



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREMIER MINISTRE



PRÉSENTATION DU RAPPORT ▾

Questions sociales >

## Les défis de l'accompagnement du grand âge

Perspectives internationales pour éclairer  
le débat national sur la dépendance

Par

**Vincent Chriqui,**

Directeur général du Centre d'analyse stratégique

**Mardi 28 juin 2011**

DOSSIER DE PRESSE

**PLUS  
D'INFOS**

sur [www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr)

■ **Contact Presse :**

Jean-Michel Roullé, Responsable de la Communication

[jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr](mailto:jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr)

Tél. : +33 (0) 1 42 75 61 37 - Port. : 06 46 55 38 38

[www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr)

## Les défis de l'accompagnement du grand âge

Perspectives internationales pour éclairer le débat national sur la dépendance

Par lettre du 16 mars 2011, le Premier ministre a souhaité que le Centre d'analyse stratégique contribue au débat national sur la dépendance.

Ce rapport propose une analyse comparée des systèmes de prise en charge de la dépendance dans six pays de l'Union européenne (Allemagne, Danemark, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède), ainsi qu'aux États-Unis et au Japon.

Il apporte ainsi un éclairage international au débat sur la dépendance, chantier prioritaire de l'action gouvernementale.

Ce travail de comparaison internationale montre que l'accompagnement du grand âge doit relever deux types de défis : financiers et organisationnels.



**Vincent Chriqui**  
Directeur général  
du Centre d'analyse  
stratégique

Par lettre du 16 mars 2011, le Premier ministre a souhaité que le Centre d'analyse stratégique contribue au débat national sur la dépendance, chantier prioritaire de l'action gouvernementale, par la production d'un travail original de comparaison internationale. Il s'agit de *“mettre en lumière les principales caractéristiques des politiques nationales en matière d'aide au maintien à domicile, de conditions d'accueil en établissement et de soutien aux aidants familiaux”*, en insistant parallèlement sur les *“conditions financières de la prise en charge”*.

Dans de nombreuses régions du monde, les systèmes de prise en charge de la dépendance sont aujourd'hui au cœur des réformes. Le présent rapport permet de considérer le système français dans ce contexte international mouvant. Au débat sur la dépendance voulu par le Président de la République fait écho, par exemple, la concertation sur l'assurance-dépendance que le ministre de la Santé allemand a lancée à la fin de l'année 2010. Même si chaque pays se caractérise par un rythme et des modalités propres de vieillissement, le constat n'en demeure pas moins le même partout : on vit de plus en plus vieux et, si le risque individuel de devenir un jour dépendant reste relativement faible, le problème de la perte d'autonomie se posera de façon plus aiguë dans les années à venir du fait des générations plus nombreuses qui arrivent au grand âge.

Deux défis majeurs pèsent donc sur l'ensemble des pays. Le premier défi est financier : il s'agit de concilier l'objectif de maîtrise des dépenses publiques avec les exigences de protection dont doivent bénéficier les personnes âgées en perte d'autonomie. Le second défi est organisationnel : permettre une meilleure couverture des besoins de soins des personnes âgées dépendantes, en assurant à celles qui le souhaitent les conditions nécessaires à leur maintien à domicile et, aux autres, un accueil de qualité dans des structures adaptées.

En fonction des pays, les réponses sont diverses et liées en grande partie à des raisons culturelles, notamment l'articulation entre l'État, la famille et le marché, et les relations entre les échelons locaux et nationaux. L'effort public consacré à la dépendance varie significativement parmi les pays de l'OCDE, où il représente en moyenne de l'ordre de 1,2 % du PIB. La France se situe pour sa part dans la moyenne haute, avec un niveau de dépenses de l'ordre de 1,7 % du PIB en 2010. Il faut bien sûr rappeler que la comparaison reste difficile en la matière, dans la mesure où les dépenses comptabilisées sont assez disparates.

Je tire néanmoins une première conclusion des pages qui vont suivre : l'anticipation des problèmes liés à la perte d'autonomie doit rester le maître mot pour l'action publique. Anticiper par la promotion de dispositifs de prévention de la dépendance tout au long du cycle de vie, mais anticiper également en coordonnant davantage les acteurs des champs social, médical et sanitaire, afin que la prise en charge réponde au mieux aux besoins des personnes.

Ce rapport s'inscrit dans la continuité des travaux du Centre d'analyse stratégique depuis 2006, qui insistaient déjà sur cette nécessaire anticipation. Je pense en particulier aux rapports *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*<sup>(1)</sup> de 2006 et surtout *Vivre ensemble plus longtemps*<sup>(2)</sup> de 2010, qui plaçait la question du vieillissement sous le signe de la cohésion sociale. La prise en charge de la dépendance est une des facettes de ce processus et nécessite le développement de politiques d'accompagnement adéquates. Les pouvoirs publics ont en effet un rôle important à jouer en la matière : d'abord par souci d'équité et d'attention aux plus vulnérables, mais aussi parce que l'intervention publique, loin de se substituer à la responsabilité individuelle et aux solidarités familiales, vient en général les renforcer, les suppléer ou éviter le découragement, et parfois même l'épuisement, des acteurs.

Je tiens enfin à remercier le département Questions sociales du Centre et l'ensemble des contributeurs de ce rapport, qui a bénéficié en particulier de la collaboration de la DREES<sup>(3)</sup>, ainsi que de l'expertise des conseillers sociaux des ambassades des pays concernés par cette analyse comparée. Je me réjouis par ailleurs de la participation d'experts de l'OCDE<sup>(4)</sup> sur les questions financières. La richesse des analyses qui vont suivre témoigne de la qualité du partenariat mis en œuvre.

[1] Centre d'analyse stratégique [2006], *Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix*, rapport de la mission "Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes" conduite par Stéphane Le Bouler, Paris, La Documentation française, [www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/Rapp2PersonnesAgees.pdf](http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/Rapp2PersonnesAgees.pdf).

[2] Centre d'analyse stratégique [2010], *Vivre ensemble plus longtemps. Enjeux et opportunités pour l'action publique du vieillissement de la population française*, V. Gimbert et C. Godot (coord.), Paris, La Documentation française, [www.strategie.gouv.fr/article.php3?id\\_article=1204](http://www.strategie.gouv.fr/article.php3?id_article=1204).

[3] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

[4] Organisation de coopération et de développement économiques.

Alors que la réforme du système de prise en charge de la dépendance est au cœur de l'agenda politique en France, **comment les personnes âgées ayant des pertes d'autonomie sont-elles accompagnées dans les autres pays ?** Ce rapport propose une analyse comparée des systèmes de prise en charge de la dépendance dans six pays de l'Union européenne (Allemagne, Danemark, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède), ainsi qu'aux États-Unis et au Japon. Il s'agit de resituer le débat national sur la dépendance dans un contexte international en mouvement, de nombreux pays ayant déjà amorcé des réformes ou étant sur le point de le faire.

Le rapport présente les principales questions auxquelles font face les pays retenus, ainsi que les réponses qui y sont apportées.

### 1 ► **Au-delà de l'hétérogénéité des systèmes nationaux de prise en charge de la dépendance, quelles tendances communes ?**

L'exercice de comparaison met en évidence une grande hétérogénéité des systèmes de prise en charge. En témoignent les multiples termes utilisés pour désigner la "perte d'autonomie". Si on parle de "dépendance" en France pour spécifier la perte d'autonomie des personnes âgées, de nombreux pays ne retiennent pas de critère d'âge et n'opèrent pas de coupure avec le champ du handicap. Ainsi, dans les pays anglo-saxons et d'Europe du Nord, l'entrée se fait plutôt par le besoin de soins et d'aide des personnes : c'est la notion de "soins de longue durée" (*long-term care*) qui est alors utilisée (ou un équivalent). Cette hétérogénéité forte tient également au rôle majeur joué par les collectivités territoriales en matière d'organisation ou de financement des services liés à la prise en charge de la dépendance, ce qui introduit des disparités remarquables entre régions ou municipalités au sein d'un même pays.

Alors que les pays précurseurs disposent de systèmes de prise en charge des personnes dépendantes depuis la fin des années 1960 (Danemark, Suède et Pays-Bas), la plupart des autres pays ne s'en sont dotés qu'au cours de la décennie 1990. Récents, ces dispositifs sont relativement peu stabilisés et font l'objet de nombreuses réformes depuis une quinzaine d'années. Au-delà de l'hétérogénéité des systèmes, plusieurs tendances convergentes sont observables dans la plupart des pays. L'objectif de réduction des coûts est globalement partagé et conduit à

privilégier le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes aussi longtemps que possible. Les aidants familiaux font ainsi l'objet d'une attention accrue de la part des pouvoirs publics. Dans quasiment l'ensemble des pays se développent des dispositifs de prestations financières, de manière à desserrer les contraintes inhérentes à la fourniture de services en nature, à favoriser le libre choix de l'utilisateur et à permettre une forme de rémunération pour les aidants familiaux. On note également des formes de mise en concurrence entre services de soins et d'aides.

### 2 ► **Le vieillissement des populations : quels défis pour les systèmes de prise en charge de la dépendance ?**

Dans les années à venir, le vieillissement des populations mettra à l'épreuve les systèmes de prise en charge. La part des individus de plus de 80 ans augmentera dans l'ensemble des pays de l'OCDE, même si ceux-ci se différencient par le rythme et la nature du vieillissement de leur population. Aujourd'hui, la moitié des usagers des services de soins de longue durée ont plus de 80 ans et un usager sur cinq a moins de 65 ans : la dépendance n'est donc pas uniquement un problème lié au grand âge, même si sa prévalence augmente nettement avec celui-ci. En dépit de la difficulté d'établir des projections démographiques, l'accroissement de la demande d'aide et de services ne fait quasiment aucun doute : les incertitudes portent plutôt sur son intensité et sur le moment auquel ce besoin se fera sentir. Parallèlement, l'offre assurée par les aidants familiaux et professionnels est amenée à diminuer : moindre disponibilité des aidants familiaux (pourtant potentiellement plus nombreux), difficultés de recrutement et de fidélisation de la main-d'œuvre, d'ores et déjà notables dans certains pays et susceptibles de s'accroître dans les années à venir.

L'ensemble des systèmes de prise en charge devront alors faire face à deux défis majeurs. Le premier est financier : il s'agit de concilier l'objectif de maîtrise des dépenses publiques avec les exigences de protection auxquelles aspirent les personnes âgées en perte d'autonomie. Le second défi est organisationnel : permettre une meilleure couverture des besoins de soins des personnes âgées dépendantes, en leur assurant une prise en charge de qualité, selon leurs souhaits, soit à domicile, soit dans une structure adaptée, notamment par un soutien aux différents intervenants (professionnels ou familiaux).

### 3 ► Comment les systèmes nationaux de prise en charge sont-ils financés ?

Dans la majorité des pays de l'OCDE, le financement public est largement prédominant. En 2008, les dépenses publiques s'élèvent en moyenne à 1,2 % du PIB dans un ensemble de 25 pays de l'OCDE. Au-delà de l'hétérogénéité des systèmes de prise en charge de la dépendance, on peut distinguer trois types de couverture publique : i) un système de couverture universelle qui offre des services à tous les individus qui en ont besoin et qui est organisée au sein d'un programme unique (assurance sociale dépendance en Allemagne, au Japon ou aux Pays-Bas, services financés par l'impôt au Danemark ou en Suède, etc.) ; ii) un système de couverture qui fait office de filet de sécurité pour les plus démunis, où l'accès aux prestations est soumis à des conditions de ressources (Royaume-Uni, États-Unis) ; iii) un système mixte qui combine ces différents dispositifs et financements (Italie, France).

Dans l'ensemble des pays, l'assurance privée joue un rôle mineur, y compris dans les pays qui ont tenté de favoriser son développement. Une part des dépenses reste à la charge de la personne âgée ou de sa famille : très variable d'un pays à l'autre, cette participation est parfois plafonnée (Pays-Bas). Depuis quelques années, on observe une tendance à l'élargissement des bases de financement des systèmes de prise en charge et une tendance à cibler davantage les personnes qui ont les besoins les plus importants tout en universalisant l'accès aux prestations.

### 4 ► Comment la perte d'autonomie est-elle évaluée, compensée et prévenue ?

L'entrée dans tous les systèmes de prise en charge est conditionnée par l'évaluation de la perte d'autonomie. Deux principales méthodes d'évaluation sont mobilisées selon les pays : une approche instrumentale qui établit une liste d'activités qui ne peuvent être réalisées sans l'aide ou le soutien d'un tiers, et une approche qui s'appuie sur la notion de "besoins de soins" et qui prend mieux en compte l'environnement social et physique de la personne âgée. Cette pratique de l'évaluation est toujours réalisée à un niveau décentralisé, même si le poids des collectivités locales diffère d'un pays à l'autre. Il est ainsi important en Suède, au Japon, au Royaume-Uni, tandis que certains pays développent des schémas nationaux d'évaluation afin de réduire les disparités des pratiques (Allemagne, Pays-Bas).

Dans quelques pays, des prestations sont directement délivrées à l'issue de cette évaluation (Allemagne, Danemark, Italie). Dans d'autres, des critères supplémentaires – comme l'âge de la personne (France, Suède, Royaume-Uni) et/ou le niveau de ressources (France, Pays-Bas, Royaume-Uni) – sont mobilisés pour l'attribution des prestations ou la définition de leur montant. Ces prestations sont délivrées en nature ou en monnaie. Pour des raisons de coûts et de respect du libre choix de l'utilisateur, la plupart des pays ont opté pour des prestations monétaires, sous la forme de "budgets personnalisés". Leur usage peut être contrôlé (France) ou pas (Allemagne, Italie). Les niveaux de prestation sont en général définis selon des niveaux de dépendance (à l'exception de l'Italie) et varient fortement d'un pays à l'autre, renvoyant à des conceptions de prise en charge et à des modes d'organisation fortement distincts. La palette d'offre de services est également très variable d'un pays à l'autre, mais aussi au sein d'un même pays. De manière plus générale, on note de très fortes disparités entre régions, voire entre municipalités au sein d'un même pays, du fait du rôle majeur des collectivités territoriales dans le domaine de la prise en charge des personnes dépendantes.

Si l'objectif de prévention de la perte d'autonomie apparaît aujourd'hui consensuel dans l'ensemble des pays développés, sa mise en œuvre est relativement récente et reste délicate. Sont adoptées dans de nombreux pays des mesures spécifiques (comme des programmes de prévention de chutes qui ont montré leur efficacité). Par ailleurs, certains pays tentent d'introduire une démarche globale de prévention dans les schémas organisationnels de prise en charge (par exemple au Royaume-Uni et en Allemagne, pour éviter le recours à des hospitalisations classiques peu adaptées).

### 5 ► Comment la prise en charge des personnes âgées est-elle organisée, à domicile ou dans des structures adaptées ?

Le maintien à domicile est un objectif prioritaire dans tous les pays étudiés, pour des raisons de coûts au niveau collectif et pour mieux répondre aux préférences des usagers. Sa mise en œuvre concrète varie toutefois considérablement d'un pays à l'autre en fonction des acteurs responsables du financement et de l'organisation, en fonction du degré de développement des services d'aide à domicile, etc. La famille (aidants familiaux) joue un rôle

prépondérant dans la majorité des pays. Là où l'offre de services à domicile est peu développée, la famille est en première ligne. Elle peut être amenée à recourir aux travailleurs immigrés pour assurer une surveillance en continu des personnes âgées les plus dépendantes. Dans les pays où l'offre de services est bien structurée, la famille intervient de façon complémentaire aux pouvoirs publics. Le rôle de coordination de l'intervention des différents professionnels est ainsi assumé soit par la famille (Italie), soit par un *care manager* (Allemagne, Danemark, Royaume-Uni, Suède, etc.), qui assure toutefois des fonctions variables selon les pays.

Les lieux de vie et d'accompagnement des personnes âgées dépendantes se sont fortement diversifiés. Tandis que l'établissement médicalisé de long séjour fait figure de solution de dernier recours et que le maintien à domicile est la priorité dans l'ensemble des pays étudiés, les disparités entre pays apparaissent cependant très nettement selon que la question du lieu de vie est plus ou moins intégrée à une politique globale de maintien à domicile. Des mesures spécifiques d'aides à l'adaptation des logements individuels ont été adoptées dans la plupart des pays. De plus, on observe une forte diversification des lieux de vie intermédiaires entre le domicile *stricto sensu* et l'établissement médicalisé : habitats en communauté afin de conserver une vie sociale (Pays-Bas, Royaume-Uni, Allemagne), formes de logements individuels connectés à des offres de services pour des personnes ayant déjà des pertes d'autonomie importantes (Danemark), etc. Les formes de prise en charge médicalisées se sont elles aussi diversifiées, s'orientant vers des prises en charge temporaires pour des publics ayant un niveau faible ou moyen de dépendance (structures dites de "court séjour", hospitalisation à domicile, etc.). Dans certains pays s'observe une certaine spécialisation des structures d'accueil par public (notamment pour les personnes atteintes de formes de démence). Souvent, le manque de places dans les structures adéquates conduit à des situations sous-optimales (prise en charge inadéquate eu égard au degré de dépendance des personnes).

Depuis une dizaine d'années, des politiques de la qualité tendent à se structurer : elles concernent pour l'instant essentiellement la prise en charge en établissement. Dans les pays les plus avancés, l'usager et sa famille sont de plus en plus associés à ces démarches. C'est dans le cadre de ces réflexions sur la qualité de la prise en charge au grand âge que l'intervention des aidants familiaux doit être envisagée, en complémentarité avec celle des intervenants professionnels.

## 6 ► Comment les systèmes de prise en charge soutiennent-ils les aidants familiaux ?

Le soutien aux aidants familiaux devient, depuis quelques années, une des dimensions majeures des politiques de prise en charge de la dépendance. Les aidants familiaux, parmi lesquels on compte deux tiers de femmes, assurent près de 80 % des heures d'aide et de soins délivrés aux personnes âgées dépendantes. On note un recours plus marqué à ces aidants informels dans des contextes nationaux de restrictions budgétaires, y compris dans les pays où la prise en charge formelle est la plus développée (pays nordiques, Pays-Bas). Plus ou moins étayés selon les pays, les dispositifs de soutien sont très variés : formes de compensation monétaire de pertes de revenus (prestation spécifique ou part de la prestation versée à la personne aidée), congés (rémunérés ou non, de courte ou longue durée), guichet unique d'information, interlocuteur unique (*care manager*), formations, structures de répit, etc. L'ensemble de ces mesures s'inscrit dans des logiques de prévention des situations d'épuisement des aidants et de mauvaise prise en charge des personnes âgées, voire de maltraitance.

## Que retenir de cette comparaison internationale ?

De manière synthétique, plusieurs tendances peuvent être globalement observées dans la plupart des pays :

- les systèmes de prise en charge délivrent des prestations qui sont de plus en plus souvent universelles et ciblées sur les personnes ayant les besoins les plus élevés ;
- la priorité est donnée au maintien à domicile par le biais de politiques de structuration de l'offre de services à domicile, d'adaptation des logements, de diversification des lieux de vie et de soutien aux aidants familiaux ;
- la coordination des acteurs reste un enjeu majeur des politiques de prise en charge du grand âge ;
- l'importance des politiques de prévention de la perte d'autonomie est partout reconnue. Toutefois, en dépit de résultats probants, ces programmes sont encore peu développés.

▶ Principaux enseignements .....	9
▶ Chapitre 1	
<b>Enjeux comparés de la prise en charge des personnes âgées dépendantes</b>	
<i>Virginie Gimbert et Guillaume Malochet</i> .....	15
<b>1. Un défi démographique globalement commun</b> .....	15
<b>1.1. Une tendance commune au vieillissement avec des déclinaisons nationales spécifiques</b> .....	15
<b>1.2. Vers un “care deficit” ? Des tendances incertaines</b> .....	17
<b>2. Des systèmes nationaux de prise en charge de la dépendance très contrastés</b> .....	20
<b>2.1. Définir les termes du débat : dépendance et perte d'autonomie</b> .....	21
<b>2.2. L'organisation générale des systèmes de prise en charge</b> .....	25
<b>2.3. Une approche thématique comparée</b> .....	28
<b>3. Au cœur des réformes, un double enjeu financier et organisationnel</b> .....	29
▶ Chapitre 2	
<b>Financer les services liés à la dépendance dans les pays de l'OCDE</b>	
<i>Francesca Colombo et Jérôme Mercier</i> .....	33
<b>1. La dépendance dans les pays de l'OCDE : usagers, personnel, dépenses</b> ..	34
<b>1.1. Qui fournit les soins de longue durée ?</b> .....	34
<b>1.2. Qui sont les utilisateurs de services de soins de longue durée ?</b> .....	36
<b>1.3. Quelles sont les prestations fournies ?</b> .....	37
<b>1.4. Qui finance les soins de longue durée, dans quel cadre et à quel coût ?</b> .....	37
<b>2. Évolution démographique et équilibres financiers : projections</b> .....	39
<b>3. Panorama de la couverture de la dépendance à travers l'OCDE</b> .....	42
<b>3.1. Le financement public</b> .....	43
<b>3.2. Le financement par assurance privée</b> .....	48
<b>4. Concilier protection équitable et viabilité à long terme : quelles politiques privilégier ?</b> .....	51
<b>4.1. S'orienter vers l'instauration de prestations dépendance universelles</b> .....	51
<b>4.2. Cibler les prestations dépendance vers ceux qui ont les besoins les plus élevés</b> .....	52
<b>4.3. Définir un ensemble de politiques préparant l'avenir</b> .....	53
<b>4.4. Aider à mobiliser des ressources pour financer les coûts liés à la dépendance</b> .....	54
<b>4.5. Compléter la prise en charge publique par une assurance dépendance privée ?</b> .....	55

## ▶ Chapitre 3

**Évaluer, compenser et prévenir la perte d'autonomie***Guillaume Malochet, avec la collaboration de Sylvie Cohu et Diane Lequet-Slama* .....57

- 1. Les acteurs de l'évaluation** .....57
  - 1.1. Les acteurs institutionnels : collectivités locales et autorités nationales .....57
  - 1.2. Les acteurs professionnels : rôles et fonctions des "care managers" .....61
- 2. Les outils de l'évaluation**.....63
  - 2.1. Les critères mobilisés .....63
  - 2.2. Des classifications difficilement comparables .....69
- 3. Les droits associés à la perte d'autonomie reconnue** .....69
- 4. Prévenir et anticiper la perte d'autonomie** .....72
  - 4.1. Prévenir le risque de perte d'autonomie : un objectif consensuel mais qui peine à s'imposer .....73
  - 4.2. Les dispositifs de prévention de la perte d'autonomie : quelques illustrations ....75

## ▶ Chapitre 4

**Organiser la prise en charge à domicile et en établissement***Virginie Gimbert et Guillaume Malochet* .....77

- 1. La prise en charge à domicile : convergences autour d'une priorité, divergences de mise en œuvre** .....78
  - 1.1. Un objectif commun affiché : le maintien à domicile.....78
  - 1.2. Des organisations concrètes du maintien à domicile très contrastées .....81
- 2. Des structures d'accueil extrêmement diversifiées** .....86
  - 2.1. De l'adaptation du domicile aux logements adaptés : multiplicité des formules.....86
  - 2.2. Établissements de soins de longue durée et structures d'accueil de courte durée .....90
- 3. La qualité de la prise en charge : instruments et pratiques** .....95
  - 3.1. Une priorité affichée .....96
  - 3.2. Des outils de contrôle multiples et renouvelés .....97
  - 3.3. Le recours au secteur privé : quels impacts sur la qualité ? .....100
  - 3.4. La place de l'utilisateur : un facteur déterminant pour la qualité de l'offre .....101

## ▶ Chapitre 5

### Soutenir les aidants familiaux

*Virginie Gimbert avec la collaboration de Guillaume Malochet* ..... 105

1. Des politiques de soutien de plus en plus nécessaires ..... 106
  - 1.1. Les piliers invisibles de la prise en charge de la dépendance ..... 106
  - 1.2. Des aidants qui ont besoin d'aide ? ..... 108
2. La reconnaissance des aidants sur les plans juridique et financier ..... 110
  - 2.1. Les droits sociaux associés au statut d'aidant ..... 110
  - 2.2. Formes de rémunération ou de compensation de perte de revenu ? ..... 112
3. Les dispositifs de conciliation entre vie professionnelle, personnelle et travail de l'aidant ..... 114
  - 3.1. Congés spécifiques ..... 112
  - 3.2. Aménagement des horaires de travail ..... 116
4. Les dispositifs de soutien aux aidants ..... 117
  - 4.1. Soutien pour les tâches domestiques : l'exemple des technologies pour l'autonomie ..... 117
  - 4.2. Soutien pour les tâches administratives et l'organisation de la prise en charge à domicile ..... 119
  - 4.3. Répondre au besoin de répit ..... 122

## ▶ Chapitre 6

### Éclairages sur quelques pays de référence

*Virginie Gimbert et Guillaume Malochet, avec la collaboration de Sylvie Cohu et Diane Lequet-Slama* ..... 125

1. Allemagne ..... 126
2. Danemark ..... 134
3. États-Unis ..... 140
4. Italie ..... 144
5. Japon ..... 149
6. Pays-Bas ..... 155
7. Royaume-Uni ..... 161
8. Suède ..... 168

## ▶ Annexe

### La prise en charge des personnes âgées dépendantes : une comparaison internationale à partir d'un cas particulier

*Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)* ..175

## ▶ Remerciements ..... 185

## Membres du groupe de travail

### ► **Coordonneurs**

**Virginie Gimbert et Guillaume Malochet**, Centre d'analyse stratégique

**Francesca Colombo et Jérôme Mercier**, Organisation de coopération  
et de développement économiques

### ► **Avec la collaboration de**

**Sylvie Cohu et Diane Lequet-Slama**, Direction de la recherche, des études,  
de l'évaluation et des statistiques

**Les défis de l'accompagnement du grand âge.**  
Perspectives internationales pour éclairer le débat  
sur la dépendance.

**Rapport disponible sur**  
**[www.strategie.gouv.fr](http://www.strategie.gouv.fr)** (rubrique publications)



Directeur de la publication :  
Vincent Chriqui, Directeur général  
Directeur de la rédaction :  
Pierre-François Mourier,  
Directeur général adjoint

Contact presse :  
Jean-Michel Roullé, responsable  
de la Communication  
01 42 75 61 37 / 06 46 55 38 38  
[jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr](mailto:jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr)

Le Centre d'analyse stratégique est une institution d'expertise et d'aide à la décision placée auprès du Premier ministre. Il a pour mission d'éclairer le gouvernement dans la définition et la mise en œuvre de ses orientations stratégiques en matière économique, sociale, environnementale et technologique. Il préfigure, à la demande du Premier ministre, les principales réformes gouvernementales. Il mène par ailleurs, de sa propre initiative, des études et analyses dans le cadre d'un programme de travail annuel. Il s'appuie sur un comité d'orientation qui comprend onze membres, dont deux députés et deux sénateurs et un membre du Conseil économique, social et environnemental. Il travaille en réseau avec les principaux conseils d'expertise et de concertation placés auprès du Premier ministre : le Conseil d'analyse économique, le Conseil d'analyse de la société, le Conseil d'orientation pour l'emploi, le Conseil d'orientation des retraites, le Haut Conseil à l'intégration.