



HAL
open science

L'entrée en dépendance des personnes âgées : quelle prise en charge pour quelles différenciations sociales et sexuées ? Une comparaison France-Suède

Anne-Marie Daune-Richard, Ingrid Jönsson, Magnus Ring, Sophie Odena

► To cite this version:

Anne-Marie Daune-Richard, Ingrid Jönsson, Magnus Ring, Sophie Odena. L'entrée en dépendance des personnes âgées : quelle prise en charge pour quelles différenciations sociales et sexuées ? Une comparaison France-Suède. 2012. halshs-01694333

HAL Id: halshs-01694333

<https://shs.hal.science/halshs-01694333>

Preprint submitted on 27 Jan 2018

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.

L'entrée en dépendance des personnes âgées : quelle prise en charge pour quelles différenciations sociales et sexuées ? Une comparaison France-Suède

Anne-Marie Daune-Richard*, Ingrid Jönsson**, Magnus Ring***
et Sophie Odena****

Proposition d'article pour la RFAS
juillet 2012

Publié in *Revue française des affaires sociales*, 2012/2 - n°2-3 page 148 à 168

Résumé

L'article présente les résultats d'une recherche qui, comparant le soutien aux personnes âgées dépendantes en France et en Suède, examine les différenciations sociales et sexuées dans l'usage que font les individus des outils que leur offrent les politiques publiques. Après avoir décrit les systèmes de soutien aux personnes âgées, on présente les résultats d'une enquête qualitative. Sont ainsi examinées des trajectoires de prise en charge de la dépendance, depuis la manifestation de ses premiers signes jusqu'à sa reconnaissance institutionnelle par l'octroi d'une aide publique. Considérant l'entrée en dépendance comme un processus accompagné par des aides et des aidant-e-s relevant des sphères publiques et privées, on interroge l'organisation de cet accompagnement : dans la trajectoire d'entrée en dépendance, *qui fait quoi et à quel moment* ? L'enquête met alors en évidence des différenciations et des inégalités de sexe et de classe nettement plus marquées en France qu'en Suède.

* Sociologue, chercheure CNRS associée au Laboratoire d'Economie et Sociologie du Travail : LEST, UMR 6123, CNRS, Université d'Aix-Marseille,

** Sociologue, associate professor at the Department of Sociology, Lund University,

*** Sociologue, assistant professor at the Department of Sociology, Lund University, Sweden

**** Sociologue CCPAM (Collège Coopératif Provence Alpes Méditerranée), Membre associée LEST.

Introduisant, la question du *care* dans la réflexion sur les politiques sociales et les analyses des Etats-providence le concept de *social care* proposé par Daly et Lewis (2000) permet, parallèlement aux dimensions de philosophie morale et de pratiques sociales qu'engage la question du *care*, d'en prendre la dimension politique à bras le corps. Le concept englobe les deux dimensions du *care*. La dimension macro renvoie au partage des responsabilités, des coûts et du travail entre l'Etat, le marché, les familles et le tiers secteur. La dimension micro se réfère aux pratiques des acteurs concernés.

C'est dans ce cadre analytique qu'une recherche a été menée (Daune-Richard *et alii*, 2008) qui, comparant le soutien aux personnes âgées en France et en Suède, se proposait d'examiner les différenciations et, éventuellement, les inégalités sociales et sexuées dans l'usage que font les individus des outils que leur offrent les politiques publiques, dans deux pays marqués par des conceptions bien différentes à cet égard

Considérant l'entrée en dépendance des personnes âgées comme un processus, le projet visait à étudier des trajectoires de prise en charge de la dépendance depuis les premiers signes de celle-ci jusqu'à sa reconnaissance institutionnelle par l'octroi d'une aide publique. La question étant : en fonction de l'appartenance sociale et sexuée des personnes interrogées, comment se met en place cette prise en charge ? Quelles sont les personnes et les institutions intervenant pour organiser le soutien aux personnes âgées? Comment et à quels moments interviennent-elles? Comment s'organise la coordination entre les divers intervenants?

Inscrivant notre travail dans la ligne des recherches en termes de *welfare mixes* (Evers, 1993) et de *care packages* (Knijn *et alii*, 2005 ; Rainwater *et alii*, 1986), l'accompagnement de la dépendance est examinée dans sa globalité, incluant les aides et les aidant-e-s relevant des sphères publique et privée, des secteurs formel et informel.

Dans un premier point, l'article décrit, au niveau macro, les régimes de *eldercare* tels qu'ils s'expriment dans les cadres institutionnels nationaux. Il développe ensuite, au niveau micro, une approche partant des acteurs en examinant des parcours d'accès à l'aide publique (point 2) puis les différenciations sociales et sexuées observées dans ces parcours (point 3).

Le soutien aux personnes âgées : des systèmes et des « référentiels »¹ différents en France et en Suède

Dans quel cadre institutionnel prennent place les trajectoires d'entrée en dépendance étudiées ? Comment la prise en charge des personnes âgées dépendantes est-elle pensée, organisée et mise en œuvre dans les deux pays? Quels « référentiels » informent les politiques publiques, sachant qu'ils interagissent fortement avec les attentes des acteurs individuels?

Lorsque les personnes âgées deviennent dépendantes à qui s'adressent-elles et au nom de quel(s) principe(s)? Vers les autorités publiques, le soutien à la dépendance étant considéré comme un droit social? Vers le marché, en fonction de leurs ressources ? Vers leur réseau familial, en vertu des liens de solidarité et d'affection ainsi que des obligations qui engagent ses membres ? (Rainwater *et alii*, 1986)

¹ "Le référentiel d'une politique est constitué d'un ensemble de normes prescriptives qui donnent un sens à un programme politique en définissant des critères de choix et des modes de désignation des objectifs" (Muller, 1994, p. 43)

Quelques chiffres clés en 2008-2009

	France	Suède
65 ans et +	16% des 64 millions d'habitants	18% des 9 millions d'habitants
Recevant des soins/une aide de longue durée*	11,1% % des 65 ans et +	17,6% des 65 ans et +
Dont : à domicile	63%	66%
en établissement	37%	34%
Dont femmes (environ**)	70%	75%
% PIB consacré à la dépendance des personnes âgées (y c dépenses de santé)	1,8%***	3,6%

* les systèmes de prise en charge de la dépendance étant très différents (cf. ci-dessous) il faut avoir à l'esprit que, en Suède, les services relèvent massivement du secteur public, tandis qu'en France ils sont offerts par des acteurs multiples, publics et privés (à but lucratif ou non).

** les chiffres de l'OCDE (2011) ne comportant pas de différenciation femmes-hommes les pourcentages présentés ici sont issus de sources nationales et ne recouvrent pas exactement les mêmes définitions : en particulier pour la France il s'agit du % de femmes parmi les bénéficiaires de l'APA (Debout, 2010). Pour la Suède cf. Socialstyrelsen, 2011

***ce chiffre se réfère aux dépenses totales consacrées à la prise en charge de la dépendance, y compris celle des handicapés (de tous âges)

Sources : CAS, 2011 ; Combo et al., 2011 ; OCDE, 2011.

Les régimes de eldercare et leurs référentiels

En France, ce n'est qu'après la deuxième guerre mondiale, avec l'instauration de l'Etat-providence – création de la sécurité sociale, généralisation des caisses de retraite – qu'apparaît une institutionnalisation du soutien public aux personnes âgées. Jusque là elles doivent compter sur leurs ressources personnelles, l'entraide familiale, les organisations charitables et l'assistance publique (créée en 1905).

Aujourd'hui, le soutien aux personnes âgées est partagé entre la famille, les acteurs publics et le tiers secteur. L'action publique se manifeste notamment à travers les régimes d'assurances sociales (retraites, assurance maladie et système de soins) et les aides fiscales et financières destinées, spécifiquement ou non, aux personnes âgées. Depuis 1987, les personnes de plus de 70 ans et les personnes handicapées bénéficient d'exonérations de charges sociales patronales pour l'emploi d'une aide à domicile. Et dans les années 1990 un système de chèques services a été créé pour soutenir le développement des services à la personne dont le dernier, le CESU (Chèque Emploi Service Universel) date de 2005. Ces politiques, qui associent un objectif de réponse aux nouvelles demandes sociales insatisfaites à celui d'insertion de personnes peu qualifiées, reposent sur le développement d'une offre principalement associative et sur celui de l'emploi direct, dans le cadre d'une relation de gré à gré, jusqu'en 1996 date à laquelle l'offre de services aux personnes est ouverte aux entreprises privées agréées.

A la fin des années 1990, la dépendance des personnes âgées se structure véritablement comme politique publique. En 1997, la création de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) constitue un premier tournant, même si son attribution reste suspendue aux conditions de ressources du ménage et les sommes versées récupérables sur la succession du bénéficiaire. En 2001, la loi créant l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) définit pour la première fois le soutien aux personnes âgées comme un droit universel pour toute personne – à partir de 60 ans - ayant besoin d'aide pour accomplir des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière et ce, sans condition de ressources, et

quelque soit son choix de lieu de vie (à domicile ou en établissement). Le montant de l'aide octroyée aux personnes dépend cependant des ressources dont elles disposent.

Signalons enfin, dans le dispositif français de soutien aux personnes âgées, l'instauration de congés récemment inscrits dans le code du travail : le congé de « soutien familial » pour prendre soin d'un parent dépendant (trois mois), et le congé de « solidarité familiale » pour prendre soin d'un ascendant, d'un descendant ou d'une personne partageant son domicile en fin de vie (3 mois renouvelables une fois). Et en 2010 a été créée une « allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie » (21 jours maximum). L'acteur public se manifeste aussi à travers les collectivités locales, comme nous le verrons plus loin.

En Suède, le droit au *care* est un droit de la personne : le soutien aux personnes dépendantes – âgées ou non - est conçu comme une responsabilité publique, financé par l'impôt et mis en œuvre au sein d'un système égalitaire et universaliste auquel chacun doit avoir accès en fonction de ses besoins, sans considération de ses ressources. Ainsi toute personne ayant besoin d'accompagnement a droit à une aide des autorités sociales pour son entretien et les autres besoins de sa vie quotidienne. Et le plan national d'action pour les personnes âgées (*Nationell handlingsplan för äldrepolitiken 1997/98*, p.307) stipule que cette aide doit lui permettre de vivre en sécurité et de façon autonome, dans le respect de son autodétermination et de son intimité.

Ainsi, en Suède, le référentiel de défamilialisation - terme qui se réfère au transfert des charges du *care* de la famille vers la collectivité (Lister, 1990) - est affirmé. La loi sur les pauvres de 1956 ne retient plus le devoir pour les enfants de subvenir aux besoins de leurs parents et met en avant la relation entre l'individu et l'Etat (Antman, 1996). Aujourd'hui il n'existe pas d'obligation d'aide – de *care*² - entre membres d'une même famille : le soutien aux personnes dépendantes relève de la responsabilité publique, des droits du citoyen, au sein d'un système de droits individualisés. La question de la récupération des aides versées sur la succession ne se pose donc pas.

Pour autant cela ne signifie pas que les solidarités familiales ne fonctionnent pas et ne sont pas reconnues. Il existe ainsi différentes mesures d'aide financière aux aidants existant . L'assurance maladie prévoit un congé rémunéré (80% du salaire) de 60 jours maximum pour l'aidant (membre de la famille, ami ou voisin) qui s'occupe d'un proche malade ou d'une personne en fin de vie. De leur côté, les municipalités peuvent accorder à un-e aidant-e (à condition qu'il s'agisse de quelqu'un de la famille autre que l'époux-se) une allocation (non imposable) d'un montant forfaitaire décidé par la commune ; elles peuvent également rémunérer un-e proche pour apporter des soins à une personne âgée. Ces aides municipales sont en fait peu utilisées. Enfin, depuis 2007, comme en France, des déductions fiscales s'appliquent aux services à domicile et en particulier à ceux destinés aux personnes âgées.

En France, si avec l'APA apparaît pour la première fois un dispositif de soutien public et universel, l'ensemble du système n'est pas encore complètement individualisé et la « défamilialisation » des droits n'est pas aussi avancée qu'en Suède : il existe en effet des obligations de solidarité entre membres d'une même famille selon un système complexe qui lie les conjoints et une partie des « alliés », mais aussi les générations, parents et enfants, petits-enfants et grands-parents (Weber, 2006).

Une mise en œuvre au niveau local

Dans les deux pays, la mise en œuvre du soutien public aux personnes âgées est une responsabilité des collectivités locales. En Suède, la prise en charge des pauvres et des

² La loi sur la famille oblige cependant les conjoints, à la mesure de leurs possibilités physiques, à contribuer aux tâches domestiques mais pas à assurer des soins personnels (*personal care*) ; et si elle dégage les enfants de toute responsabilité économique vis à vis de leurs parents, elle attend d'eux une obligation morale de les aider « par d'autres moyens » (*other ways*) (Sundström and Johansson, 2005)

personnes âgées dépourvues de recours familial a toujours été organisée au niveau des municipalités. Depuis les années 1950-60, l'aide aux personnes âgées est une responsabilité de l'Etat mais sa mise en oeuvre relève des municipalités, comme le prévoit la loi sur le service social (*Socialtjänstlagen*).

En France aussi, l'assistance publique a traditionnellement été organisée et soutenue par les communes. Mais, depuis la création de l'aide sociale en 1953, et après l'instauration de la décentralisation au début des années 1980, celle-ci est surtout régulée au niveau départemental. Les allocations spécifiques destinées aux personnes âgées dépendantes - PSD puis APA - relèvent de la compétence des départements. Parallèlement, les municipalités maintiennent des actions et des politiques en direction des personnes âgées.

L'aide aux personnes âgées est organisée en Suède sur le mode d'une offre de services par la municipalité. Le *social welfare board* emploie du personnel qui se déplace au domicile des personnes âgées ou dans les établissements pour assurer l'aide. Depuis le début des années 1990 il peut faire appel à des prestataires privés pour effectuer ces services mais reste responsable du service rendu et de sa qualité. En 2007-2008, 15% des services offerts à domicile et 14% de ceux offerts en établissement étaient assurés par un prestataire privé (Sveriges kommuner och landsting, 2008).

Si, dans les années 1970-80 le placement en institution était privilégié, aujourd'hui le principe est de maintenir les personnes âgées à leur domicile. Parallèlement il existe des établissements d'hébergement, temporaire ou permanent, non médicalisés, où l'aide est dispensée par des équipes mobiles du service municipal. En cas de besoin la personne peut évidemment être hospitalisée.

En France, contrairement au principe suédois d'offre de services, le soutien aux personnes âgées dépendantes est fondé sur le principe de « *cash for care* » : une aide financière, l'APA (et/ou des réductions d'impôt), destinée à acheter des services à des prestataires généralement privés (à but lucratif ou non) et aussi, mais de façon minoritaire, aux Centres communaux d'action sociale (CCAS). Ainsi, en 2006, les heures de travail délivrées à domicile par des organismes agréés de services à la personne ont été assurées principalement par des associations (83%), des organismes municipaux (12%) et 5% par des entreprises privées : environ 62% de l'activité des premiers et 32% de celle des entreprises étaient consacrée à l'assistance aux personnes âgées dépendantes (Chol, 2008). De leur côté, la majorité des établissements d'accueil pour personnes âgées appartiennent au secteur public ou privé à but non lucratif et 16% à des entreprises. Parmi eux les EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) offrent des services médicalisés pour les personnes les plus dépendantes (Prévot, 2009).

Les systèmes d'aide publique à la dépendance

France	Suède
<p>Système <i>cash for care</i>. APA = enveloppe globale que le travailleur social répartit entre différents services pour définir le plan d'aide. Services fournis ensuite par des prestataires majoritairement privés.</p> <p>Besoins pris en compte centrés sur le médical et le sanitaire, très peu sur besoins sociaux et/ou environnementaux (aménagement du logement, accompagnement sorties...).</p> <p>Difficultés d'accès aux informations et aux services (éclatement des acteurs).</p>	<p>Identification des besoins par le <i>care manager</i> (travailleur social municipal) qui suit la mise en place des <i>services</i> répondant à ces besoins. Prestataire majoritaire : service municipal.</p> <p>A priori tous les besoins exprimés sont pris en compte, y compris une aide aux « aidants » ; et les services sont mis en place de façon coordonnée</p> <p>Centralisation de la décision, de l'action et du suivi par le <i>care manager</i></p>

Au total, si l'on se réfère aux questions que pose Jenson (1997) pour caractériser un régime de *care*, on peut dire à propos de l'aide aux personnes âgées :

Qui paie ? En Suède, en 2010, 85% du coût des services d'aide aux personnes âgées de 65 ans et plus est financé par les impôts locaux, 11-12% par des subventions de l'Etat et moins de 4% par les usagers (<http://www.oecd.org/dataoecd/61/27/47878082.pdf>). En France l'aide est financée par un *mix* de contributions publiques (aides sociales, en particulier l'APA, avantages fiscaux...) et de prestations offertes par les caisses de retraites, les mutuelles etc ..., ces aides étant versées sous forme monétaire, auxquelles s'ajoute la contribution de la personne.

Comment l'aide est-elle délivrée ? Par une offre de services publics largement dominant en Suède et par des prestataires le plus souvent privés en France. Toutefois, si le principe du service public universel prévaut en Suède, la participation des familles dans l'aide aux personnes âgées est importante et en progression, dans un contexte où le recours moindre au placement en établissement a conduit à maintenir à domicile des personnes présentant des handicaps plus importants, alourdissant le travail des employés municipaux. Sur l'ensemble de l'aide fournie aux personnes âgées (aide à domicile et résidences spécialisées) la famille fournirait 62% du total et le secteur public 38% (Szebehely, 2005, cité in Morel 2007, p. 244). En France, si le secteur associatif est de loin le premier prestataire de services formels, une part importante de l'aide à domicile pour les personnes âgées est assurée par l'emploi de gré à gré qui représenterait 36 % des heures d'aide à domicile dispensées aux personnes de plus de 70 ans (Chardon et Estrade, 2007, cité in CERC, 2008, p. 87). Mais, conformément à l'importance de la solidarité familiale dans les référentiels publics, la famille est très sollicitée. Selon une étude de 2003 auprès de bénéficiaires de l'APA, 75% d'entre eux recevaient une aide de leur famille pour une durée deux fois supérieure à celle de l'aide apportée par des professionnels (Petite et Weber, 2006). Les aides professionnelles dispensées dans le cadre de l'APA ne se substituent donc pas à la mobilisation familiale, mais l'avancée en âge et l'entrée en dépendance qui l'accompagne font évoluer les aides de l'entourage vers une aide « mixte » qui combine aides professionnelles (médicale, ménagère...) et aides informelles (Bressé et Dutheil, 2003).

L'entrée en dépendance et l'accès à l'aide publique

On adopte maintenant une approche partant des acteurs individuels : comment ceux-ci se saisissent-ils des cadres institutionnels décrits précédemment ?

Les deux points suivants de cet article utilisent les résultats d'une enquête qualitative par entretiens menés dans deux collectivités locales - l'une en France, l'autre en Suède - auprès de personnes âgées, de leur entourage et de travailleurs sociaux (cf. encadré « méthodologie »). On observe dans un premier temps les différentes étapes que parcourent les personnes âgées pour accéder à l'aide publique avant, dans le point suivant, d'examiner les différenciations sociales et sexuées que révèlent ces parcours.

Méthodologie

La recherche s'est déroulée entre 2006 et 2008, sous la responsabilité d'A-M Daune-Richard, et a mobilisé quatre sociologues (A.-M. Daune-Richard et S. Odena en France, au LEST ; I. Jönsson et M. Ring en Suède, à l'Université de Lund). Elle a été financé par la DREES-Mire dans le cadre de son programme « Genre et politiques sociales ».

Outre l'examen des textes réglementaires et législatifs ainsi que l'étude de la littérature retraçant l'histoire de l'accompagnement des personnes âgées, une enquête par entretiens a été menée dans les deux pays. L'étude se voulait exploratoire : les entretiens ont concerné 21 personnes âgées en France (13 femmes, 8 hommes), 22 en Suède (13 femmes, 9 hommes). Etudiant des trajectoires d'entrée en dépendance, nous avons retenu en France des personnes entrées dans le dispositif de l'APA depuis un an au plus et, en Suède, des personnes entrées récemment dans le dispositif d'aide. Dans les deux pays le protocole d'enquête retenait des personnes présentant des caractéristiques différenciées : sexe, niveau de dépendance, situation familiale, milieu social, vivant à domicile ou en établissement

L'enquête s'est déroulée dans des grandes villes et dans des villages situés en France dans un département, en Suède dans un comté : même si elle témoigne de procédures définies nationalement elle n'a donc pas vocation à être représentative de ce qui se passe dans chaque pays, en particulier des diversités locales.

L'entrée sur le terrain s'est faite par le service public (municipal dans le cas de la Suède, départemental en France) chargé des personnes âgées. Outre les personnes âgées elles-mêmes, plusieurs de leurs proches aidant-e-s ont été interrogés (une dizaine en France, 6 en Suède). Enfin des entretiens ont été menés auprès de travailleurs sociaux travaillant dans ces services (6 en France, 4 en Suède). En France, l'équipe a en outre pu recueillir des informations auprès d'acteurs institutionnels : des entretiens approfondis ont été conduits auprès du responsable du service concerné du Conseil général, d'un directeur de CLIC, de travailleurs sociaux de CCAS et de directrices de maison de retraite.

En Suède comme en France les thèmes abordés dans les entretiens auprès des personnes aidées avaient pour objectif de cerner : la biographie de la personne, son état de santé (la nature de ses difficultés), son entourage, l'aide reçue (formelle et informelle), les conditions dans lesquelles elle a fait une demande d'aide publique. Pour mieux situer le fonctionnement concret de l'aide il était demandé à la personne de décrire une journée « ordinaire ». Enfin des questions étaient posées sur sa satisfaction au regard des besoins ressentis.

Les entretiens auprès des proches recouvraient les mêmes thèmes. Des informations complémentaires sur la personne aidée étaient collectées, en particulier dans les cas où la personne âgée n'était pas en pleine possession de ses moyens intellectuels. Parallèlement, il s'agissait de préciser la biographie du proche, de connaître le contenu et la fréquence du soutien qu'elle/il apportait, de situer sa présence dans l'environnement plus large de la personne aidée, de comprendre l'impact de l'aide donnée sur sa propre vie, personnelle et/ou professionnelle.

Pour une présentation détaillée de la méthodologie cf. Daune-Richard et alii, 2008.

L'accès à l'information

En Suède l'organisation de l'aide à domicile s'est développée dès les années 1960, sur le mode du service public. Ce service est intégré dans l'environnement de proximité de l'ensemble des suédois, en particulier des personnes âgées. Les services municipaux diffusent des informations détaillées concernant l'aide à domicile et les résidences spécialisées, et le travailleur social (*Biståndshandläggare* que nous désignerons par le terme anglais utilisé dans

la littérature internationale : *care manager*), pivot de ce système, est clairement identifié par l'ensemble de la population.

En France la conception d'un système public d'aide aux personnes âgées dépendantes est récente et encore mal stabilisée. Il repose principalement sur une prestation destinée à acheter des services dont la première version, la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), créée en 1997 a été remplacée dès 2002 par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA). Parallèlement, diverses aides, sont apportés par de multiples acteurs : mutuelles, caisses de retraite ou encore municipalités. L'information relative à ces aides est éclatée entre les différents acteurs et les CLIC (Centre local d'information et de coordination), créés en 2001 pour coordonner et centraliser celle-ci, ne semblent pas réellement en mesure de remplir ce rôle.

Rarement décrite en France, la toute première étape de l'organisation de l'aide concerne l'accès des personnes âgées et/ou de leur entourage à l'information sur leurs droits. L'enquête révèle une méconnaissance, de la part des personnes âgées et de leur entourage, des aides auxquelles elles peuvent prétendre. Celles-ci ignorent bien souvent l'existence des aides, à qui elles doivent s'adresser pour obtenir les informations et, lorsqu'elles disposent de l'information, elles ont souvent des difficultés à trouver l'interlocuteur pertinent susceptible de les accompagner dans leur parcours de demande d'aide. De fait, les demandes interviennent souvent tardivement alors que les personnes âgées sont déjà, au quotidien, dépendantes depuis plusieurs mois voire plusieurs années. Ce sont la plupart du temps les intervenants proches (famille, voisins, amis...) ou professionnels, (aides ménagères, infirmières, médecins...) qui, constatant les difficultés croissantes auxquelles elles sont confrontées, les informent ou cherchent à s'informer des aides existantes.

Notre échantillon témoigne de cette prise en charge tardive : dans les deux pays, le choix des personnes interrogées répondait au même critère d'entrée récente dans le système d'aide publique, mais les suédois.es présentaient des symptômes beaucoup moins invalidants que les français.es. Dans le volet français de nombreux entretiens n'auraient pu être menés en tête à tête, sans la présence d'un aidant, du fait de l'état de santé de la personne, ce qui n'a pas été constaté dans le volet suédois.

La demande d'aide et l'évaluation des besoins

En France, la demande d'aide débute avec l'envoi par la personne âgée d'un dossier au service des aides sociales du Conseil général accompagné d'un certificat médical du médecin traitant. Si le dossier est jugé recevable, une visite au domicile de la personne permet d'évaluer sa dépendance selon la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources) qui, depuis 1997, est utilisée pour déterminer le niveau de dépendance (6 niveaux) des personnes âgées de 60 ans et plus et fixe le montant de la prestation correspondant. Les demandes d'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) sont examinées pour les niveaux 1 (dépendance la plus sévère) à 4.

Avec l'APA, trois types d'aide à domicile sont accessibles : une aide domestique (ménage, repassage etc), une aide à la personne (tâches d'hygiène, aide à l'habillement...) et une aide technique (fournitures et matériels médicaux). L'APA peut servir à employer de gré à gré une personne de la famille, à l'exclusion du ou de la conjoint.e ou concubin.e (en lien logique avec l'obligation de solidarité entre conjoints). En établissement, l'APA aide à acquitter le tarif dépendance³.

³ La tarification des établissements comprend trois composantes : un « tarif d'hébergement », réglé par la personne accueillie ou, en cas d'insuffisance de ressources personnelles, par l'aide sociale départementale ; un « tarif soins » financé par l'assurance maladie ; et un « tarif dépendance » réglé par l'APA pour les personnes ayant perdu leur autonomie.

En Suède le *care manager* est le pivot du système d'aide aux personnes ayant besoin d'assistance et, en particulier, aux personnes âgées. Il est le représentant de la municipalité vers lequel toutes les personnes âgées ou handicapées se tournent lorsqu'elles ont besoin d'aide et c'est lui qui prend toutes les décisions concernant l'aide. Contrairement au dispositif français, l'action dirigée vers la dépendance des personnes âgées n'est pas dissociée de celle concernant les autres formes de handicap ou de dépendance (les addictions par exemple) : le *care manager* a ainsi en charge des cas très variés.

Pour les personnes vivant à domicile le service municipal assure des prestations diverses : aide ménagère, aide au courrier et à la gestion des affaires administratives, soins personnels, accompagnement pour sortir... Parallèlement la personne âgée peut bénéficier d'une aide médicale à domicile organisée par les municipalités pour les soins légers - les soins lourds et l'hospitalisation étant pris en charge par les comtés. Une distribution de repas est organisée par les services municipaux de même qu'un service de transport pour les personnes ne pouvant utiliser les transports en commun. Ces services offrent aussi des possibilités d'aménagement des logements, des dispositifs de téléalarme et diverses aides techniques.

Enfin des centres d'hébergement et de soins de courte durée permettent une prise en charge temporaire des personnes, pour une convalescence mais aussi pour soulager (*relief*) les aidant-e-s. L'aide à domicile est apportée aux personnes par les mêmes équipes, qu'elles soient logées chez elles ou en établissement (temporaire ou de longue durée).

Les personnes ne pouvant ou ne souhaitant plus vivre à domicile ont accès à des *résidences spécialisées* de plusieurs types, depuis des maisons de retraites et des établissements offrant des logements indépendants, jusqu'à des centres médicalisés pour les soins de longue durée et des hôpitaux gériatriques. L'admission dans ces établissements se fait après évaluation des besoins par le *care manager*.

Rappelons enfin que les municipalités peuvent faire appel à des prestataires privés qui doivent offrir les mêmes services et dans les mêmes conditions (de coût et de qualité) que les services municipaux qui en restent responsables : ainsi, c'est au *care manager* municipal que les personnes ayant des réclamations doivent s'adresser

La définition du plan d'aide

Après l'accès à l'information et aux interlocuteurs pertinents, l'étape qui consiste à identifier les besoins et à définir un plan d'aide présente elle aussi de grandes différences d'un pays à l'autre.

Si, en France, la loi prévoit une évaluation de la dépendance multidimensionnelle conduite par plusieurs professionnels, l'un appartenant au secteur sanitaire, l'autre au secteur social, une étude (Colvez et alii, 2005) montre que, dans certains départements, l'équipe se compose majoritairement soit de médecins, soit d'infirmiers, soit de travailleurs sociaux, tandis que dans d'autres elle comprend plusieurs profils de professionnels.

Dans le département français où s'est déroulée notre enquête, l'évaluation de la dépendance des personnes était conduite exclusivement par des médecins qui décidaient du niveau de dépendance conditionnant l'attribution ou non de l'APA et son montant. Une travailleuse sociale du service définissait ensuite le plan d'aide, en répartissant les moyens financiers attribués entre les divers types de services accessibles. Dans ce contexte, les critères médicaux priment souvent sur les critères environnementaux de l'évaluation. Une personne âgée qui a des difficultés à marcher mais ne présente pas de handicap médical majeur aux jambes et se déplace dans son appartement pourra ne pas être considérée comme dépendante. Si elle habite un rez de chaussée et que les magasins ne sont pas trop loin, elle pourra éventuellement aller faire quelques courses. Mais si elle habite un quatrième étage sans ascenseur, non seulement elle ne pourra pas effectuer les quelques courses élémentaires qui

lui assureraient une autonomie relative mais elle sera cloîtrée chez elle pour des mois voire – comme nous l’avons rencontré - des années.

En Suède, l’évaluation n’est pas ciblée sur le degré de dépendance, au sens médical, mais sur l’identification des besoins tels qu’ils sont exprimés par la personne elle-même. Le rôle du *care manager* est de bien identifier ces besoins et de proposer un plan d’aide qui y réponde au mieux. Ce repérage des besoins est fait au cours d’une rencontre interactive (*care meeting*) entre le *care manager* et la personne âgée, généralement accompagnée d’un proche ; rencontre qui a souvent lieu au domicile de la personne afin d’être « en situation » ou bien à l’hôpital pour préparer son retour. Lors de cette rencontre, les besoins sont identifiés dans toutes leurs dimensions, prenant en compte aussi bien les aménagements matériels du domicile (l’enquête montre la présence fréquente d’un kinésithérapeute et/ou d’un ergothérapeute à cet effet), que les besoins corporels (toilette...), ceux qui accompagnent la vie quotidienne (ménage, repas) mais aussi les besoins en termes de sociabilité : accompagnements pour sortir, se promener, rendre visite à de la famille (y compris très éloignée géographiquement) ou à des proches etc... Enfin, selon les besoins, quelqu’un du service de santé participe aussi à cette rencontre.

Le *care manager* s’attache aussi aux besoins de l’entourage : pour soulager le conjoint ou la conjointe vivant avec une personne très dépendante, le plan d’aide prévoit souvent une semaine par mois de « repos » (*relief*) pendant laquelle la personne dépendante est hébergée dans une résidence de court séjour où elle reçoit l’aide qui lui est habituellement dispensée à son domicile.

Les critères et les modalités d’évaluation des besoins diffèrent donc considérablement d’un pays à l’autre. En France plus qu’une évaluation des besoins c’est une évaluation fonctionnelle de la dépendance, fortement imprégnée par des critères médicaux, qui est menée. Les besoins en termes de « sociabilité » ne semblent pas entrer dans la définition française de l’aide à l’autonomie : non seulement nous n’avons pas rencontré d’accompagnement pour les courses mais, pour les malades type Alzheimer, l’accueil en centre de jour était pris en charge, mais pas l’accompagnement au centre, entraînant des situations d’enfermement pour le malade mais aussi pour l’aidante. De même les aidants sont peu soutenus : il existe des centres d’accueil de jour et des établissements d’hébergement temporaires, mais les places offertes sont en nombre insuffisant et les coûts ne sont pas pris en charge, sauf pour les personnes habilitées à l’aide sociale.

La dépendance des personnes âgées a été longtemps traitée en France avec celle des handicapés mais la loi de 1997 instaurant la PSD a opéré une rupture avec le champ du handicap (Frinault, 2005). Ennuyer (2003) montre que c’est ainsi une définition médicale de cette catégorie qui s’est imposée, faisant passer au second plan une définition sociale prenant en compte la personne dans son contexte social et environnemental. Ainsi voit-il dans la grille AGGIR un outil de mesure qui tend à cerner davantage l’incapacité de faire que l’accompagnement à l’autonomie.

La mise en route de l’aide

Cette différenciation entre une évaluation centrée sur les besoins en Suède et sur la dépendance en France se poursuit dans la mise en oeuvre et le suivi du plan d’aide.

En Suède, le *care manager* incarne la responsabilité de la municipalité pour répondre aux besoins d’aide. La loi sur le service social lui demande de prendre en compte tous les besoins exprimés par la personne elle-même : par exemple un.e proche, estimant que le maintien à domicile oblige à un plan d’aide très lourd, évoque le placement en établissement, mais si la personne âgée demande à rester chez elle, c’est son choix que le *care manager* doit privilégier. Le plan d’aide proposé est une offre de services multiples adaptés à ces besoins et la palette des besoins couverts est ainsi très large par rapport à ce qui est constaté en France.

Dans le département français observé, c'est une travailleuse sociale qui définit le plan d'aide et non le médecin qui a évalué la dépendance. Pour ce faire, la travailleuse répartit une enveloppe financière – l'APA - dont le montant est défini par un barème national en fonction du niveau de dépendance (sur la grille AGGIR) et des ressources de la personne. Son rôle est donc de distribuer cette enveloppe de la façon la plus adaptée aux difficultés de la personne âgée, parmi des services prédéfinis. Une fois le plan d'aide établi, la travailleuse sociale fournit une liste de prestataires mais, conformément au principe du « libre-choix », ne les met pas en relation avec les personnes âgées : c'est à ces dernières ou à leur proches qu'il revient de les solliciter, ce qu'elles n'avaient pas toujours compris, pas plus que le fait qu'une participation financière restait à leur charge, l'APA ne couvrant pas la totalité du prix du service

Ainsi, en Suède un seul interlocuteur traite la demande, la mise en route et le suivi de l'aide publique : *le care manager*. Et les personnes interrogées savaient toutes comment le joindre facilement. Dans les entretiens français, les différentes étapes de l'accès à l'aide apparaissent nettement plus difficiles, s'apparentant souvent à un « parcours du combattant » - pour reprendre l'expression d'une de nos interlocutrices. Et, du fait de la surcharge du service du Conseil général et de la difficulté de ses agents à assurer un suivi de proximité, les problèmes et dysfonctionnement sont longs à se régler.

Care packages et différenciations sociales et sexuées

Considérant l'entrée en dépendance comme un processus accompagné par des aides et des aidant-e-s relevant des sphères publiques et privées, notre questionnement a porté sur l'organisation de cet accompagnement et les différenciations sociales et sexuées qu'elle révèle. Quels en sont les acteurs ? comment se coordonnent-ils ? Dans la trajectoire d'entrée en dépendance, *qui fait quoi et à quel moment?*

L'examen des soutiens – privés et publics - dont bénéficient les personnes rencontrées (*care packages* : cf. Knijn et al, 2005) permet d'observer ces différenciations tant du côté des aidé-e-s que du côté des aidant-e-s.

Les différenciations sociales et sexuées sont emboîtées

Dans les deux pays les personnes âgées interrogées paraissent globalement très entourées par leurs familles. Toutefois si, en Suède, la contribution de l'entourage apparaît comme un « plus » à l'aide institutionnelle, en France, cet entourage joue un rôle décisif à toutes les étapes – demande, mise en route et suivi – du fonctionnement du système d'aide institutionnelle et l'isolement social se conjugue avec les plus grandes difficultés à cet égard. De fait, les personnes isolées interrogées en Suède ne témoignent d'aucune des difficultés majeures que relatent celles interrogées en France.

Ainsi, *en France*, l'isolement social – certes minoritaire dans notre enquête – apparaît comme le premier facteur d'inégalité dans l'accès à l'aide institutionnelle. Tout se passe comme si le dispositif ne pouvait fonctionner correctement que lorsque la personne âgée dépendante bénéficie d'un bon réseau d'appui. Cette inégalité première est redoublée par le fait que les personnes bénéficiant d'un moindre capital social sont en même temps celles qui jouissent d'un moindre capital économique et qu'elles ont donc plus de difficultés à se débrouiller sans - ou en dehors de - l'aide publique : c'est à dire concrètement à financer elles-mêmes les services que l'APA tarde ou ne suffit pas à assurer.

Mais les différenciations sociales constatées dans l'échantillon français ne se limitent pas là. Elles s'ancrent aussi dans des normes sociales qui, surtout dans les milieux populaires, veulent qu'on se débrouille « tout seul », qu'on ne demande pas d'aide extérieure. D'un côté,

la prise en charge du *care* dans la famille apparaît « naturelle » aux yeux des personnes âgées et de leur entourage, y compris d'ailleurs, le plus souvent, aux yeux des acteurs professionnels. De l'autre, pour les femmes rencontrées, qui appartiennent à des générations ayant peu investi le marché du travail et pour qui l'engagement dans le monde domestique a constitué l'essentiel de leur vie, l'entrée d'un tiers dans l'espace domestique privé tend à être vécu comme une intrusion voire une dépossession.

On rencontre ici les différenciations sexuées car ce sont les femmes de la famille qui sont en première ligne pour aider les personnes âgées : épouses d'abord, mais aussi filles, nièces, petites-filles etc... Si dans les milieux modestes, les femmes tendent à prendre en charge concrètement l'aide à la personne âgée dépendante, dans les milieux aisés, elles jouent plutôt le rôle de chef d'orchestre pour les divers acteurs de l'aide – celui que remplit le *care manager* suédois (Da Roit et al, 2007, font le même constat : « ...*the system strengthen the role of informal carer as 'care manager'* », p. 668). A la différence cependant que ce dernier n'intervient que dans le domaine de l'aide publique là où les femmes françaises organisent l'ensemble du soutien qui peut combiner aide publique, aide informelle et aussi aide rémunérée à titre personnel. Sans oublier enfin que les décisions du *care manager* suédois sont guidées par des normes précises.

En Suède, l'enquête témoigne de différenciations sociales et sexuées bien moins marquées. Si, comme en France, les personnes âgées interrogées sont rarement isolées, l'absence de réseau social a des conséquences bien moindres sur leur qualité de vie. En effet, les différentes étapes de déclenchement et de suivi de l'aide sont assurées par le service municipal - et, au premier chef, par son pilote le *care manager* - et sont peu dépendantes de l'intervention d'un tiers. Parallèlement, les différenciations en termes de capital économique sont « lissées » par la loi de 2002 destinée à réduire les inégalités d'accès, qui plafonne la contribution de la personne au coût des services (à domicile ou en établissement) à 6,8% de son revenu (net après impôt, indépendamment du patrimoine)⁴.

Si l'architecture du système suédois offre des clés pour comprendre les faibles différenciations sociales observées dans les trajectoires d'entrée en dépendance étudiées, elles ne suffisent pas à expliquer pourquoi les différenciations sexuées apparaissent nettement moins marquées qu'en France.

En France, on constate un effet de redoublement : si le fonctionnement du système public d'aide à une personne âgée dépendante est, on l'a vu, étroitement lié au soutien de son entourage pour suivre et éventuellement compléter le dispositif, ce soutien mobilise principalement les femmes (une étude a évalué aux deux tiers de l'aide apportée par la famille celle assurée par de femmes : CAS, 2011, p.137). En Suède, l'entourage ne joue pratiquement pas dans le bon fonctionnement du système public et l'aide apportée par ce dernier est suffisamment complète pour que celle de l'entourage ne soit pas indispensable. Il a cependant été montré que l'aide informelle est plus importante dans les familles appartenant à des milieux modestes où, comme en France, elle tend à reposer sur les femmes plus que sur les hommes (Szebehely and Ullmanen, 2008).

L'aide des proches : plus mixte en Suède qu'en France

La plupart des personnes en couple interrogées en Suède vivaient à leur domicile – soutenues par le service municipal - que le plus dépendant des deux soit l'homme ou la femme. Les hommes suédois vivant en couple avec une femme dépendante s'occupent d'elle, aux côtés des aidant-e-s professionnel-le-s.

En France, la configuration diffère selon que c'est l'homme ou la femme qui devient dépendant le premier. Les hommes en couple dépendants sont - ou ont été - tous pris en

⁴ un principe équivalent existe pour les dépenses de soins médicaux et de médicaments.

charge par leur épouse à domicile. Lorsque c'est l'épouse qui, la première, devient dépendante, les hommes français en couple, même soutenus par des aides professionnelles, témoignent de difficultés pour la maintenir à domicile et s'orientent assez rapidement vers un hébergement spécialisé pour elle ou – plus souvent - pour eux deux. Tandis que, de leur côté, leurs homologues suédois disent faire - ou avoir fait lorsque l'épouse est entre temps décédée - les courses, la cuisine, éventuellement la part du ménage qui n'est pas prise en charge dans le plan d'aide, en plus de l'accompagnement de leur épouse aux côtés des aides professionnelles.

L'analyse des biographies montre que, dans notre échantillon, beaucoup plus de suédoises que de françaises ont été professionnellement actives, et on peut en déduire une plus grande habitude de partage des tâches dans les couples suédois. Or le constat est le même dans les couples suédois où les épouses étaient au foyer... Une étude (Sveriges kommuner och landsting, 2007, p. 22) constate qu'aujourd'hui il est aussi courant pour un homme que pour une femme de s'occuper de son conjoint, tout particulièrement chez les 75-84 ans. Une hypothèse proposée est que l'avancée en âge et les difficultés de santé conduisent à atténuer la division sexuée des rôles. Mais alors pourquoi ne constate-t-on pas la même chose en France ? D'autant que les personnes interrogées en France présentaient souvent des pathologies plus lourdes que celles observées dans l'échantillon suédois. On peut aussi penser que, en Suède, le type d'aide apporté aux personnes dépendantes et à leur proches allègent plus le poids de la dépendance pour son entourage : mais pourquoi alors les hommes suédois non seulement acceptent de s'occuper des affaires domestiques mais semblent, de plus, savoir le faire, ce qui n'est pas le cas des hommes français ?

Concernant le soutien apporté par le reste de l'entourage, et en particulier par les enfants, on observe en Suède une aide un peu plus mixte qu'en France, au sens où les fils semblent y participer autant que les filles. Il faut noter que toutes les filles des personnes âgées suédoises rencontrées sont professionnellement actives, ce qui n'est pas le cas dans l'échantillon français (l'une d'elle ayant arrêté son activité pour s'occuper de sa mère et étant aujourd'hui en charge de trois ascendants dépendants, rémunérée par leurs APA).

Ces observations corroborent les résultats de l'enquête européenne *Share* montrant que, lorsque les personnes âgées dépendantes vivent seules, « l'aide à distance » *i.e* l'aide fournie par quelqu'un d'extérieur, membre de la famille le plus souvent mais aussi ami ou voisin, vient en quelque sorte compenser cet isolement. La cohabitation intergénérationnelle étant quasiment inexistante en Suède alors qu'elle est relativement fréquente en France⁵, cette aide à distance y est plus fréquente : elle concerne 42% des personnes âgées vivant seules contre 26% en France. Mais elle implique dans une proportion proche les fils et les filles, alors qu'en France « lorsqu'un parent est seul, près d'une fille sur deux lui apporte un soutien à distance, contre un fils sur quatre » (Fontaine et alii, 2007 p. 105).

En revanche, dans les deux pays, nos observations montrent une répartition des tâches entre frères et sœurs tout à fait classique : aux premiers le jardin, le bricolage et, souvent, les questions financières ; aux secondes les courses, l'entretien du linge et la préparation de plats cuisinés.

Ainsi les différenciations sexuées dans le soutien aux personnes âgées dépendantes apparaissent nettement moins marquées en Suède qu'en France, tout particulièrement au sein des couples.

En conclusion

Au regard des principes qui les guident les régimes français et suédois de soutien aux personnes âgées ont évolué dans le sens d'un rapprochement : vers une universalisation de

⁵ De fait, dans notre enquête, les interviews menés en France ont révélés plusieurs cas de cohabitation, aucun dans l'échantillon suédois.

l'aide en France, une « informalisation » voire une « re-familialisation » (Szehebely, 1998) en Suède et un recours au marché dans les deux pays. Tels sont les enjeux des débats nationaux. Mais quels enjeux y sont associés au regard des différenciations, voire des inégalités sociales et sexuées ?

Les principes suédois d'aide aux personnes dépendantes sont clairement définis : soutien « universel » (en fonction des besoins de chacun.e et non de ses ressources), provenant de la solidarité publique (de l'impôt) et respectant l'intégrité et l'autonomie de la personne (c'est elle qui décide). Les évolutions récentes montrent cependant un recours accru à l'aide informelle et à la prise en compte des ressources économiques dans l'accès à l'aide publique, tendances allant à l'encontre du principe d'universalisme affiché.

En France, historiquement, c'est la famille et, à défaut, l'assistance - publique ou privée - qui ont été en charge de l'aide aux personnes âgées. Et ce n'est que dans un passé très récent que la loi de 2001 créant l'Allocation Personnalisée d'Autonomie définit un droit universel. Cependant le code civil affirme toujours une obligation d'entraide familiale entre les générations. Parallèlement, le système assurantiel (caisses de retraites) et le tiers secteur (mutuelles et associations) occupent une grande place dans le soutien aux personnes âgées.

Tant dans son architecture que dans le volume de l'aide publique offert le dispositif français laisse la voie ouverte à de grandes inégalités. D'un côté, il repose sur des acteurs multiples et souffre d'un défaut de coordination - renforcé par la césure entre le médico-social et le sanitaire. Et si ces dernières années des dispositifs ont été créés pour faciliter cette coordination ils ont tendance à s'empiler, rendant l'ensemble du paysage peu lisible pour l'usager (CAS, 2011, p. 106). De l'autre, l'aide publique est organisée sur le principe de « *cash for care* », soutenant l'achat de services par les personnes âgées, et le marché des prestataires est très ouvert, laissant la place à de grandes différenciations tant de qualité que de prix. Ainsi, pour les personnes accueillies dans un établissement spécialisé, ceux offrant des tarifs correspondant aux barèmes de l'aide publique ne sont pas assez nombreux et le nombre de places disponibles reste insuffisant. A l'autre bout de l'éventail des services de *care*, les aides financières publiques peuvent être utilisées pour rémunérer une personne à domicile n'offrant aucune qualification et soumise à aucun contrôle. Enfin le montant moyen de l'APA à domicile était, en 2009, de 494 euros, la contribution restant à la charge de la personne aidée de 120 euros. Dans le fonctionnement de ce dispositif la famille est fortement sollicitée pour assurer la coordination et/ou pour procurer l'aide matérielle et financière que l'aide publique n'est pas en mesure d'apporter ; et celles et ceux qui, isolés, ne peuvent compter sur des proches rencontrent de grandes difficultés (ce que soulignent également Eidelman et Gojard, 2008).

L'introduction, en Suède, de prestataires privés dans le système conçu comme un service public paraît, à l'heure actuelle, limitée et surtout contrôlée. Les services assurés par des prestataires privés, certes en croissance, ne représentent que 14-15% de l'ensemble et sont placés sous le contrôle des services municipaux qui en conservent l'entière responsabilité en termes de qualité, d'accès et de prix, la coordination étant assurée par le *care manager*.

En termes de services offerts, le volume de l'aide reçue peut être considérable : ainsi, en 2010, pour 20% des personnes âgées dépendantes bénéficiant d'une aide à domicile celle-ci était supérieure à 50 heures par semaine (Socialstyrelsen, 2011). Enfin, les inégalités sociales sont lissées par le plafonnement de la contribution de la personne aidée au coût du service et par la définition d'un plancher de ressources constituant « un reste à vivre » après le paiement de cette contribution. Pour l'instant, si des considérations de revenus sont prises en compte dans l'évaluation des besoins par certaines municipalités, les cas semblent rares (Socialstyrelsen, 2003). En revanche la prise en compte de la situation familiale paraît généralisée (id), ce qui entre en contradiction non seulement avec les principes légaux mais aussi avec les attentes des personnes. Une étude du ministère de la santé et des affaires

sociales montre ainsi que si une femme sur dix seulement souhaite être aidée par quelqu'un de sa famille pour se doucher, dans les faits c'est le cas de une sur trois (Szehebely and Ulmanen, 2008).

Il n'en demeure pas moins que la Suède est confrontée à un problème d'évolution des coûts de son dispositif: la croissance du nombre des personnes âgées nécessitant de l'aide pourrait conduire à des hausses massives des impôts locaux. Une solution envisagée conduirait à augmenter la part de la contribution individuelle au coût du service. D'ores et déjà des avantages fiscaux favorisent, depuis 2007, le recours privé à des services à la personne, permettant aux plus aisés d'y avoir recours, en complément de l'aide publique.

En France, les différenciations de sexe dans l'accès à l'aide s'articulent étroitement aux différenciations sociales. D'un côté, dans notre enquête, à toutes les étapes du processus d'entrée en dépendance, ce sont en effet les femmes du réseau familial qui sont mobilisées pour fournir l'aide concrète en place ou en complément de l'aide publique, confirmant la féminisation des aidants familiaux. De l'autre, on sait que les personnes âgées isolées de même que les personnes âgées dépendantes sont majoritairement des femmes. Ainsi, *in fine*, tant du côté des aidés que de celui des aidants, ce sont les femmes qui pâtissent le plus des limites du système français d'aide.

En Suède, le soutien familial ne représente dans notre enquête qu'un complément à un dispositif public qui assure l'essentiel, et le recours à l'aide informelle ne semble pas peser sensiblement plus sur les femmes que sur les hommes, même si des études suédoises montrent une plus grande mobilisation des femmes, en particulier dans les familles populaires. D'un côté les enfants participent à peu près également au confort de leurs parents – même si une division des tâches conforme aux stéréotypes de sexe est constatée ; de l'autre les conjoints se disent en mesure de prendre en charge la dépendance de leur épouse, aux côtés des aides professionnelles, ce qui ne se vérifie pas du tout dans les entretiens français.

En fait, dans notre recherche, avec les limites qu'impose le caractère exploratoire de l'enquête, tout se passe comme si le système français d'aide aux personnes âgées laissait un large espace de déploiement aux rapports sociaux de classe et de sexe, dans une société globalement plus inégalitaire que ne l'est la société suédoise et dans un type de famille plus marquée par une division sexuée des activités et responsabilités. Le système suédois, en dépit de ses évolutions récentes, apparaît plus à même de réduire cet espace alors même que, globalement, le jeu de ces rapports sociaux revêt une ampleur moindre dans la société en général et dans la famille en particulier

Bibliographie

Antman P. (1996), Barn- och äldreomsorg i Tyskland och Sverige. Sverigedelen. Vårldsförskottet, 5, Stockholm, Socialdepartementet.

Bressé S., Dutheil N. (2003), Les bénéficiaires des services d'aide à domicile : des publics divers, *Dossiers solidarité et santé*, n°1, mars.

CAS - Centre d'Analyse Stratégique (2011), *Les défis de l'accompagnement du grand âge*, travaux coordonnés par V. Gimbert et G. Malochet. Rapport N° 39, La documentation française

Chardon M.-A., Estrade O. (2007), *Les métiers en 2015*. Rapport du groupe prospective des métiers et qualifications, CAS et Dares, La Documentation française. Cité in Conseil Emploi Revenus Cohésion sociale (2008, p. 87), *Les services à la personne*, rapport n°8.

- Chol A. (2008), Les services à la personne en 2006 : une croissance continue, *Premières synthèses*, n° 48.2.
- Colvez A., Royer V., Berthié-Mourgaud S., Portiello C. (2005), Etude de la fiabilité de l'instrument AGGIR. Enquête dans cinq départements. Etude réalisée pour la DGAS par le Pôle d'étude et de formation en gérontologie du Languedoc-Rousillon, 39 p.
- Combo F., Llana-Noral A., Mercier J., Frits Tjadens F. (2011), *Besoin d'aide ? La prestation de service et le financement de la dépendance*, OCDE, 392 p.
- Daly M., Lewis J. (2000), « The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States », *British Journal of Sociology*, 51, 2, p. 281-298.
- Da Roit B., Le Bihan B., Österle A. (2007), "Long-term care policies in Italy, Austria and France: Variations in cash-for-care schemes", *Social Policy and Administration*, 41, 6, December, p. 653–671.
- Daune-Richard A.-M., Jönsson I., Odena S., Ring M. (2008), Les trajectoires d'entrée en dépendance des personnes âgées du point de vue du "care". Approche comparative France-Suède. Rapport pour la DREES-MIRE. Aix en Provence, LEST-CNRS-Université Aix-Marseille, 92 p.
- Debout C., Lo S.-H. (2009), L'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap au 30 juin 2009, *Etudes et résultats*, n° 710.
- Debout C. (2010), Caractéristiques sociodémographiques et ressources des bénéficiaires et nouveaux bénéficiaires de l'APA, *Etudes et résultats*, n°730.
- Eideliman J.-S., Gojard S. (2008), La vie à domicile des personnes handicapées ou dépendantes : du besoin d'aide aux arrangements pratiques, *Retraite et société*, n°53, p. 89-111.
- Ennuyer B. (2003), « Histoire d'une catégorie « personnes âgées dépendantes », in Martin C. (dir.), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?* Rennes, Presses Universitaires de Rennes, ENSP, p. 95-114.
- Evers A., Svetlik I. (dir.) (1993), *Balancing pluralism. New welfare mixes in care for the elderly*, Aldershot, Avebury.
- Fontaine R., Gramain A., Wittwer J. (2007), « Les configurations d'aide familiales mobilisées autour des personnes âgées dépendantes en Europe », *Economie et statistique*, n°403-404, p. 97-115.
- Frinault T. (2005), « La dépendance ou la consécration française d'une approche ségrégative du handicap », *Politix*, n° 72, p. 11-31
- Knijn T., Jönsson I., Klammer U. (2005), « Care packages: The organization for work and care by working mothers », in Gerhard U., Knijn T., Weckwert A. (dir.), *Working Mothers in Europe. A Comparison of Policies and Practices*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing Ltd, p. 97-121.
- Jenson J. (1997), « Who cares? Gender and Welfare Regimes », *Social Politics*, Summer, p.182-187.
- Lister R. (1990), « Women economic dependency and citizenship », *Journal of Social Policy*, 19(4), p. 445-467.
- Morel, N. (2007), *L'Etat face au social : la (re)définition des frontières de l'Etat-providence en Suède. Une analyse des politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes et*

des jeunes enfants de 1930 à 2005, Thèse de sociologie, Université de Paris I-Panthéon-Sorbonne.

Muller P. (1994), *Les politiques publiques*, Paris, PUF, Que sais-je ?

Petite S., Weber A. (2006), « Les effets de l'allocation personnalisée d'autonomie sur l'aide dispensée aux personnes âgées », *Etudes et Résultats*, n°456, Janvier.

OCDE (2011), *Panorama de la santé 2011*.

Prévoit, J. (2009), L'offre en établissement d'hébergement pour personnes âgées en 2009. *Etudes et Résultats*, n° 689.

Rainwater L., Rein M., Schwartz J. (1986), *Income Packaging in the Welfare State. A comparative study of family income*. Oxford, Clarendon Press.

Socialstyrelsen (2003), Ekonomisk prövning av rätten till äldre- och handikappomsorg. Stockholm

Socialstyrelsen (2011), Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm

Sundström G., Johansson L. (2005), « The changing balance of government and family care for the elderly in Sweden and other European countries », *Australasian Journal of Ageing*, n° 24, Supplement, June, p. 5-11.

Sveriges kommuner och landsting (2007), *Aktuellt på Äldreområdet*, Stockholm.

Szebehely M. (1998), « Changing divisions of carework: Caring for children and frail elderly people in Sweden », in Lewis J. (dir.), *Gender, Social Care and Welfare Restructuring in Europe*. Aldershot, Ashgate, p. 257-283.

Szebehely M. (2005), « Anhörigas betalda arbete och obetalda äldreomsorgsinsatser », SOU 2005:66. Makten att forma samhället och sitt eget liv – jämställdhetspolitik mot nya mål, Stockholm, Socialdepartementet.

Szebehely M., Ullmanen P. (2008), « Vård av anhöriga - ett högst pris för kvinnor », *Välfärd*, 2, p. 12-14

Weber F. (2006), « Reconnaître les aidants familiaux », *Connaissance de l'emploi*, n°34, 2006. Paris, Centre d'Etudes de l'Emploi.