

Le genre des politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes

Claude MARTIN¹

Résumé : La dépendance des personnes âgées, c'est-à-dire leurs besoins d'aide pour des tâches quotidiennes, représente depuis le début des années quatre-vingt un nouveau problème public. Ce phénomène a des répercussions importantes en termes de genre, non seulement au sens où les femmes sont plus fréquemment confrontées à ce problème du fait de l'écart d'espérance de vie avec les hommes, mais aussi au sens où les principales pourvoyeuses de soin et d'aide dans les familles sont des femmes, qu'elles soient membres du réseau de parenté ou professionnelles. On comprend donc que toute définition d'une politique en la matière est cruciale du point de vue de l'égalité des chances entre hommes et femmes. Dans un premier temps, cet article propose un cadre d'analyse permettant de mettre en lumière ces enjeux de genre dans l'évolution des systèmes de protection sociale. Dans un second temps, nous appliquons cette problématique à la production des réformes en matière de dépendance en France et repérons leurs conséquences en termes de genre, que ce soit au plan des activités de *caring* profanes ou professionnelles.

Les systèmes de protection sociale européens sont tous confrontés au phénomène du vieillissement de la population. Même si cette question du vieillissement doit être relativisée, en tenant compte du fait que l'âge est un construit social (Bourdelaïs, 1993 ; Caradec, 2001), ses conséquences en termes de coût sont indéniables, que ce soit pour les systèmes de retraite ou de santé.

Ainsi, est apparue en France au début des années quatre-vingt une nouvelle catégorie d'âge et un nouveau problème public : celui de la dépendance du quatrième âge. Les gains continus d'espérance de vie, de l'ordre d'un trimestre tous les ans, provoquent une augmentation accélérée des classes d'âge les plus élevées. Et parce qu'au grand âge sont associées les maladies chroniques, des incapacités et difficultés d'assumer seul(e)s un certain nombre des tâches ordinaires de la vie quotidienne, s'est imposé le besoin d'offrir une réponse publique à ce que l'on dénomme désormais «la dépendance des personnes âgées».

¹ . Chargé de recherche CNRS, Centre de recherches administratives et politiques. IEP de Rennes – Université de Rennes 1. Directeur du LAPSS (Laboratoire d'analyse des politiques sociales et sanitaires) à l'École nationale de la santé publique.

La prise en charge du handicap, de l'incapacité ou de la dépendance, selon les vocables utilisées, constitue clairement aujourd'hui un enjeu de taille pour l'ensemble des pays dotés d'un système de protection sociale (Hennessy, 1995 ; OCDE, 1996, 1998). La définition d'une politique publique permettant de faire face à ce problème collectif est cruciale à plus d'un titre. Tout d'abord, elle pose la question de l'articulation entre trois sources de protection : la famille, le marché et l'Etat. Deuxièmement, elle bouleverse les frontières établies entre différents secteurs de la protection sociale : frontière entre social et sanitaire, entre politiques familiales et politiques de la vieillesse, voire même politiques d'emploi. Troisièmement, elle confronte le décideur politique à une série de choix cruciaux sur la nature du dispositif à élaborer : logique d'assurance, obligatoire ou non ; logique d'aide sociale, logique de marché. Quatrièmement, cette politique soulève le problème du financement et de la gestion du dispositif, entre Etat, collectivités locales et caisses de sécurité sociale. Enfin, elle a des répercussions directes sur la condition des femmes, chargées le plus souvent des tâches de soins ou de *caring*, soit de manière professionnalisée, soit en tant que soignante bénévole, soit en tant que membre d'un réseau de parenté (fille, mère, épouse, belle-fille, etc.) (Joël et Martin, 1998).

L'intérêt réside également dans le fait que l'on peut, à la lumière de ce nouveau problème public, retracer avec précision, les avancées de la définition de la réponse publique. Dans cet article, nous proposons de mettre l'accent sur un des enjeux principaux, généralement masqué : celui du genre. En effet, la dépendance et sa prise en charge sont profondément « genrées », non seulement au sens où les femmes sont fréquemment confrontées à ce problème du fait de l'écart d'espérance de vie avec les hommes, mais aussi au sens où les principales pourvoyeuses de soin et d'aide dans les familles sont des femmes : des épouses d'abord, mais aussi des filles et des belle-filles. Pour ces « aidantes », l'entrée dans la dépendance d'un parent provoque souvent des bouleversements majeurs, du point de vue de leur vie quotidienne, de leur implication dans une activité salariée, de leur disponibilité pour leur propre ménage, etc.. Ces effets de genre se manifestent encore par le fait que les professionnels du soin et de l'aide aux personnes âgées sont aussi des femmes, dont l'activité demeure mal reconnue, faiblement valorisée et rémunérée. On comprend donc que toute définition d'une politique en la matière est cruciale du point de vue de l'égalité des chances entre hommes et femmes.

Dans un premier temps, cet article propose un cadre d'analyse permettant de mettre en lumière ces enjeux de genre dans l'évolution des systèmes de protection sociale. En effet, les réformes qui s'imposent actuellement dans de nombreux pays européens ne posent pas seulement la question de la convergence ou du risque de démantèlement des systèmes nationaux de protection sociale. Elles posent aussi la question de l'égalité des chances. C'est pourquoi, au-delà même de la distinction entre travail rémunéré et non rémunéré, il peut être utile de chercher à établir des « régimes de *caring* ». Dans un second temps, nous appliquerons cette problématique à la production des réformes en matière de dépendance en France et repérerons leurs conséquences en termes de genre, que ce soit au plan des activités de *caring* profanes ou professionnelles.

1. Les variables domestiques dans l'analyse des systèmes de protection sociale

La majorité des travaux comparatifs sur les systèmes de protection sociale adopte une perspective macro-économique, recourt à des batteries d'indicateurs statistiques (aussi bien socio-démographiques, économiques que financiers) et proposent des typologies. Les facteurs le plus souvent pris en compte sont à la fois d'ordre économique (réorganisation de la production et du marché du travail, niveau et modes de financement des transferts sociaux, etc.), institutionnel (rôle de la bureaucratie et des appareils de l'Etat), et politique (construction de compromis politiques entre différentes classes sociales). Esping-Andersen (1990) propose ainsi, par exemple, de distinguer trois principaux « régimes d'Etat-providence » : social-démocrate / universaliste ; conservateur-catholique / corporatiste ; et libéral / résiduel.

Cette typologie a suscité de nombreux débats ces dernières années. Une des principales critiques a été formulée par celles et ceux qui ont soutenu que, en analysant les différents niveaux de dépendance ou d'indépendance des agents par rapport au marché, leur possible « libre-choix » de se maintenir ou non sur le marché du travail pour subvenir à leurs besoins grâce au développement de la protection sociale, avec la notion de démarchandisation (*decommodification*) de la force de travail, Esping-Andersen aurait négligé une question essentielle dans la production et l'organisation des mécanismes de protection collective : celle du « genre » ou, plus globalement encore, de la famille et de l'organisation de la vie privée (voir notamment Orloff, 1993, Lewis, 1992, Daly, 1994 et 2000 ; Sainsbury, 2000).

Au centre de cette critique et de cette alternative théorique est posée la question de la contribution familiale, et surtout de la contribution féminine au bien-être et à la protection, non seulement sous la forme du travail gratuit et inégalement reconnu de soin (*caring*), mais même sous sa forme salariée. H. Brackman, S.E. Erie et M. Rein (1988) soulignent ainsi que l'offre de services aux familles pour assurer le travail de reproduction a donné lieu au développement d'un marché du travail presque exclusivement féminin. Qu'il soit donc gratuit ou rémunéré, le travail de soin est distribué entre les femmes. Celles-ci sont, en quelque sorte, « mariées au Welfare », pour reprendre l'expression de ces auteurs américains, au sens où elles sont à la fois bénéficiaires et pourvoyeuses de services de reproduction.

Dans cette perspective, les différents régimes d'Etat-providence proposés par Esping-Andersen peuvent être vus comme offrant aux femmes plus ou moins de possibilité d'autonomisation par rapport au lien familial (dé-familialisation), mais aussi plus ou moins de protection contre les risques d'appauvrissement liés à cette autonomisation².

Analyser des trajectoires de réformes

Après avoir privilégié la construction de typologies de régimes d'Etat-providence, la comparaison des systèmes de protection sociale s'oriente donc de plus en plus vers une analyse des changements en cours, du fait de la crise que traversent ces systèmes (crise à la fois financière, sociale et de légitimité politique) (Esping-Andersen, 1996). Ce thème du changement pose aussi la question de la convergence de ces différents systèmes, confrontés aux mêmes contraintes budgétaires, d'où le thème du retrait, du démantèlement ou du retrenchment (Pierson, 1994 ; Svallfors & Taylor-Gooby, 1999).

Cette question de la répartition de la charge de soins entre les solidarités publiques et privées est donc à l'ordre du jour de l'agenda politique de tous les Etats-providence. Le

² Esping-Andersen a d'ailleurs reconnu lui-même l'apport de cette critique féministe, dans la post-face qu'il a rédigée pour la traduction française de *The Three Worlds of Welfare Capitalism* : « La critique la plus pertinente (de mon ouvrage) est à inscrire au bénéfice des féministes... Leur argument selon lequel la famille est bien trop ignorée et insuffisamment développée dans mes analyses des régimes d'Etat-providence, est pertinent... En effet, comme l'avance Orloff, nous avons besoin de compléter le concept de démarchandisation par un autre concept : celui de défamilialisation. 'Défamilialiser' la politique sociale signifie un engagement à collectiviser le poids et les responsabilités de la charge familiale, ce qui est manifestement une condition préalable pour les femmes qui cherchent à harmoniser travail et maternité. Quelques Etats-providence sont clairement « familialistes », en ce sens où l'on admet que la famille est le centre normal des responsabilités en ce qui concerne les besoins sociaux de ses membres.... La seconde raison pour laquelle il est important d'endogénéiser la famille dans les analyses des Etats-providence, est qu'elle est intimement liée à la crise contemporaine de l'Etat-providence ». (Esping-Andersen, 1999 p. 277-278).

besoin de trouver une solution à la crise financière du dispositif de protection sociale est tel que les pouvoirs publics ont envisagé dans de nombreux pays européens de renvoyer vers la famille, ou les réseaux d'intégration primaire, voire vers le tiers secteur ou le bénévolat, un certain nombre des services et des charges qui étaient précédemment partiellement couverts par des dépenses publiques, procédant en quelque sorte à une démarche inverse de celle de la période dite des « Trente glorieuses », durant laquelle les services publics se substituaient à la famille pour un certain nombre de fonctions qui lui étaient traditionnellement dévolues. Refusant de tenir compte du fait que ces solidarités de proximité ne compensent pas les inégalités mais les renforcent, nombre des réformateurs sociaux actuels envisagent de recourir à cet argument pour sortir de l'impasse. Pour prendre la mesure de ces changements en cours, il faut donc envisager de suivre pas à pas et dans plusieurs pays les réformes et les arguments de la réforme. L'enjeu est de savoir si les familles, et surtout les femmes dans les familles, peuvent matériellement assumer plus qu'elles ne le font déjà, et surtout s'il est acceptable pour les acteurs de suivre un tel rééquilibrage.

Repérer des « régimes de caring »

Face à ces transformations, la position des spécialistes, notamment celles issues des courants féministes, évolue sur cette question des variables domestiques (Jenson, 1997 ; Lewis, 1997). L'enjeu apparaît plus nuancé et plus complexe que celui de la défense pure et simple de l'accès des femmes au marché du travail par la « défamilialisation ». Le cœur de l'interrogation n'est peut-être plus tant celui du travail non-rémunéré et de ses liens avec travail rémunéré et *Welfare State*, mais la question du *caring* à proprement parler et de l'élaboration de *caring regimes*.

Le partage et le paiement du travail de reproduction et de *caring* permet de comparer sur d'autres bases les régimes de protection sociale. En effet, ce travail peut être rémunéré ou non. Le *Caring* n'est donc pas équivalent au travail non rémunéré. De même, le haut niveau de participation des femmes au marché du travail et de « défamilialisation » (comme en Suède, par exemple), peut correspondre à des situations de haute participation parentale aux tâches de *caring* (c'est l'exemple suédois avec le recours à des congés parentaux proches du niveau de remplacement du revenu). Enfin, plusieurs modalités de socialisation du *care* sont possibles et peuvent même être combinées selon les configurations nationales, et même selon les types de problèmes sociaux identifiés : on peut envisager des allocations pour les *carers* (ou des congés

rémunérés, ou des allégements fiscaux) ; on peut rémunérer le *carer* et reconnaître que ces tâches (le plus souvent féminines) méritent salaire (au risque de reconnaître en même temps que ces tâches incombent aux femmes) ; on peut envisager des allocations pour les personnes qui reçoivent des soins et de l'aide pour qu'elles s'achètent du service (dans leur propre famille éventuellement, ou sur le marché), et on peut encore développer des services publics aux personnes. Ces différentes modalités ont des effets contrastés sur la construction des droits sociaux et, notamment, en termes de genre.

Dans cette perspective, Jane Jenson (1997) propose de poser trois questions simples pour construire ces *caring regimes* et penser les changements en cours. Premièrement, « qui aide ou soigne, qui *care* ? » : la collectivité ou la famille (avec ou sans le support de la collectivité), et, dans la famille, les deux parents ou la mère seulement ? Deuxièmement, « qui paye ? » : la famille, l'Etat, l'employeur ? Et enfin, de quelle manière et où le soin est-il rendu ? Par un service public, sur le marché, par une association ? En répondant à ces questions, Jane Jenson considère que l'on parviendra à une véritable alternative en matière de comparaison des systèmes de protection sociale et dans la façon de penser les changements en cours.

Mais un autre niveau d'arbitrage intervient encore. C'est celui qui a lieu au niveau des usagers, qui peuvent eux aussi considérer telle ou telle formule comme plus ou moins légitime ou acceptable : respecter un sentiment d'obligation construit dans une histoire familiale et une « éthique du *care* », se soumettre à des obligations légales, rechercher les moyens de préserver sa propre autonomie en déléguant à des professionnels ou semi-professionnels, etc³. Cet ensemble d'arbitrages, privés et publics, participent de ce que nous proposons de dénommer la « régulation domestique » dans les trajectoires d'Etat-providence (Martin, 1998).

2. Trajectoire de la protection sociale française en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes

Genèse hésitante d'une politique à l'égard des personnes âgées dépendantes (1986-1996)

La dépendance devient une question spécifique en France à partir de 1986, avec la préparation du rapport de Théo Braun de la Commission nationale d'étude sur les

³. Pour un développement sur ce point, voir Joël et Martin 1998.

personnes âgées dépendantes, qui s'est donné pour objectif d'analyser les causes précises du phénomène et l'inadaptation des réponses apportées. Ce rapport proposait alors « l'assurance autonomie » pour les retraités ou l'ouverture d'une prestation en nature dans le cadre de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)⁴. Les rapports se succèdent ensuite à un rythme accéléré⁵. Cinq propositions de lois seront formulées entre temps, entre 1991 et 1993, sur la prise en charge de la dépendance et en vue d'instituer une allocation de dépendance au profit des personnes âgées. Mais aucun de ces projets n'aboutit. La politique à l'égard de la dépendance demeure indéterminable. Les principales orientations des propositions formulées entre 1986 et 1993 s'organisent en fait autour de deux axes : la solvabilisation des personnes âgées et la promotion d'une meilleure organisation de l'offre de services.

Les pistes de la réforme

Sur le premier volet, l'idée est donc de concevoir une prestation spécifique qui puisse être distribuée rapidement, qui soit au moins égale à l'ACTP, soumise à conditions de ressources et modulable en fonction du niveau de dépendance (ce qui suppose le choix d'une grille nationale d'évaluation de la dépendance). Des écarts existent cependant dans les préconisations selon qu'est proposée une prestation en nature, plus aisément contrôlable (rapport Braun), ou en espèces (rapport Schopflin). Mais la logique demeure celle de l'aide sociale, du fait de son caractère individuel et subsidiaire. Est envisagé parallèlement le développement d'un système d'assurances privées (servies par des caisses de retraite complémentaire, des mutuelles ou des compagnies privées) qui pourraient dans le futur compléter la réponse publique. Il n'est en revanche pratiquement pas question dans ces différents rapports de l'option assurantielle, c'est-à-dire du choix de l'assurance obligatoire qui semble d'emblée écartée. La logique, même si elle n'est guère explicitée, reste celle de l'aide sociale aux plus démunis⁶.

⁴ . L'Allocation compensatrice pour tierce personne » (ACTP) constitue depuis 1975 et jusqu'en 1994 une des principales mesures concernant la dépendance, même si elle était conçue initialement pour les problèmes de handicap.

⁵ . Un rapport de Geneviève Laroque pour l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 1989 ; le « rapport Boulard » de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en 1991, le « rapport Schopflin » remis au gouvernement par un groupe d'experts dans le cadre de la préparation du Xème plan en 1991 également ; le rapport annuel de l'IGAS de 1992 fait également mention de cette question à laquelle il consacre même un rapport spécifique en 1993, à nouveau sous la responsabilité de Geneviève Laroque.

⁶ . Sur le choix assurantiel, voir Kerschen 1997.

Sur la question de l'organisation des services, est envisagé à la fois d'améliorer les conditions d'hébergement, de diversifier l'offre de services, de mieux coordonner les interventions et de lever les paradoxes liés au fait que la prise en charge en établissement est moins liée au niveau de dépendance qu'au statut de l'établissement. Du point de vue de la coordination, la formule préconisée est locale (avec un rôle central confié aux Conseils généraux), voire même micro-locale. Est avancée l'idée d'un « coordinateur de proximité », ou d'une combinaison de ressources professionnelles mobilisées au domicile sous la forme d'une équipe médico-sociale (travailleur social, médecin, agent administratif). Il s'agit en somme d'inviter les différents opérateurs (médecins, infirmiers, aide-soignants, aides à domicile, services d'action sociale des organismes de sécurité sociale) à collaborer dans de nouvelles structures, ce qui reste un pari, qui fait suite à beaucoup d'autres tentatives (comme les coordinations dans les schémas gérontologiques).

Le choix de l'expérimentation : éviter le débat politique de fond

Un des principaux écueils perceptibles à la lecture des différents rapports et projets reste celui du financement. Face à cet obstacle et aux nombreuses incertitudes, le choix français a consisté à promouvoir dans le cadre d'une expérimentation sur sites, quelques-unes des propositions mentionnées dans les rapports d'experts, ainsi que le principe d'une évaluation devant permettre d'envisager une généralisation à l'échelle nationale. En cela, le gouvernement d'Edouard Balladur a fait le choix de mobiliser des décideurs et acteurs locaux soucieux de réformer le système de prise en charge existant, évitant ainsi de formuler des principes et des normes qui ne feraient pas consensus à l'échelle locale. Expérimentation et évaluation, telles sont les modalités choisies pour définir une politique sociale applicable (comme lors de la mise en œuvre du revenu minimum d'insertion) (Martin, 2000). Le gouvernement a choisi de mobiliser les ressources locales et, en particulier, les bonnes volontés des responsables territoriaux soucieux de faire avancer rapidement une réforme tant attendue, en co-produisant l'action publique. L'Etat a joué un rôle incitatif, en fixant des grands principes et en laissant aux acteurs politiques et aux opérateurs locaux les plus motivés le soin d'inventer véritablement un dispositif (Martin, 1998).

Il est manifeste que ce type de choix découle à la fois des principes établis par les lois de décentralisation de 1983, mais aussi de la transformation des besoins et des problèmes sociaux dans le contexte de crise de l'Etat-providence (Duran, Thoenig,

1996). Plutôt que d'envisager une définition centrale de la norme d'action publique et une application territoriale, justifiant en aval des aménagements et une certaine flexibilité, le choix a consisté à laisser le territoire participer largement à la définition du problème public.

Une pseudo-politique d'emploi

A l'enjeu de la satisfaction des besoins, enjeu premier pour les opérateurs de terrain, s'en est combiné un autre, plus conforme aux préoccupations des élus départementaux et nationaux : celui de l'emploi. En effet, améliorer l'aide aux personnes âgées dépendantes correspond aussi, au plan politique, à la volonté de promouvoir le fameux « gisement d'emplois » potentiel entrevu précédemment : celui des services relationnels, ou des emplois familiaux. En fait, il semble que ce nouveau dispositif ait plus engendré de la précarité que de l'emploi, à proprement parler. Par la solvabilisation des personnes âgées, on a facilité le développement d'une offre « non-professionnalisée » ou « précarisée » de services.

Du fait du dispositif choisi et des différences de coût des interventions, selon le type d'employeur, l'aide à domicile a été assurée, soit par des professionnelles (aides-ménagères) qui sont passées bien souvent du statut de salariée d'une association ou d'un centre communal d'action sociale (avec les garanties et les avantages que cela autorise) à celui de salariée directe d'une personne âgée (souvent pour un nombre d'heures très réduit), soit par des non-professionnels, c'est-à-dire des personnes sans qualification particulière, disponibles localement, voire même dans la famille, qui ont, elles aussi, été contractées directement pour rendre le service à la personne âgée. Dans tous ces cas, la position des aidants s'est trouvée fragilisée (difficulté de remplacement, difficulté de faire valoir sa position de salarié, difficulté de trouver des tiers permettant d'évoquer les problèmes posés lors de leur travail, manque de formation, problèmes des congés, etc.).

Il n'est donc guère étonnant que se soient développées des critiques soulignant que l'on avait affaire essentiellement à des pseudo-emplois, sous-qualifiés, sous-rémunérés et sous-protégés, à des « petits boulots » en somme, susceptibles d'être présentés en équivalent temps-plein, à des fins parfois politiques. Plutôt que de permettre le développement de nouveaux emplois, cette logique d'intervention s'apparente à une politique de déstabilisation des emplois qualifiés pré-existant, et à la création de « petits boulots » non qualifiés. Les professions de l'aide à domicile voient donc avec une certaine inquiétude se renforcer cette tendance et ne croient pas à la possibilité d'un

nouveau gisement d'emplois. De leur point de vue, il s'agit plus ou moins explicitement de reconnaître qu'il n'est peut-être pas nécessaire d'avoir un certificat d'aptitude pour rendre le service. La bonne volonté, la relation de confiance et la compétence domestique « naturelle » des femmes semblent même bien souvent primer pour l'utilisateur sur la compétence certifiée par un diplôme ou une formation.

Au terme de l'expérimentation territoriale, plusieurs autres problèmes étaient posés. Comment faire évoluer les réponses du côté des établissements d'accueil des personnes âgées dépendantes, dont on mesure bien que cet élargissement du dispositif aux personnes en établissement pose de façon accrue le problème du coût ? Un autre problème posé est celui de l'équité territoriale. Ne risque-t-on pas de promouvoir de très importantes disparités territoriales en demandant aux partenaires locaux de s'engager dans de telles mises en œuvre ?

La Prestation spécifique dépendance (PSD) : Une réponse minimale dans une logique de maîtrise des dépenses (1997-2000)

La création d'une nouvelle allocation pour les personnes âgées dépendantes était une des promesses du candidat Chirac lors de la dernière campagne présidentielle. Ce fut aussi l'un des points de la déclaration de politique générale d'Alain Juppé le 23 mai 1995, lors de sa prise de fonction comme Premier ministre. Sans même attendre les résultats des évaluations locales et nationales de l'expérimentation, un projet de loi a été préparé par le gouvernement, sous l'égide de Mme Codaccioni, alors ministre de la Solidarité entre les Générations. Les annonces répétées de l'imminence de la loi ont déstabilisé les expérimentations territoriales. Celles-ci ont été ralenties et parfois même stoppées dans certains sites. A quoi bon expérimenter et évaluer un dispositif non repris par le projet de loi ?

Dès l'origine, ce projet de loi a suscité de vives critiques, non seulement de la part du Conseil économique et social, mais aussi de parlementaires (Long, 1997). Suivant un certain nombre de ces recommandations, le Premier ministre Alain Juppé a donc présenté un nouveau projet amendé en octobre 1995, qui a une fois encore fait l'objet de critiques de la part des parlementaires et fut rejeté par le Sénat⁷. Un an plus tard

⁷ . Entre temps, il faut le rappeler, le « Plan Juppé » sur la protection sociale avec sa logique de maîtrise des dépenses était intervenu, ainsi que le « mouvement de décembre 1995 » qui s'y était opposé, bloquant la France pendant plusieurs semaines.

cependant, en janvier 1997, une loi est enfin adoptée sous l'impulsion gouvernementale, mais se présente comme une réforme transitoire instituant un dispositif a minima : une « loi en attendant la loi ». Dès sa publication, un recours a été déposé par des parlementaires socialistes auprès du Conseil constitutionnel, sur la base des inéquités territoriales inhérentes au dispositif choisi.

Les caractéristiques de la Prestation spécifique dépendance

Il s'agit d'une prestation d'aide sociale attribuée en établissement et à domicile et qui remplace l'allocation compensatrice qui était versée jusqu'ici aux personnes âgées. Le texte de loi comprend également une réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées. Les *bénéficiaires* de la PSD sont des personnes dépendantes de plus de 60 ans résidants en France, de toute nationalité. Les *conditions de ressources* sont identiques à celles de l'allocation compensatrice. Il n'y a pas d'obligation alimentaire, mais un *recours sur la succession*. La PSD se cumule avec les ressources du bénéficiaire et, le cas échéant, de son conjoint ou de son concubin, dans la limite des plafonds suivants : 72.000F par an pour une personne seule ; 120.000F par an pour un couple. Le recouvrement sur la succession du bénéficiaire de la PSD ne s'exerce que sur la partie de l'actif net successoral qui excède 300.000F. Seules les dépenses supérieures à 5.000F peuvent donner lieu à ce recouvrement. La demande est adressée au président du Conseil Général du département de résidence et est instruite par une équipe médico-sociale. Celle-ci apprécie à l'aide d'une grille nationale : la grille AGGIR, l'état de la dépendance et établit un plan d'aide que la personne peut refuser. La grille AGGIR permet de classer les demandeurs en six « groupes iso-ressources ». Seules les personnes classées dans les groupes 1, 2 et 3 (correspondant aux niveaux les plus élevés de dépendance) bénéficient de la PSD. Le plan d'aide établi par l'équipe médico-sociale est valorisé par un coût de référence déterminé par le Président du Conseil Général pour les différents types d'aides. En fonction de ce plan, la prestation est attribuée par le Conseil Général. Il y a un maximum départemental mais pas de minimum⁸. La PSD à domicile doit être utilisée pour rémunérer, soit un ou des salariés que le bénéficiaire emploie pour lui venir en aide, soit un service à domicile qui a fait l'objet d'un agrément, soit encore la personne qui accueille le bénéficiaire. Le bénéficiaire peut employer un ou plusieurs membres de sa famille à l'exception de son conjoint ou de son concubin. La PSD ne peut servir à rémunérer une personne qui bénéficie déjà elle-même d'un avantage vieillesse. La PSD en établissement est versée directement à l'établissement qui accueille son bénéficiaire. Celui-ci doit démontrer qu'il a bien reçu une aide pour que la prestation soit versée. La prestation est versée en nature et payée au vue de justificatifs des frais occasionnés par la perte d'autonomie.

Les bénéficiaires de la PSD

Après trois ans de mise en œuvre, la PSD qui semblait pouvoir remplacer l'ACTP et donner un peu de cohérence au système, a suscité une vive hostilité de la part des professionnels. Un « livre noir » de la PSD⁹ a été rédigé et signé en 1998 par les

⁸. Une controverse importante aura lieu sur ce point et des projets d'amendement seront examinés par le gouvernement Jospin en vue de définir un minimum départemental et ce afin d'éviter les écarts très importants selon les départements.

⁹. CNRDP (Comité national des retraités et personnes âgées), *Le Livre noir de la PSD*, Document ronéoté remis au Ministre de l'Emploi et de la solidarité, 1998.

principales associations qui prennent en charge les personnes âgées. A travers un ensemble de cas-type, ce «livre noir » montre que le passage de l'aide ménagère à la PSD ou de l'ACTP à la PSD peut générer des pertes financières importantes (1400 à 2000 francs par mois) et qu'il peut y avoir de sérieuses réductions de l'aide en nature que la collectivité apporte aux personnes âgées dépendantes. Par ailleurs, si on regarde concrètement la mise en place de la PSD elle se fait lentement et ne touche qu'une proportion réduite des personnes dépendantes.

Les chiffres du ministère de l'Emploi et de la Solidarité permettent de mesurer le degré d'application de la PSD aujourd'hui. Fin décembre 2000, 140 000 personnes bénéficiaient de cette prestation. Le montant mensuel de la PSD est de 3400 francs (4100 francs en GIR1, 3600 en GIR2 et 3100 francs en GIR3). Les estimations de l'INSEE oscillant entre 950 000 et un million de personnes dépendantes, la PSD ne couvrirait donc les besoins que d'environ 15% des personnes éprouvant des besoins d'aide et seulement 20% des personnes les plus dépendantes nécessitant une aide, soit parce qu'elles sont confinées au lit et au fauteuil, soit qu'elles ont besoin d'aide pour la toilette et l'habillage.

Le fait de réserver cette prestation, modeste en montant aux personnes les plus dépendantes et les plus nécessiteuses, non seulement écarte une proportion considérable de personnes âgées sur la base du critère de ressources, mais ne règle pas la situation des bénéficiaires qui doivent mobiliser des montants beaucoup plus substantiels pour répondre à leurs besoins (entre 10,000 et 15,000 francs par mois pour les cas de dépendance lourde). Cette prestation ne règle pas non plus la situation des personnes à dépendance moyenne : le GIR 4¹⁰. Cette non-prise en compte de la dépendance moyenne exclut donc une grande proportion des besoins d'aide et de services. D'après l'ODAS, près d'un quart des demandeurs sont exclus sur cette base. En somme, l'exclusion de l'accès à la prestation fonctionne de multiples manières : exclusion des niveaux de dépendance moyens et faibles, seuils de ressources très bas, perspective de récupération sur succession. Ce dernier phénomène exclut de fait une autre catégorie de bénéficiaires potentiels, qui se refusent à cette perspective.

¹⁰ . Dans le cadre des expérimentations, les personnes évaluées en GIR4 pouvaient bénéficier de la PED et représentaient même près de 40% des bénéficiaires. Voir Martin et alii, 1996, Jourdain et Martin, 1998.

3. Les effets des mesures adoptées sur les aidants on un genre

La politique en direction des personnes âgées dépendantes que nous venons de décrire et surtout les hésitations des pouvoirs publics pour concevoir un dispositif cohérent et ambitieux expliquent que les effets sur les aidants ne sont guère favorables. Quelques tendances fortes se dégagent.

Premièrement, il faut souligner que l'énorme majorité de ces aidants, professionnels, bénévoles ou membres de la proche parenté, sont des femmes. Ce sont les femmes (épouses, filles ou belles-filles) qui dans la parenté sont les premières mobilisées pour ces tâches mélangeant subtilement soins et affection. Quand il s'agit des soins professionnels aux personnes âgées dépendantes, ce sont presque exclusivement des femmes qui interviennent en tant que professionnels de l'aide et du soin : 99% des emplois dits familiaux (désignant les différents services d'aide direct aux personnes, le plus souvent à domicile, que ce soit chez la personne aidée ou chez la professionnelle) sont occupés par des femmes (dont la moyenne d'âge est de 43 ans).

Deuxième tendance : ces emplois peu qualifiés, peu valorisés et mal rémunérés sont encore fragilisés et précarisés par les choix effectués. Depuis la mise en œuvre de l'expérimentation, et plus encore depuis l'adoption de la PSD, les emplois créés sont le plus souvent des emplois à temps très partiel, mal ou pas protégés, correspondant à des recrutements directs par les personnes âgées elles-mêmes ou par le truchement d'une association mandataire qui ne s'occupe le plus souvent que de régler les procédures administratives et de remplir les fiches de paie.

Troisième phénomène : les aidants familiaux, appartenant à la proche parenté qui sont rémunérés par ces nouvelles mesures ne se trouvent guère dans une position plus favorable qu'avant, malgré la reconnaissance de leur travail. En fait, le statut des aidants familiaux n'a guère progressé.

Le secteur des emplois familiaux : quelques tendances

Les divers bilans dressés par l'INSEE, la DARES¹¹, le service des statistiques du ministère de l'Emploi et de la Solidarité ou par le rapport de mission de Véronique Hespel et Michel Thierry de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection

¹¹ . Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques du Ministère de l'emploi et de la solidarité.

générale des affaires sociales (1998) sur les emplois familiaux ou les emplois dans le secteur des services à la personne soulignent deux points essentiels : premièrement, les diverses mesures adoptées par les pouvoirs publics (exonération de charges, soutiens financiers, etc.) ont eu des effets remarquables en termes de lutte contre le travail au noir, ce qui a permis de régulariser nombre d'emplois ; deuxièmement, ces emplois créés ou «blanchis » sont très faiblement professionnalisés et qualifiés et sont soumis à une concurrence qui renforce leur fragilité¹².

S'il n'est pas toujours aisé d'isoler dans ces données les emplois qui concernent le secteur des personnes âgées dépendantes, par rapport à d'autres employés de maison (personnels de ménage, garde d'enfants à domicile, etc.), elles donnent néanmoins une tendance et des ordres de grandeur. Ces données ne convergent manifestement pas du fait, notamment, des définitions adoptées dans le cadre de chacune des enquêtes. Elles révèlent néanmoins la réalité de ce fameux potentiel d'emplois. Il est vrai qu'en analysant les évolutions du nombre d'emplois dans ce secteur sur les années récentes, on perçoit une tendance assez nette au développement. Il serait plus juste cependant de parler « d'emplois régularisés », car la plupart ne correspondent pas à des emplois véritablement nouveaux, mais à des emplois «blanchis ».

	Effectifs d'employeurs et d'employés de maison selon la DARES (1996)	Effectifs des services domestiques selon l'enquête emploi de l'INSEE (1996)	Effectifs des services de proximité à destination des personnes âgées dépendantes d'après l'enquête «conditions de vie des ménages» de l'INSEE (1996)	Nombre d'employeurs et de salariés (par trimestre) occupant des emplois familiaux d'après l'IRCEM (estimation juillet 1997)
Nombre d'employeurs	771 000 (dont chèque emploi-service : 590 000)		870 000 ménages	1 582 000
Nombre de salariés	475 000, mais seulement 52 000 emplois classiques + 32 000 emplois grâce au chèque emploi-service en ETP	430 000 salariés (ETP)	220 000 ETP	828 000

ETP : équivalent temps plein ; IRCEM : Institut de retraite complémentaire des employés de maison.

Ainsi, pour la DARES, le nombre d'employeurs classiques utilisant des aides domestiques est passé de 551 000, fin 1991, à 771 000, fin 1996. Le nombre de salariés

¹² . Pour la France, on pourra se reporter à Causse et alii (1997 et 1998). Pour les comparaisons internationales, on se reportera à Christopherson (1997).

est passé parallèlement de 383 000 à 475 000. La progression la plus forte d'employeurs concerne ceux qui font usage depuis 1994 du « chèque-emploi service » (590 000 fin 1996, correspondant à 219 000 salariés ainsi payés). Néanmoins, du fait du très faible nombre d'heures travaillées (8 heures hebdomadaires en moyenne pour les emplois classiques et seulement 4 heures pour le chèque emploi-service), ces effectifs assez considérables doivent être nuancés. En équivalent temps plein (ETP), sur la période 1992-1996, la progression n'est que de 52 000 ETP pour les emplois classiques et de 32 000 pour les emplois rémunérés par le chèque-emploi service. Si l'on se réfère maintenant au montant moyen annuel des dépenses de ces employeurs de l'aide à domicile, on constate que l'on a affaire dans une très large majorité de cas à de très faible niveau de dépenses et donc de rémunération pour les intervenants concernés : 84% des employeurs déclaraient en 1995 une dépense annuelle (incluant salaires et charges sociales) inférieure à 26 000 francs (aux alentours de 2 000 francs par mois).

Si l'on s'en tient au seul secteur des personnes âgées dépendantes, le nombre des ménages concernés par ces emplois familiaux ou à domicile est de l'ordre de 870 000 et les emplois potentiels de l'ordre de 220 000 équivalent temps plein, d'après l'enquête « conditions de vie des ménages » de 1996. Toutes les tendances que nous venons d'évoquer concernent également ce secteur d'activité.

Si l'on regroupe les informations disponibles : il s'agit presque exclusivement d'emplois occupés par des femmes, relativement âgées, très faiblement diplômées (65% de ces employés n'ont aucun diplôme), avec une nette sur-représentation de femmes d'origine étrangère (13% parmi les emplois familiaux, contre 4% des actives occupées et 9% des ouvrières). Le temps moyen par employeur est très faible, ce qui impose de multiplier les employeurs pour atteindre une rémunération minimale¹³. La formation ou la qualification de ces intervenantes est modeste. Il est donc légitime de parler de secteur de « petits boulots », sous qualifiés et sous-rémunérés. La mission Hespel-Thierry souligne d'ailleurs le risque que les choix actuels ne viennent renforcer la fragilité ou la précarité de ces emplois, du fait des incitations qui poussent à recruter de gré à gré, souvent sans aucun critère de qualité, mais simplement sur la base du tarif horaire et de l'interconnaissance (voisinage ou parenté).

¹³ . 59% des employées de maison déclarées perçoivent un salaire mensuel inférieur à 2000 francs et 75% un salaire mensuel inférieur à 3000 francs.

Tendance à la précarisation des statuts des intervenants à domicile

L'autre phénomène souligné par la DARES est en effet la progression de ce que l'on appelle les emplois dans le cadre des services mandataires. On distingue en effet les associations prestataires qui emploient directement des intervenants qu'elles envoient au domicile du bénéficiaire ou client et les associations mandataires, qui se limitent à une fonction de mise en contact entre un bénéficiaire et un intervenant. Les services mandataires peuvent en plus s'occuper des tâches administratives liées au recrutement et à la rémunération des intervenants, mais elles ne sont pas leur employeur. Les associations mandataires peuvent bénéficier d'exonérations de charges sociales et de réductions fiscales. Le taux de croissance annuel moyen du secteur de l'aide à domicile entre 1992 et 1995 en équivalent temps plein est de 5,5%, d'après l'enquête « conditions de vie des ménages » de l'INSEE, mais la progression provient surtout de l'augmentation de l'activité mandataire :

- en 1995, les associations prestataires employaient 95 000 équivalent temps plein, avec un taux de croissance annuel moyen de 0,8% entre 1992 et 1995 ;
- en 1995, les associations mandataires employaient 13 000 équivalent temps plein, avec un taux de croissance annuel moyen de 27,7% entre 1992 et 1995.

Lors de l'évaluation de la prestation expérimentale dépendance, nous avons déjà perçu l'importance de ce phénomène. Les emplois directs par la personne âgée et les recrutements par le truchement d'un service mandataire représentaient alors près de 70% des heures rémunérées par la prestation. Le complément était réparti de la manière suivante : 22% des heures étaient assurées par un membre de la famille salariée grâce à la prestation et un peu moins de 10% des heures seulement étaient fournies par un service d'aide ménagère.

La politique de prise en charge des personnes âgées dépendantes adoptée en France a donc eu pour effet de régulariser un certain nombre de situations de travail informel (y compris fourni par la famille), mais aussi de précariser la situation des intervenants professionnels qui étaient précédemment salariés d'une association ou d'un service prestataire (avec les avantages associés, en termes de possibilités d'être remplacé, de continuité des soins à rendre en cas de rupture de contrat pour hospitalisation ou décès de l'utilisateur, de possibilité de poser des congés, de recevoir de la formation complémentaire, du suivi et l'accès à des groupes de parole, etc.). Pour des raisons de

coût de leur intervention, ces intervenantes professionnelles ont été contraintes de se faire employer directement par les bénéficiaires de la prestation pour rendre les mêmes services, mais sans les mêmes avantages, ou de passer par des services mandataires. Conscients de ce risque et de la concurrence considérable engendrée par ces coûts différents, certains Conseils généraux ont entrepris de soutenir financièrement des dispositifs de formation et de qualification pour tous les nouveaux intervenants employés directement sans aucune qualification. Mais cette attitude est loin d'être générale.

Les effets sur les soignantes informelles membres de la parenté

Le principal type d'aidant mobilisé à l'occasion de la prise en charge d'une personne âgée dépendante en France appartient au réseau familial : épouse, fille ou belle-fille. Nous nous intéresserons ici exclusivement à celles qui sont susceptibles de voir leur travail reconnu par le dispositif PSD, au sens où elles peuvent être officiellement rémunérées sur la prestation pour rendre toute une série de services et de soins. Cette possibilité, ouverte à l'exclusion des conjoints et concubins, est à la fois une reconnaissance et donc un moyen de valoriser cette tâche. Mais elle a aussi ses revers. A elle seule, cette possibilité d'être rémunéré ne suffit pas à régler la question du statut de l'aidant. De plus, lorsqu'elle est possible, elle ne lève pas le principe de l'obligation alimentaire. Autrement dit, dans le cas où une personne âgée rémunère, sur le montant de la PSD, le travail (ou une partie du travail) fourni par sa fille, il est possible que les montants engagés fasse l'objet lors de la succession d'un remboursement au titre du recours sur succession. Cette question de l'obligation alimentaire est d'une extrême complexité et nous en sommes pour l'instant en France au tout début de la réflexion du fait des récents changements intervenus dans ce domaine avec les réformes PED et PSD.

Tout comme le dispositif de la PED, celui de la PSD donne la possibilité aux bénéficiaires d'embaucher comme aidant rémunéré un membre de leur famille, à condition qu'il ne s'agisse pas du conjoint. Dans le département de la Charente, l'expérimentation a montré que la PED servait dans 30% des cas à rémunérer un proche. D'après l'enquête que nous avons réalisée en Ile et Vilaine, sur les contrats d'aide du dernier trimestre 1995, 22% des heures d'aide rémunérée par la PED étaient fournies par des membres de la famille, le plus souvent des filles ou des belles-filles.

En résumé, malgré ses apparentes vertus en termes de reconnaissance sociale et monétaire, l'embauche d'un membre de la famille soulève de lourdes questions, auxquelles il est difficile de répondre de façon catégorique. Nous avons cependant observé que dans certaines situations ce mode d'embauche répondait à des préoccupations familiales ou personnelles. Ce type d'embauche familiale doit être utilisée avec prudence et réfléchi en terme de droit du travail ; d'incidence sur le fonctionnement de la sphère familiale, sur la vie personnelle et familiale de l'aidant salarié et sur la dépendance des personnes aidées. On peut suggérer de procéder à une évaluation périodique de ces divers points afin de ne pas laisser des situations se dégrader en dehors de toute régulation externe.

Une piste demeure : celle de définir un véritable statut de l'aidant avec, comme pour la prise en charge de la petite enfance, une véritable reconnaissance en termes de droits sociaux (droit à la retraite, à la couverture maladie, etc.). L'existence de l'équivalent d'un « congé parental » dans ce domaine serait sans doute pertinent. On peut enfin souligner la particularité du débat français qui s'est totalement focalisé sur la prestation aux personnes âgées et qui a totalement ou presque occulté la question des aidants et de leur statut. C'est sans doute une spécificité française, tout au moins si on la compare avec la manière dont la question des *carers* est développée dans les pays anglo-saxons¹⁴.

Conclusion : Les chemins de la réforme

Les très nombreuses critiques formulées à l'égard de la PSD, dispositif d'attente, au cours des années 1997-2000 ont justifié l'engagement d'une réflexion en vue d'une réforme rapide. Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité a confié le 24 décembre 1999 une mission à Jean-Pierre Sueur, ancien ministre et maire de la ville d'Orléans, qui a remis, après de très nombreuses consultations son rapport en mai 2000 (Sueur, 2000).

L'objectif de cette mission était clair. Il s'agissait de sortir du dispositif minimal, dont la logique de maîtrise financière était par trop réussie, sans pour autant réenvisager le principe de l'assurance, que Martine Aubry avait *a priori* écarté. En cherchant à limiter

¹⁴ . Voir Glendinning. & McLaughlin (1993), Evers et alii, 1994.

les coûts, la PSD n'a fourni de réponses collectives aux besoins d'aide que 1/6 des personnes âgées dépendantes, soit moins de 150 000 bénéficiaires, quand le nombre de personnes susceptibles d'éprouver des besoins oscillent entre 900 000 et un million de personnes. La proposition de la mission Sueur est donc de créer l'Allocation personnalisée à l'autonomie, qui demeure une prestation gérée par les Conseils généraux.

La réforme propose donc d'ouvrir les vannes jusqu'alors fermées.

1. en attribuant l'APA aux GIR 1, 2, 3 (gérés par les départements) et 4 (gérés par les caisses de retraite)
2. en supprimant la récupération sur succession par l'instauration d'un « ticket modérateur » (expression dont on notera qu'elle provient du lexique de l'assurance obligatoire). Il s'agit de mettre les personnes âgées à contribution en fonction de leur niveau de ressources et selon un barème (l'exonération du ticket modérateur est fixé à 6000 francs de ressources mensuelles et moins). Le rapport propose également la suppression du recours sur donation (en deçà de 300 000 francs).
3. en garantissant l'accès à une même prestation sur tout le territoire sous la forme de plans d'aide subventionnés définis légalement en fonction du niveau de GIR : 7000 frs pour le GIR1, 6000 pour le GIR2, 4500 pour le GIR3 et 3000 pour le GIR4. Il s'agit en quelque sorte d'un droit de tirage sur des services (aide-ménagère, télé-alarme, etc.), que la personne peut utiliser ou non. L'Etat garantit l'égalité de la prestation sur tout le territoire en compensant les déséquilibres de ressources des départements. Malgré l'universalité de la prestation, on conserve néanmoins des plans d'aide individualisés (évalués et mis en œuvre par des travailleurs sociaux) pour tenir compte de la spécificité des besoins de chaque cas.

On escompte ainsi pouvoir couvrir 80% des personnes âgées dépendantes (800 000 bénéficiaires selon l'annonce du ministre) et non plus 15%.

Contrairement à la proposition du rapport Sueur, le recours sur succession a été maintenu dans le projet de loi soumis aux parlementaires par le gouvernement, avec une réévaluation de son seuil passant de 300 000 à un million de francs. Les amendements des parlementaires sont venus à bout de la logique de recours sur succession. Il faut cependant attendre la présentation de ce projet de loi, voté récemment à l'Assemblée Nationale, au Sénat pour connaître le fin mot de cette réforme. Parmi les incertitudes, on

évoque aussi la question du seuil de revenu : on parle en effet d'appliquer un ticket modérateur de 80% pour les ménages qui ont plus de 20 000 francs par mois, mais de quel revenu parle-t-on? (revenu net, brut, avec ou sans le revenu du patrimoine?)

Le coût de ce dispositif est évalué entre 15 et 17 milliards de francs au cours des deux premières années et à 23 milliards par la suite. L'Etat compte réserver un point de CSG à ce financement, soit 5 milliards de francs, les départements devront y consacrer les 11 milliards de francs restant (soit 2,5 milliards de francs supplémentaires par rapport à la situation actuelle). Pour anticiper les augmentations de dépense, il est envisagé de créer un « fonds national de financement de la prestation autonomie » pour recevoir le produit de la CSG et la contribution des caisses de sécurité sociale sous la forme de leur fonds d'action sociale aux personnes âgées.

Bibliographie

Bourdelaïs Patrice, 1993, *Le nouvel âge de la vieillesse*, Paris, Odile Jacob.

Brackman H., Erie S.P., Rein, Martin, 1988, «Wedded to the Welfare State », in J. Jenson, E. Hagen & C. Reddy (ed.), *Feminization of the Labour Force : Paradoxes and Promises*. Cambridge and Oxford, Polity Press & Basic Blackwell,

Caradec Vincent, 2001, *Sociologie de la vieillesse et du vieillissement*, Paris, Nathan, « 128 ».

Causse L., Fournier C. et Labruyère C., 1997, *Le développement des emplois familiaux. Effets sur les métiers de l'aide à domicile*, CEREP, Série Observatoire, document n°121.

Causse L., Fournier C., Labruyère C., 1998, *Les aides à domicile : des emplois en plein remue-ménage*, Paris, Syros.

Christopherson S., 1997, «Childcare and Elderly Care : What Occupational Opportunities for Women? », Labour Market and Social Policy Occasional Papers, n°27.

Daly Mary, 1994, "Comparing Welfare States: Towards a Gender Friendly Approach", in D. Sainsbury (Ed), *Gendering Welfare States*, London, Sage Publications.

Daly Mary, 2000, *The Gender Division of Welfare. The Impact of the British and German Welfare States*, Cambridge University Press, Cambridge.

Duran Patrice, Thoenig Jean-Claude, 1996, « L'Etat et la gestion publique territoriale », *Revue française de sciences politiques*, vol. 46, n°4, p. 580-623.

Esping-Andersen Gosta, 1990, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge, (traduction française *Les trois mondes de l'Etat-providence*, PUF, Paris, 1999).

Esping-Andersen Gosta, (Ed), 1996, *Welfare States in Transition. National Adaptations in Global Economies*, Sage, London.

Evers A. Pijl M., Ungerson C. (Eds), 1994 *Payments for care. A comparative overview*, European Center, Vienna, Avebury.

Glendinning C. & McLaughlin B., 1993, *Paying for care : Lessons from Europe*, London, HMSO (Social Security Advisory Committee, Research Paper 5).

Hennessy Patrick, 1995, « Social protection for Dependent Elderly People : Perspectives from a Review of OECD Countries », Labour Market and Social Policy Occasional paper, n°16.

Hespel Véronique, Thierry Michel, 1998, *Synthèse des constats et propositions de la mission sur les services d'aide aux personnes*, Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale des finances. Rapport n° 1998-132, IGAS, septembre.

Jenson Jane, 1997, "Who cares? Gender and Welfare Regimes", *Social Politics. International Studies in Gender*, vol. 4, n°2.

Joël Marie-Eve, Martin Claude, *Aider les personnes âgées dépendantes. Arbitrages économiques et familiaux*, Editions de l'Ecole nationale de la santé publique, 1998.

Jones Catherine, (ed), 1993, *New Perspectives on the Welfare State in Europe*, Routledge, London.

Jourdain Alain, Martin Claude, 1998, « La prestation spécifique dépendance à la lumière des leçons de l'expérimentation », *Gérontologie et société*, n°3.

Kerschen Nicole, 1997, « La reconnaissance de la dépendance comme un nouveau risque de la sécurité sociale : le modèle allemand et le projet luxembourgeois », *Revue française des affaires sociales*, n°hors série, octobre 1997, p. 205-214.

Kessler Francis, 1995, «Dépendance des personnes âgées : premier commentaire de « l'expérimentation » », *Revue de droit sanitaire et social*, n°31 (1), p. 216-224.

Kessler Francis, 1995, «Quelles prestations pour les personnes âgées dépendantes ? Panorama des propositions de réforme », *Droit social*, n°1, p. 85-94 ;

Kessler Francis (sous la direction de), 1994, *La dépendance des personnes âgées : un défi pour le droit de la protection sociale*, Presses universitaires de Strasbourg, Strasbourg.

Leibfried Stephan, Pierson Paul (eds), 1995, *European Social policy. Between Fragmentation and Integration*, The Brooking Institute, Washington.

Lesemann Frédéric, Martin Claude (sous la direction de) (1993), *Les personnes âgées. Dépendance, soins et solidarités familiales. Comparaisons internationales*, Paris, La Documentation française.

Lewis, Jane, 1992, "Gender and the Development of Welfare Regimes", *Journal of European Social Policy*, n°2,

Lewis Jane, 1997, "Gender and Welfare Regimes: Further Thoughts", *Social Politics. International Studies in Gender*, vol. 4, n°2.

Long M., 1997, « La prestation d'autonomie : une nécessité reportée », *Revue française des affaires sociales*, n° hors série, p. 247-261.

Martin Claude, 1998, «L'expérimentation territoriale de la prestation dépendance : fenêtre d'opportunité ou rendez-vous manqué ? », *Politiques et management publics*, vol. 16, n°3, p. 69-91.

Martin Claude, 2000, « Atouts et limites de l'expérimentation : l'exemple de la prestation dépendance », *Revue française des affaires sociales*, n°1, p. 47-58.

Martin Claude, Jourdain Alain, Mohaer Françoise, Schweyer François-Xavier, 1996, *La prestation expérimentale dépendance en Ille et Vilaine. Leçons d'un apprentissage*, LAPSS/ENSP, éditions ENSP.

OCDE, 1996, *Protéger les personnes âgées dépendantes. Des politiques en mutation.*, Etudes de politique sociale, n°19.

OCDE, 1998, *Ageing and care for frail Elderly Persons : an Overview of International Perspectives summary*.

Orloff Ann, 1993, "Gender and the Social Rights of Citizenship", *American Sociological Review*, n°58.

Pierson Paul, 1994, *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*, Cambridge University Press, Cambridge.

Sainsbury Diane, 2000, "les droits sociaux des femmes et des homes", in Thanh-Huyen Ballmer-Cao, Véronique Mottier et Léa Sgier, *Genre et politique. Débats et perspectives*, Paris, Gallimard, p. 233-280.

Svallfors Steve, Taylor-Gooby Peter (Eds), 1999, *The End of the Welfare State? Responses to State retrenchment*, Routledge, London.