'heures d'aide à domicile. Mais à ces heures peut s'ajouter un accueil hebdomadaire en centre de jour dans les cas de dépendance psychique. On retrouve cette corrélation entre l'aide apportée et le niveau de dépendance à Münster dans le cas de la prestation en espèces (montant alloué plus important) comme de la prestation en nature (nombre d'heures plus élevé). Le dispositif est très formalisé puisque les correspondances entre aide et niveau de dépendance sont définies légalement.

À Stockholm, les niveaux de prestations sont davantage liés au type de dépendance (physique ou psychique). Les paniers de services sont relativement homogènes au sein des deux catégories – dépendants physique d'une part, psychique d'autre part.

À Rome, l'augmentation de l'offre de services obéit à des logiques différentes.

T 03a évaluation du niveau de dépendance physique des cas-types selon les sites

	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5
France (Ille-et-Vilaine)	GIR 3 et 4	GIR 2	GIR 4	GIR 4	GIR 3 et 4
Italie (Rome)	Partiellement autonome	Partiellement autonome	Partiellement autonome	Partiellement autonome	Dépendant
Site du Royaume-Uni	Moyenne	Haute	Moyenne	Moyenne	Moyenne
Espagne (Barcelone)	Moyenne	Moyenne / haute	Modérée	Modérée	Modérée
Allemagne (Münster)*	1	2	0	1	2
Suède (Stockholm)	Non précisé	Non précisé	Non précisé	Non précisé	Non précisé

T 03b évaluation du niveau de dépendance psychiques des cas-types selon les sites

	Cas 6 Alzheimer	Cas 7 Dégénérescence neurologique	Cas 8 Alzheimer	Cas 9 Parkinson	Cas 10 Alzheimer léger	Cas 11 Attaque	Cas 12 Alzheimer avancé
France (Ille-et-Vilaine)	GIR 1	GIR 1 et 2	GIR 2	GIR 2	GIR 6	GIR 2	GIR 2
Italie (Rome)	Totalement dépendant	Totalement dépendant	Dépendant	Partiellement autonome	Dépendant	Dépendant	Totalement dépendant.
Site du Royaume-Uni	Haute	Haute	Moyenne	Moyenne	Moyenne	Haute	Haute
Espagne (Barcelone)	Haute	Haute	Haute	Haute	Modérée à Moyenne	Haute	Haute
Allemagne (Münster)*	3	2	2	2	0	1	2
Suède (Stockholm)	Non précisé	Non précisé	Non précisé	Non précisé	Non précisé	Non précisé	Non précisé

* Voir note 5 page 4 de cet article.

Puisqu'il existe un plafonnement de l'aide à domicile accordée par les services sociaux de la municipalité de Rome. L'accueil en centre de jour, et l'hébergement temporaire en établissements médicalisés (financés par le secteur de la santé) sont fréquents, notamment dans les cas de dépendance élevée.

La contribution financière de la personne âgée et de sa famille

Dans chacun des pays, la prise en charge de la dépendance par les pouvoirs publics passe aussi par une aide au financement du panier de services. Quelle

est alors la contribution financière laissée à la personne âgée et comment est-elle évaluée ?

La logique dans laquelle s'inscrivent les financements des pouvoirs publics conduit d'abord à distinguer les catégories de population auxquelles une aide financière est apportée (et à quelle hauteur) et celles à qui une contribution financière, parfois importante, peut être demandée.

■ Deux principales logiques de financement.

Deux principales logiques sous-tendent l'articulation des financements pu-

blics et des contributions privées⁸ : une logique du co-paiement (Suède, Royaume-Uni) et une logique d'aide sociale (Espagne, Italie, France, Allemagne dans le cas de la prise en charge municipale). Examinons le cas de Madame C, âgée de 81 ans, veuve depuis six ans et sans enfants (cas 3). Elle souffre de diabète et a été évaluée moyennement dépendante. Le calcul de la contribution financière de Madame C a été étudié pour deux situations financières :

- Pour des ressources très faibles, entre 487 et 608 euros par mois, Madame C n'étant pas propriétaire de son logement et possédant peu de patrimoine mobilier.

T 04 logiques de financement : seuils d'intervention et population cible

	Logique de financement	Seuils d'intervention	Population cible
Suède (Stockholm)	Co-paiement	Contribution proportionnelle aux revenus	L'ensemble de la population
Site du Royaume-Uni	Co-paiement	Barème : - Revenus inférieurs à 567 euros : 24,4 euros - Entre 567 euros et 902 euros : 42,7 euros - Revenus entre 902 euros et 1 152 euros : 67 euros - Revenus 1 152 euros et 1 274 euros : 85,4 euros - Revenus entre 1 274 euros et 1 396 euros : 110 euros - Revenus supérieurs à 1 396 euros : 171 euros	L'ensemble de la population
Italie (Rome)	Aide sociale	- 725 euros pour personne seule - 829 euros pour un couple - 829 euros pour une personne seule avec Indennita di Acc. - 985 euros pour un couple avec Indennita di Acc.	- Catégories sociales les plus défavorisées Catégories intermédiaires exclues du système de prise en charge
Espagne (Barcelone)	Aide sociale	- L'accès ou non de la personne âgée aux prestations du secteur public est déterminé à partir du calcul de la différence entre le coût de la prestation et des revenus de la personne âgée, ainsi que des revenus soit des enfants et du conjoint, soit des membres du ménage - Si les montants de la participation financière qui peut être demandée à la personne âgée et à ses enfants excèdent le montant des prestations attribuées, la personne âgée n'aura pas accès aux prestations du système de protection sociale	- Catégories les plus défavorisées
France (Ille-et-Vilaine)	PSD : Aide sociale APA : Co-paiement (ticket modérateur)	- Pour la PSD : 915 euros pour une personne seule. 1 524 euros pour un couple	- Catégories sociales les plus défavorisées L'ensemble de la population mais montant proportionnel aux revenus
Allemagne (Münster)	Cotisation Aide sociale	- Assurance dépendance : aucun critère économique - Aide sociale : - Il n'existe pas de seuils prédéterminés - Le calcul de l'aide se fait à partir d'une soustraction entre : - Les besoins mensuels (loyer, dépenses quotidiennes, besoins spécifiques pour personnes dépendantes) et les revenus réels du ménage ⁽¹⁾	- Assurance dépendance : tout le monde - Aide sociale: personnes âgées dépendantes les plus démunies

1. Calcul de la contribution de l'utilisateur :

Bénéficiaire : la participation est fonction des revenus d'activité, du capital mobilier et immobilier, et de l'épargne.

Le bénéficiaire doit verser l'intégralité de ses revenus au-delà d'un certain plafond qui est fixé en fonction du type de soins et du type de revenus (d'activité, ou épargne).

Enfants du bénéficiaire : Participation des enfants au-delà d'un certain plafond.

Le plafond est de 1 253 euros pour l'enfant et de 946 euros pour le conjoint de l'enfant.

Pour l'épargne et le capital immobilier, ce plafond est de 11 504 euros.

Si le fils ou la fille est l'aidant principal, alors l'obligation alimentaire est annulée.

• Pour un revenu mensuel supérieur à 1 686 euros par mois (retraite d'environ 1 067 euros, pension de reversion de son mari d'un montant d'environ 457 euros et un revenu de placement d'environ 305 euros).

En Suède et au Royaume-Uni, la contribution de la personne âgée est proportionnelle à ses ressources et au coût du panier de services. Le barème de référence est établi par les municipalités ou autorités locales. Ce principe se traduit au Royaume-Uni par de très importantes variations selon le lieu de résidence de la personne âgée. En Suède comme au Royaume-Uni, Madame C participe donc au coût de la prise en charge de sa dépendance.

En Italie et en Espagne, la participation financière des personnes âgées repose sur la fixation de seuils de revenus pour la prise en charge des services liés à la dépendance (tableau 4). De fait, à

Rome, cette logique exclut du dispositif les personnes les plus aisées pour tout ce qui ne relève pas strictement du secteur sanitaire. Les seuils de revenus étant relativement bas, des catégories intermédiaires se voient également exclues du système d'aide financière. À Barcelone, il n'y a pas de seuils fixes pour déterminer l'accès aux prestations du secteur public, mais un calcul complexe en fonction du coût de la prise en charge de la personne âgée dépendante, de ses ressources, ainsi que de celles de sa famille ou du ménage. Ce mode de calcul entraîne, comme à Rome, l'exclusion des catégories sociales intermédiaires et aisées. Si ses revenus sont bas, le coût du panier de services de Madame C sera entièrement financé par la municipalité de Rome ; à Barcelone, elle ne financera par elle-même que le portage de repas. Si elle a des revenus élevés, Ma-

dame C financera au contraire intégralement les services d'aide à domicile qui lui sont nécessaires (tableaux 5 et 6).

Dans le cadre de la PSD, en place au moment de l'étude, la France est elle aussi dans un système d'aide sociale, mais les seuils d'attribution étant plus élevés, la prestation touche une partie plus importante de la population (voir tableaux 6 pour Madame C). Avec l'APA, la prestation prend un caractère universel, financée sur le mode du co-paiement au-dessus d'un certain seuil de revenus, selon le principe du ticket modérateur. Mais, dans le cas de ressources faibles, elle n'entraîne aucune participation financière de l'usager.

L'Allemagne est dans une situation particulière puisqu'elle cumule un système très étendu (celui de l'assurance dépendance) et un système complémentaire, ciblé sur les populations les plus démunies, l'aide sociale. Aucun critère économique n'intervient dans l'attribution des prestations de l'assurance dépendance, et aucune contribution financière n'est demandée au bénéficiaire au-delà de sa cotisation. En revanche, l'aide sociale est attribuée sur des critères de revenus, et le bénéficiaire (ou ses enfants) doit participer à leur financement.

■ Des modes de prise en compte différents des revenus.

Le calcul de la contribution financière de l'usager se fait par ailleurs à partir d'un « revenu de référence », dont la définition varie en fonction des sites (tableau 7).

Les salaires et pensions sont intégrés au calcul de la contribution de l'usager ou du montant de la prestation attribuée. Au Royaume-Uni, l'*Attendance Allowance*, attribuée en fonction du niveau de dépendance de la personne âgée est aussi considérée comme un revenu. Dans les sites étudiés en Espagne, en France, au Royaume-Uni et en Allemagne, les capitaux financiers et immobiliers sont eux aussi pris en compte, au-delà d'un certain seuil pour le site du Royaume-Uni, Münster, et Barcelone (mais seulement pour l'épargne) ; et selon un pourcentage fixe pour le capital immobilier à Barcelone. À Münster, il prend aussi en compte le capital mobilier.

8. Nous mettons ici de côté le cas de l'assurance soins de longue durée du système allemand spécifique et déjà abordé.

T 05 panier de services proposé à Madame C dans les différents sites

	Panier de services
Stockholm	- Soins d'hygiène : 2 visites par semaine pendant 3 mois. - Aide technique - Téléalarme
Site du Royaume-Uni	- 1/2h de soins d'hygiène par jour + 1h de toilette complète par semaine - Téléalarme - Aides techniques - Formation pour pb de vue
Rome	- Soins infirmiers pour contrôle glycémie (régulièrement) - 2 h d'aide à domicile par jour - Centre de jour pour personnes dépendantes afin de favoriser socialisation (1 mois 2 fois par an)
Barcelone	- 3 h / semaine d'aide à domicile - Portage de repas - Téléalarme - Transports publics régionaux gratuits
Ille-et-Vilaine	- 1 h d'aide à domicile par jour pendant la semaine - Téléalarme - Aides techniques
Münster	- Soins infirmiers (2h30 par semaine) - Aide ménagère - Aide technique - Transports publics - Véhicules spécialisés

T 06 contribution mensuelle de Madame C au financement du panier de services

	Revenus faibles	Revenus élevés
Stockholm	42 euros	148 euros
Site du Royaume-Uni	42,69 euros	170,74 euros
Rome	Aucune contribution	Entre 373,20 et 548,82 euros
Barcelone	Aucune contribution pour aide à domicile ; financement portage de repas. 0,40 euros demandé par repas	- 90 euros par mois pour aide à domicile - 204 euros par an pour téléalarme - 6 pour repas.
Ille-et-Vilaine	Aucune contribution	Entre 463,45 et 524,42 euros
Münster	Aucune contribution Uniquement coût du repas.	Foyer logement : 6 à 10 euros le m ² par mois.

Dans certains territoires (Barcelone, Münster, le site britannique, et Stockholm), le calcul du revenu de référence implique aussi d'évaluer de façon forfaitaire (à Münster) ou au coût réel, les dépenses incompressibles de la personne âgée (le loyer, impôts locaux, dépenses courantes, etc.) et de les soustraire aux revenus pris en compte. Ainsi, dans le site britannique, les dépenses dites courantes comme la consommation d'eau sont soustraites des revenus de la personne âgée pour construire le « *Residual Income* ».

Dans certains sites, les revenus de la famille sont eux aussi étudiés au moment du calcul de la contribution de l'usager. C'est en Catalogne, où les ressources des enfants sont prises en compte au même titre que ceux de la personne âgée, que la demande de participation financière de la famille est la plus forte. Le niveau de revenus des enfants peut même empêcher une personne âgée dépendante d'avoir

accès aux prestations du secteur public. Le cas de Madame G est ici intéressant (encadré 3). Madame G habite chez sa fille. Dans les deux situations financières imaginées, elle a de faibles revenus, mais ceux de sa fille changent : dans le premier cas, les ressources sont très faibles et ne seront pas prises en compte au moment du calcul de la contribution financière de l'usager ; dans le second, ses revenus sont importants, et c'est à elle que revient l'intégralité du financement des services d'aide à domicile.

Les territoires étudiés en Italie, France et Allemagne constituent des situations intermédiaires. Le recours sur succession et/ou l'obligation alimentaire existent légalement mais n'y sont pas appliqués de façon formelle et systématique. Ainsi à Rome, l'obligation alimentaire ne s'applique qu'à la demande de la personne âgée. A Münster comme en Ille-et-Vilaine⁹, la participation de la famille n'est demandée que si la personne âgée bénéficie de l'aide sociale.

Pour ce qui concerne les sites suédois et britannique, les revenus des enfants ne sont pas pris en compte. En Suède, en référence au principe selon lequel toute personne doit être autonome financièrement, c'est au système de protection so-

ciale de fournir aide et assistance à la personne âgée dépendante, et non pas à sa famille.

C'est dans le site du Royaume-Uni que la gestion des besoins est la plus individualisée puisque seuls les revenus de la personne dépendante sont pris en compte, et non les revenus du ménage. Les capitaux immobiliers et financiers communs sont divisés en deux pour évaluer les revenus de la personne concernée. Même dans la situation où le conjoint perçoit une pension importante et la conjointe n'a jamais travaillé, ce sont ses revenus à elle et elle seule qui seront pris en considération au moment de la demande d'aide en cas de dépendance.

■ Des avantages fiscaux également divers selon les pays.

L'aide financière apportée par les pouvoirs publics peut aussi être une aide plus indirecte, se présentant sous la forme d'avantages fiscaux, le plus souvent dans le cadre de l'impôt sur le revenu. Ainsi en France, les personnes dépendantes ou handicapées bénéficient d'une demi-part supplémentaire et l'emploi d'une aide à domicile ouvre à son employeur (donc à la personne âgée) le droit à des déductions fiscales. On retrouve ce principe des réductions d'impôt en Allemagne, en

9. La Prestation spécifique dépendance est soumise à récupération sur succession et donation au-dessus d'un plafond de 45 735 euros ; mais cette récupération, véritable frein à la demande de prestation a été supprimée au moment de l'élaboration de la nouvelle prestation, l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

T 07 les revenus pris en compte

	Revenus pris en compte	Revenus des enfants
Stockholm	Revenus d'activités Capital immobilier dans certaines municipalités	Aucune prise en compte
Site du Royaume-Uni	- Revenu de la personne âgée auquel a été soustrait les taxes d'habitation et factures courantes - Capital immobilier n'est pris en compte que pour les résidences secondaires - L'épargne est prise en compte au-delà de 17 531 euros. - Au-delà de 28 203 euros montant de participation max. Logique très individualisée : les revenus du conjoint ne sont pas pris en compte.	Aucune prise en compte
Rome	- Revenus du ménage - L'épargne n'est pas prise en compte - Propriétés immobilières sont évaluées, le domicile principal n'est généralement pas pris en compte	- Revenus des enfants sont examinés. Pas de règles fixes - Obligation alimentaire si la personne âgée le demande
Barcelone	- Revenus d'activités - Capital immobilier - Épargne	- Revenus d'activité, capital immobilier, épargne des enfants (et éventuellement du ménage) - Obligation alimentaire
Ille-et-Vilaine	- Les revenus (pensions, capitaux, biens immobiliers) de la personne âgée ou du couple pour la PSD - Les revenus du ménage pour ce qui concerne l'aide ménagère des caisses de retraite	- Pris en compte pour le calcul du taux horaire des caisses lorsque les enfants vivent avec la personne âgée - Recours sur succession pour la PSD (au-delà de 45 800 euros)
Münster	- Pour aide sociale uniquement : - Revenus d'activité - Capitaux mobiliers et immobiliers - Épargne	- Revenus d'activité des enfants uniquement si revenus de la personne âgée insuffisants pour participer à la prise en charge

Suède et en Catalogne mais selon une logique différente : c'est sur le seul critère de dépendance que les personnes âgées bénéficient de cet avantage. En France, la logique est un peu différente puisque l'objectif n'est pas d'accorder des réductions d'impôts aux personnes âgées dépendantes, mais aux personnes qui emploient une aide à domicile, dans le cadre d'une mesure incitative à la création d'emplois.

Le rôle de la famille dans la prise en charge de la personne âgée

La famille reste dans tous les pays un élément fondamental de l'organisation de la prise en charge de la personne âgée dépendante. À Rome comme à Barcelone, la possibilité ou non pour la famille d'aider le parent âgé est un critère déterminant au moment de l'évaluation des besoins. C'est à Barcelone que la contrainte est la plus forte, l'insuffisance de l'offre de services rendant parfois impossible toute alternative à la prise en charge familiale. Au contraire, en Suède, l'intervention de l'État est un devoir, et la famille n'est soumise à aucune obligation. Mais, quelle que soit la logique initiale, les situations sont gérées au cas par cas, et les actions mises en œuvre par les pouvoirs publics visent non seulement à gérer les situations de dépendance, mais aussi à répondre aux besoins des aidants.

Si l'on considère les deux principaux types d'aidants potentiels, le conjoint et les enfants de la personne dépendante, deux aspects sont en général pris en compte : la capacité de la famille à mener à bien ces tâches de soin ; la reconnaissance de cette activité de soins.

■ La capacité de la famille à mener à bien les tâches de soins.

Plus la personne âgée est dépendante, plus difficile sera la tâche de l'aidant informel. Une solution consiste à soulager la tâche des aidants en leur donnant du temps libre, du temps de

« répit ». C'est dans ce sens que se développe l'accueil en centre de jour dans les sites du Royaume-Uni, de l'Allemagne, de l'Italie, et de l'Espagne. Dans ces deux derniers territoires, où l'aide informelle reste essentielle, le principe de l'hébergement temporaire est particulièrement développé, et la solution de l'accueil permanent en institution plus fréquente. À Rome, il est difficile de dégager des règles strictes et c'est la gestion au cas par cas qui permet de trouver des solutions adaptées. Ainsi, dans le cas de Monsieur T, très dépendant, dont la femme assume au quotidien les tâches de soins, l'équipe d'évaluation propose le placement en institution afin de soulager Madame T, dépressive et éprouvant de plus en plus de difficultés à assumer la prise en charge. À Barcelone, le recours à l'hébergement temporaire et aux centres de jours est plus théorique que réel. En effet, les faibles capacités de l'offre réduisent considérablement les possibilités d'accueil. L'aide informelle reste la variable clef du dispositif de prise en charge de la dépendance de la personne âgée. Les enfants sont systématiquement sollicités et ce, quelle que soit la nature des relations avec leurs parents¹⁰. En Ille-et-Vilaine, l'accueil en centre de jour étant très coûteux pour l'usager, l'aide du conjoint apparaît aussi incontournable. Le choix de la concentration des heures d'aide à domicile sur une ou deux demi-journées permet alors de donner du temps de repos à l'aidant. À Stockholm, les possibilités de placement temporaire des personnes âgées dépendantes existent (que ce soit en centres de jour, ou dans une maison de retraite pour accorder un répit à l'aidant principal), mais, elles n'ont pas été envisagées dans les cas proposés.

■ La reconnaissance du travail de l'aidant.

Cette reconnaissance se traduit de différentes façons : des aides financières, la prise en compte des besoins de l'aidant au

moment de l'élaboration du plan d'aide, des procédures d'évaluation du stress de la famille, l'attribution de congés.

La rémunération de l'aide apportée par l'aidant informel constitue un premier niveau de reconnaissance : en France, la PSD, et aujourd'hui l'APA, peuvent être utilisées pour rémunérer un proche (à l'exception du conjoint) ; à Münster, les cotisations salariales de l'aidant informel sont payées par les collectivités si l'aide est supérieure à 14h par semaine ; à Barcelone, les aidants qui hébergent une personne âgée dépendante et n'ont pas recours à un centre de jour, peuvent bénéficier d'une prestation en espèce. C'est là une forme de reconnaissance du travail de soins effectué par les enfants.

Au Royaume-Uni, la réflexion sur l'aide informelle est particulièrement formalisée. Le panier de services est défini aussi en fonction des besoins de l'aidant. Outre l'accueil en centre de jour, les aidants peuvent bénéficier d'une aide financière et demander une évaluation de leur besoin au moment de la détermination du panier de services. On retrouve ce même principe en Suède : aucune contrainte ne pesant sur la famille, le panier de services intègre les besoins de l'aidant informel. Il existe en outre des possibilités de rémunération de l'aide apportée, si celle-ci dépasse 20h par semaine.

En Italie, il existe des prestations en espèces à l'intention des aidants, mais créées par les municipalités, elles n'existent pas à Rome. En revanche, s'il a une activité professionnelle, l'aidant informel peut bénéficier de trois jours de congés par mois. ●

10. Ainsi dans le cas de Monsieur T, les relations conflictuelles entre les enfants et les parents sont connues mais il reste du devoir des enfants de prendre en charge leurs parents