



AGEING IN PLACE / VIEILLIR CHEZ SOI : APPORT DES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES ET DES COMPARAISONS INTERNATIONALES

[Anne Laferrère](#)

Caisse nationale d'assurance vieillesse | « *Gérontologie et société* »

2021/2 vol. 43 / n° 165 | pages 11 à 30

ISSN 0151-0193

ISBN 9782858231324

DOI 10.3917/ga1.165.0011

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2021-2-page-11.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Caisse nationale d'assurance vieillesse.

© Caisse nationale d'assurance vieillesse. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Avant-propos

Ageing in place / Vieillir chez soi : apport des expériences étrangères et des comparaisons internationales

Anne LAFERRÈRE

Chercheur associé, Université Paris-Dauphine, PSL Research University,
LEDa-LEGOS

« Vivre, c'est vieillir, et cesser de vieillir, c'est cesser de vivre. » Tacite, La corruption

*« Vivre c'est perdre du terrain. »
Cioran, De l'inconvénient d'être né*

Vieillir sur place, à domicile, dans un logement privé, ordinaire, *in the community*, comme on dit en Angleterre, dans la communauté plutôt qu'en communauté – comme est classé un Ehpad¹ en France –, mais tout en faisant communauté, en se sentant « chez soi » : tel est l'idéal, individuel et collectif. Vivre chez soi en avançant en âge, tout en en perdant, parfois, ses moyens, physiques et intellectuels, et en gérant des pathologies chroniques plus ou moins sérieuses. Le « sur place » évoque l'immobilité, comme si vivre et donc vieillir n'était pas justement une dynamique : celle de laisser derrière soi des objets, des lieux, des gens, et mourir finalement, sans rien emporter. Préférons donc au « sur place » le « chez-soi », la traduction usuelle de « *in place* » que Marie-Ève Joël et moi avons choisie pour le thème de ce numéro spécial.

Comment « vieillir chez soi » ? Derrière cette simple question, d'autres se profilent : celle de l'environnement, logement et voisinage, plus ou moins adaptés et accueillants, et aussi, à cause des handicaps des vieux jours, celle de la fourniture de l'aide et des soins dans cet environnement. On doit donc inévitablement se demander aussi qui finance ces dépenses, et comment. Si le logement conditionne, au moins en partie, le besoin de soin, si la

¹ Établissements d'hébergement collectif pour personnes âgées dépendantes.

fourniture de soin et ses coûts dépendent de l'environnement, si les inégalités, de santé, de durée de vie et de logement se sont cumulées au cours de la vie, on devine que les interrelations sont multiples.

Dans beaucoup de pays, dont la France, l'assurance maladie n'inclut pas une assurance dépendance (qu'on peut préférer appeler assurance « handicap ») ; cette fameuse distinction entre le sanitaire et le médico-social est en perpétuelle discussion². Quoi qu'il en soit de la prégnance de la distinction, la question du coût du logement, la partie « hébergement » du vieillir sur place, *in place*, se pose universellement.

Les soins dits de longue durée nécessaires ne seront pas forcément très qualifiés comme le sont les soins médicaux, mais ils vont, justement, durer³, être répétitifs, jours après jour, nuit après nuit, demander des qualités humaines, et souvent physiques, bien particulières. Dans un domicile adapté, on aura moins besoin d'aide, à incapacité ou handicap égaux, et l'aidant travaillera plus facilement ; si le logement et le quartier sont sûrs, on pourra continuer à s'y promener longtemps, retardant la venue du handicap, ou le rendant plus supportable, moins... handicapant. Si le domicile est accessible et bien desservi, on trouvera plus facilement de l'aide. Avec un habitat dispersé, une densité faible, fournir l'aide sera plus coûteux. En sens inverse, les salaires locaux pourront être plus faibles loin des grandes villes. La question des coûts comparés du vieillissement en domicile privé et en institution reste délicate et débattue tant elle doit intégrer les trois éléments (voir Kok, Berden et Sadiraj, 2015 ; Bakx, 2020 pour ne prendre l'exemple que des Pays-Bas).

Un projet de recherche pluridisciplinaire et international a été l'occasion de réfléchir à ces questions. ODESSA⁴, *Optimising care delivery models to support ageing-in-place: towards autonomy, affordability and financial sustainability*, tel était son nom, a étudié pendant trois ans comment « optimiser les soins pour aider les gens à vieillir chez eux de façon autonome, abordable et financièrement viable ». Marie-Ève Joël était responsable en France du projet, qui réunissait aussi des architectes et sociologues britanniques, et des urbanistes et statisticiens chinois. L'aspect pluridisciplinaire a séduit cette mathématicienne de formation qui avait travaillé toute sa vie sur le social. L'union de la rigueur et du sens de la complexité humaine a caractérisé Marie-Ève Joël. Un des groupes de travail d'ODESSA s'intéressait aux *Living arrangements*, au sens large de composition des familles, l'autre, très lié, aux choix de logement. Un troisième se concentrait sur l'architecture (Hadjri *et al.*, 2019), un autre encore sur l'organisation communautaire, un dernier sur certains modes de financement. Lors d'une présentation de résultats du projet, Alain Rozenkier, membre du Comité de rédaction de *Gérontologie et société*, suggéra un numéro de la revue sur le sujet. L'appel à articles fut lancé, insistant sur l'aspect international des expériences, sans négliger les questions économiques. En effet, la revue avait déjà abordé ce sujet, en particulier dans son numéro « *Habiter chez*

² Voir après le rapport Laroque (1962) les multiples rapports sur le financement de la dépendance, le 5^e risque, du rapport Libault (2019) aux Loi organique et loi du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie.

³ Selon des simulations à partir de l'enquête SHARE, plus d'un Européen sur deux de 65 ans et plus sera confronté à une perte d'autonomie. La durée moyenne de dépendance sera alors de l'ordre de 4 ans (Bonnet, Juin et Laferrère, 2019).

⁴ Projet financé en partie par l'ANR.

soi jusqu'au bout de sa vie » (Dreyer, 2017). Si on vieillit partout, et si partout on voudrait se sentir « habiter » plutôt qu'être « hébergé » comme l'écrivait excellemment Geneviève Laroque, déjà dans *Gérontologie et société* (2006), n'y aurait-il pas des leçons à tirer d'expériences étrangères sur les différentes façons d'articuler habitation et longévité ? Presque tous les pays connaissent, à des rythmes différents, une transition démographique qui augmente la durée de la vie et réduit la fécondité. D'où un vieillissement qui change la donne en matière de logement et de soins : offre et demande sont modifiées. En caricaturant, les pouponnières ont été transformées en Ehpad.

Malheureusement, Marie-Ève Joël nous quitta en décembre 2019, sans avoir eu le temps de vieillir. Elle nous laissa « sur place ». Elle qui était spécialiste des études du vieillissement en France qu'elle avait contribué à créer et développer n'a pas pu jeter un regard critique sur les articles proposés ni rédiger ces lignes qu'elle aurait su rendre plus fluides. Son expérience de professeur à l'Université Paris-Dauphine, de chercheuse, de gestionnaire de laboratoires de recherche universitaires, sa connaissance des rouages de l'administration française, sa franchise non dénuée de patience et d'humour auraient beaucoup apporté. Je m'inspire ici de certains écrits de Marie-Ève Joël (par exemple, Joël, 2017), et aussi de ses émissions de radio, un aspect moins connu de ses activités.

Ce numéro présente dix-sept articles utilisant des données et des enquêtes conduites dans quatre continents et une vingtaine de pays, tous sur les thèmes du « chez-soi » et des soins aux personnes âgées. Même si les thèmes sont interdépendants, essayons de les séparer : logement d'abord, puis fourniture de l'aide et enfin financement.

Le logement : comment se sentir « chez soi »

Quoi de mieux pour vieillir chez soi que de construire soi-même son domicile ? C'est plus facile dans un pays de grands espaces, encore relativement neuf et mobile comme les États-Unis. *Gérald Billard, François Madoré et Sébastien Angonnet* présentent une expérience californienne de *co-housing* intergénérationnel. Ce qui s'en rapproche le plus en France est ce qu'on appelle « habitat participatif ». Partageant un même idéal d'échanges entre générations, un groupe conçoit son « lotissement ». Les auteurs montrent que ce *co-housing* tout en favorisant les échanges bénéfiques entre générations n'a pas pensé le très grand âge et que finalement les *senior co-housing* qui existent aussi aux États-Unis seraient peut-être plus adéquats. La mixité d'âge est difficile, comme d'autres l'ont souligné, par exemple en France et en Allemagne (Labit, 2013). Par ailleurs, s'il y a mixité d'âge dans l'expérience étudiée, il n'y a pas mixité de ressources. Les auteurs le déplorent. Mais n'est-ce pas grâce à cette non-mixité que ces structures peuvent fonctionner ? Sans s'interroger sur le motif de recherche de mixité sociale, on pourrait penser, pour le très grand âge justement, intégrer sur place un gardien-aidant, dont les services pourraient être rémunérés par un logement au sein du *co-housing*. Un genre de « au pair » pour un groupe de personnes âgées ?

En Californie, les habitants en *co-housing* sont propriétaires de leur maison. On peut se demander quel est le statut juridique de telles structures. S'agit-il de copropriété à la française, de coopératives, d'associations ? Beaucoup de configurations sont possibles. En France, l'habitat participatif est parfois du locatif social, et plus souvent, depuis la loi ALUR (Accès au Logement et Urbanisme Rénové), une société civile immobilière dont les membres achètent des parts qu'ils pourront revendre. La question se pose en effet de la viabilité économique de telles structures à long terme, et celle de la transmission de ces logements après un décès. Vente avec l'accord de tous ? Les auteurs mentionnent un mécanisme de « cooptation sociale ». Ce mécanisme serait-il légal en France ?

En Europe ont été créés depuis longtemps ce que l'on a appelé en France des logements-foyers. Sans intégrer l'aspect intergénérationnel important du *co-housing*, ils l'évoquent par d'autres traits. Des gens, encore valides, vont vivre ensemble – même s'ils ne se cooptent pas et ne sont pas à l'initiative du projet, qui leur survivra donc, même s'il risque aussi de moins leur convenir. Les logements-foyers ont permis aux premières générations de retraités modestes d'après-guerre d'échapper à des logements inadaptés et inconfortables. Pour les générations plus récentes, ces logements évoluent et changent de nom. En France, on les a rebaptisés « résidences-autonomie », comme si on remisait définitivement la chaise du foyer pour insister sur la nécessité d'être autonome pour y entrer, et aussi sur l'autonomie, la liberté, qu'elles laissent aux habitants. *Anne-Bérénice Simzac, Maria Grazia Bedin et Marion Droz Mendelzweig* étudient ces structures dans deux régions proches, en Rhône Alpes et en Suisse romande où elles s'appellent « logements protégés ». Leur enquête approfondie montre que les désirs des habitants, encore aux trois quarts des femmes, la plupart ne vivant pas en couple, ne correspondent pas toujours à ceux des responsables. Le terme « autonomie » est central, dans sa polysémie même. On veut être « autonome ». Par exemple, face aux animations proposées, les habitants préféreraient parfois plutôt davantage de services, ou organiser eux-mêmes leurs activités en toute liberté : si sécurité et confort sont offerts par ces modèles, la vie sociale en découlera naturellement. L'augmentation du niveau de vie et d'éducation des personnes âgées va dans ce sens. Par ailleurs, quand l'autonomie vient à manquer, quand la « dépendance » arrive, celle qui en France va vous classer en GIR (Groupe Iso-Ressource de capacité à effectuer certaines tâches de la vie quotidienne), on ne souhaite pas quitter ce qui est devenu un vrai « chez soi », pas plus qu'on souhaiterait quitter un logement ordinaire. Les auteurs soulignent qu'en Suisse comme en France une certaine unification du médical et du social a lieu pour permettre à des personnes moins autonomes ou à de jeunes handicapés de vivre dans ces logements dans la durée.

Loin des États-Unis, de la Suisse et de la France, il est des pays où l'habitat est encore plus indigne que dans la France des années 1950 qui créa les logements-foyers. *Emmanuel Niyonsaba* nous emmène à Dakar dans des quartiers où la promiscuité pèse sur tous, mais plus encore peut-être sur les plus âgés, davantage assignés à résidence que les plus jeunes quand la mobilité vient à baisser. Il met en avant un élément primordial des *Living arrangements* : la communauté familiale encore si importante en Afrique. Les échanges de services qui se faisaient

facilement dans les villages parce que la communauté participait et que l'habitat, bien que précaire, était par certains côtés plus adapté (pas d'étages...) posent problème dans les villes. Les nouvelles formes de travail rendent les familles plus éclatées ; le quartier, moins sûr, fait moins « communauté », et le logement est sans confort et surpeuplé. La pénurie de logements urbains a été soulignée pour les jeunes qui ne peuvent quitter le domicile parental. La pauvreté pousse aussi à garder au domicile un jeune qui partagera son salaire avec la famille élargie (Diagne et Lessault, 2007). L'article d'Emmanuel Niyonsaba montre qu'à la difficile promiscuité, au manque d'intimité va s'ajouter la totale inadaptation des logements aux handicaps du grand âge. Comment vieillir sur place, quand la place est déjà si peu adaptée à la vie d'avant la vieillesse ? Ceci évoque le vieillissement de la population carcérale en Europe, ou celui des nombreux mal logés, voire sans abris de nos grandes villes.

Si au Sénégal il faudrait peut-être réserver des terrains pour construire des logements-foyers, ou du *co-housing* intergénérationnel, voire des « maisons des vieux et de la culture », adaptés à la tradition locale et à son sens de la famille, un retour vers deux pays apparemment très proches, la France et l'Allemagne, montre, s'il fallait en être convaincu, qu'il n'est pas nécessaire de franchir les tropiques pour trouver de l'exotisme. Le Rhin suffit. Quoi de plus différentes en effet que les approches allemandes et françaises en matière d'adaptation de l'habitat des seniors ? C'est ce que montrent *Viviane André et Marion Ille-Roussel* dans une description minutieuse des politiques des deux pays.

Leur article se concentre dans le détail sur l'aspect logement, souvent mentionné, mais rarement lié en tant que tel au reste du médical et du social en France. On parle de l'articulation des soins de santé et des soins de longue durée à domicile, de l'intégration de l'assurance maladie et de l'assurance dépendance, mais jamais n'est évoquée une « assurance logement », qui pourtant conditionne, en partie comme on l'a dit, les besoins, les soins et l'apport d'aides. On commence à subventionner l'adaptation au changement climatique, l'isolation des toits et murs, mais pas les plans inclinés ni les rampes ou les portes automatiques dans les copropriétés. L'Allemagne s'y attaque de front. L'adaptation des logements peut y faire partie de l'assurance de soins longue durée. Un coup d'œil aux schémas 2 et 3 de l'article suffit à éclairer le lecteur paresseux sur un aspect des différences entre les deux pays : 15 flèches pour décrire la France, six seulement pour l'Allemagne. Un seul sigle, important, en Allemagne, KfW, la banque publique de développement, tandis qu'on ne peut arriver à compter les sigles des intervenants pour la France... La France catégorise les besoins d'aide selon les âges – à 60 ans, tout bascule – et les classe en niveaux ; le droit à l'adaptation du logement est quasi universel en Allemagne. Quand la France est plutôt dans une logique de compensation du handicap, l'Allemagne est dans celle de sa prévention. Plus profondément, quand la France reste dans le médical (la « sanitisation »), l'Allemagne a un point de vue d'investissement (adapter les logements augmente leur valeur), s'inscrivant, pour employer le terme utilisé par les auteurs, dans une forme de « marchandisation ». Une banque d'État (KfW) a donc logiquement un rôle principal, et beaucoup des aides sont, au moins en partie, des prêts, ce qui se conçoit puisque le propriétaire bénéficie de la hausse de la valeur de son logement.

Curieusement, c'est en France qu'il y aurait réticence de la part des bénéficiaires à aménager leur logement. On pourrait s'interroger aussi sur ce qu'il en est en matière de logements neufs dont la réglementation d'adaptation au handicap est très contraignante en France.

Quand le très grand âge arrive, il faut sans doute plus que l'adaptation du logement ordinaire. Fany Cérèse architecte, magicienne de la transformation d'Ehpad en chez soi (Charras et Cérèse, 2017), décrit quelques célèbres « Villages de logements assistés pour personnes âgées dépendantes » des environs d'Amsterdam. À partir de 2014, la politique néerlandaise de soins de longue durée s'est transformée. Le but est que, quel que soit le niveau de handicap, on reste dans ce qui est un domicile privé, libre de ses choix. On est un habitant – non pas un résident –, dans ce qui ressemble à l'habitat inclusif en France, au sens où les logements (privés, et dont les habitants sont locataires) sont adossés à une structure collective d'aide et de soins. Chacun organise avec la structure associative communautaire (l'ensemble est de statut privé à but non lucratif) les soins dont il a besoin. La démedicalisation est radicale, aucune « blouse blanche » à l'horizon. Le personnel est en majorité formé aux métiers de l'« hospitalité », non à ceux du soin. S'agirait-il d'habitat inclusif, de *co-housing* efficace, de résidence-autonomie ou résidences-services ? Oui et non, car ces résidences admettent des personnes relevant des Ehpad en France. Il faut même avoir besoin d'une assistance 24h/24 pour y être admis.

Dans ces Villages (beaucoup utilisent à dessein ce terme), la qualité de vie prime sur le soin, la santé étant envisagée comme la liberté de garder le contrôle sur sa vie, y compris celle de prendre des risques. L'auteur en note un effet rétroactif bénéfique : les habitants, occupés au sein de leur maisonnée à la préparation de repas, ménage, lessive, fatigués naturellement, n'en dorment que mieux la nuit, et il suffit alors d'un personnel réduit. Ceci demande la responsabilisation des acteurs et repose sur un important bénévolat : retraités, chômeurs (obligés de contribuer 15 heures par semaine), demandeurs d'asile. Cette organisation requiert une coordination et un accompagnement très précis pour que l'activité bénévole soit à la fois gratifiante et efficace. Le village est aussi intégré dans la communauté locale (jardins partagés, garde d'animaux, restaurant commun...). L'architecture renforce le caractère ordinaire des logements par moult détails pratiques ingénieux auxquels nous renvoyons le lecteur. Prenant acte que le sentiment d'être « chez soi » repose sur la familiarité du lieu et des gens, les gens sont regroupés en maisonnées par affinité pour qu'ils partagent des valeurs et références communes. La mixité sociale n'est pas recherchée. La description semble un Éden ! On peut se demander cependant si ces villages sont adaptés à des gens présentant des troubles cognitifs avancés.

En Europe, selon les données actuelles des enquêtes d'opinion, le choix de la maison de retraite reste peu valorisé. Anne Laferrère et Louis Arnault ont cherché à vérifier si *ex post*, ces préférences exprimées correspondent à la réalité. En d'autres termes, est-ce que ce sont vraiment ceux qui ont le plus de liberté de choix, les plus éduqués et les plus riches, qui restent le plus longtemps à domicile et évitent l'Ehpad ? S'appuyant sur les données de l'enquête SHARE (*Survey*

on *Health, Ageing and Retirement in Europe*)⁵ de 2004 à 2015, ils répondent plutôt par l'affirmative. Une analyse plus fine nuance leur propos. En effet, les incapacités du grand âge sont liées au niveau d'éducation et au revenu, ce qui rend ardu d'attribuer à ces derniers un effet « pur ». La richesse est sans doute aussi liée à des caractéristiques non observées du logement qui le rendent mieux adapté. Néanmoins, l'effet existe. Plus le niveau d'éducation, le revenu et le patrimoine étaient élevés, moins on déménageait en maison de retraite, et surtout, plus on y allait tard, et ce dans presque tous les pays, y compris ceux d'Europe du Nord. Cependant, les auteurs ne peuvent pas faire la distinction entre les différents types de maison de retraite, et ce vocable peut regrouper des types de logements très différents. Il faudrait savoir par exemple où les Néerlandais classeraient les habitants des Villages décrit par Fany Cérèse.

Louis Arnault et Anne Laferrère trouvent aussi qu'avoir un enfant qui co-réside ou qui habite non loin diminue les déménagements en maison de retraite, sans doute par l'aide qu'il peut apporter. Mais qu'en est-il de la géographie des familles et de la fréquence de ces co-résidences ? Les données d'enquêtes internationales mobilisées dans le cadre du projet ODESSA apportent des éléments de réponses intéressants. *Anne Laferrère* compare l'Angleterre, neuf pays d'Europe continentale et la Chine, où elle distingue trois grandes régions. Deux résultats sont frappants. La Chine de l'Est, c'est-à-dire côtière, riche et développée, est proche en matière de configuration familiale de l'Europe du Sud, avec près de 30 % des 60 ans et plus co-résidant avec au moins un enfant, comme si les valeurs de piété filiale y étaient partagées, tandis que la Grande-Bretagne est plus proche de l'Europe continentale (9 % de co-résidences) que de l'Europe du Nord (4 % seulement), ce qui mériterait plus ample exploration. Ensuite, partout, les parents plus riches et plus éduqués co-résident moins avec un enfant, ce qui tend à montrer que la co-résidence peut être un choix contraint du parent. La co-résidence a par ailleurs diminué fortement au fil des générations en Europe, témoignant d'une autonomie grandissante des plus âgés.

Mais cette étude ne s'intéresse pas aux caractéristiques des enfants. Ce que font précisément *Louis Arnault et Sandrine Juin*, sur les mêmes données de SHARE rapprochant les besoins des parents des caractéristiques de leurs enfants. Ils se posent la question suivante : en cas de co-résidence entre parents et enfants, peut-on savoir qui loge qui ? Il y a probablement un équilibre, soit à court terme, l'enfant s'occupe des parents et bénéficie de leur logement – on échange soins contre logement, les deux étant difficiles à trouver, ou les parents altruistes hébergent l'enfant dans le besoin – ils ont la joie de faire plaisir –, soit à plus long terme, dans un échange familial, si l'enfant adulte rend les services qu'il a reçus ou rémunère d'avance ce dont il héritera (Laferrère et Wolff, 2006). On pourrait alors co-résider davantage avec un parent habitant une maison à laquelle on est attaché, peut-être pour éviter aux parents de la vendre ; on y revient plus bas.

⁵ Enquête dont Marie-Ève Joël fut longtemps responsable pour la France, qu'elle contribua à sauver en en assurant la pérennité au sein du laboratoire LEGOS de l'Université Paris-Dauphine quand l'Insee s'en retira.

Louis Arnault et Sandrine Juin trouvent que les enfants sont des compagnons et des *carers*, ce mot intraduisible. Ils sont plutôt aidants que soignants ; ils ne sont pas des prestataires de soins. Par ailleurs, l'étude montre que globalement ce sont plutôt les parents qui aident les enfants. Ceci amène à se poser plus précisément des questions sur le rôle d'aidants potentiels des enfants. S'ils ne le sont pas toujours, ou de moins en moins, en Europe, qu'en est-il ailleurs ? Et comment organiser les soins nécessaires au « vieillir chez soi », avec ou sans eux ?

La délivrance des soins : informels et professionnels

L'article de *Mostafa Saidur Rahim Khan, Sontip Watanapongvanich et Yoshihiko Kadoya* part d'une enquête sur les préférences individuelles pour éclairer cette question au Japon. Le Japon est pour ainsi dire le leader mondial en matière de vieillissement de sa population. L'Europe et en particulier l'Allemagne le talonnent de près. La Chine va les rejoindre. Mais la Chine a encore quelques réserves de main-d'œuvre rurale ; l'Allemagne a attiré une forte immigration, ce que ne fait pas historiquement le Japon. Le rôle de la famille dans les soins, naguère aux enfants, et maintenant aux personnes âgées y est donc davantage mis en avant et discuté. Ce rôle reste important, notons-le, même dans les pays considérés comme traditionnellement individualistes et à fort système de protection sociale sans obligation légale des enfants envers leurs parents. En Suède et en Norvège par exemple, on trouve une influence des ressources ou de la proximité des enfants sur l'utilisation des soins de longue durée, signe qu'une partie de l'aide est assurée par les familles (Artamonova *et al.*, 2021 ; Syse *et al.*, 2021).

L'enquête analysée par Mostafa Saidur Rahim Khan, Sontip Watanapongvanich et Yoshihiko Kadoya abordait le sujet à partir de deux questions posées à un échantillon représentatif de la population : « *Les enfants devraient s'occuper de leurs parents lorsqu'ils ont besoin de soins de longue durée* » et « *Si j'ai des enfants, je voudrais qu'ils s'occupent de moi lorsque j'aurai besoin de soins* ». De façon peut-être surprenante, une majorité (54 %) des Japonais interrogés ont une attitude négative vis-à-vis de l'aide ascendante à un parent âgé, 31 % vis-à-vis de l'aide en provenance de leurs enfants. Ceux qui sont mariés, qui traditionnellement fournissent les soins à leurs parents ou beaux-parents âgés, sont les plus défavorables à cette fourniture et à cette réception d'aide et de soins par la famille ; parmi eux, les femmes le sont encore davantage que les hommes. De même, ceux qui ont davantage de fils (et qui donc seront peut-être soignés par eux ou par une belle-fille). Ceci rejoint les études de Charles Horioka sur l'altruisme, par exemple celle qui compare Japonais, Chinois, Indiens et Américains et trouve les deux premiers peuples moins altruistes que les deux derniers (2014). Les variables explicatives qui sont ensuite les plus influentes dans l'étude sur le Japon sont le niveau de revenu et le fait d'être d'accord avec l'affirmation suivante « *il est de la responsabilité du gouvernement d'aider financièrement ceux qui en ont besoin* ». Même si, globalement, une forte minorité (40 %) n'est pas favorable à l'aide aux vieux parents,

ceux qui sont d'accord sur la nécessité de l'intervention publique dans l'aide aux pauvres sont aussi plus en faveur de l'aide des enfants aux parents âgés. De même que les plus riches. Ceci pourrait être une indication qu'au Japon comme ailleurs les aidants informels interviennent d'autant plus volontiers que leurs parents peuvent se payer ou qu'ils peuvent payer à leurs parents des soins professionnels formels, ou que la collectivité intervient. Il y aurait donc, comme d'autres l'ont trouvé, complémentarité des aides professionnelles et aides familiales plutôt que substitution (Bonsang, 2009).

Mais comment s'organise le Japon en matière de soins à domicile ? Deux articles abordent la question. Celui d'*Hiroko Costantini* et celui de *Camille Picard*. Le contexte institutionnel japonais est celui d'une assurance dépendance à l'allemande⁶ créée à la fin des années 1990 : on cotise à partir de 40 ans et 90 % des coûts des soins formels sont pris en charge par l'assurance. La volonté était de soulager la famille, en particulier les femmes, et de permettre à ces dernières une activité professionnelle, tout en limitant les hospitalisations de longue durée, favorisant, là encore, de « vieillir chez soi ». Mais le Japon compte 47 personnes de plus de 65 ans pour 100 en âge de travailler et dans certaines municipalités plus du quart de la population requiert des soins. Cette assurance dépendance s'est donc vite révélée non soutenable, faute de financement et à cause d'une pénurie aiguë de main-d'œuvre ; d'où la volonté de recours à des aides locales plus informelles par un système dit « intégré à base communautaire ». Autant que le système, c'est sa philosophie qui est décrite par Hiroko Umegani-Constantini, et ses limites. Intégration veut dire qu'on prend en compte à la fois le logement, la santé, l'aide (*care*) – les trois éléments mentionnés en début de cette introduction –, mais aussi la prévention et le soutien matériel des plus pauvres. À ces cinq composantes correspondent quatre niveaux d'aide : celle qu'on se donne à soi-même (*sic*), l'aide « mutuelle », informelle, qui a une importante dimension de bénévolat, souhaitée sinon toujours effective, l'aide dite « jointe », qui est notre aide formelle de soins apportés par des professionnels (financée par l'assurance obligatoire), et finalement les transferts sociaux (le pendant de la 5^e composante). Il y a interaction entre composantes et niveaux. La composante logement intègre la composition du ménage (si par exemple on vit seul ou avec ses enfants) qui va déterminer l'aide « jointe » (formelle) à laquelle on aura droit. Le système comporte aussi la construction de résidences adaptées, même si les maisons de retraite restent relativement peu développées au Japon (Tamiya *et al.*, 2011 ; Tsutsui, 2014 ; Rhee, Done et Anderson, 2015). Globalement, le système est géré au niveau géographique du district scolaire – tout doit être accessible en 30 minutes à pied. Il y a davantage d'aide mutuelle dans les villages où « tout le monde se connaît » (Naomi *et al.*, 2012) et on fera plus appel aux aides formelles en ville où on est plus riche, les familles plus éclatées, la co-résidence avec les enfants moindre. Mais on peut manquer d'aide informelle dans des zones reculées où ne vivent plus que des vieux, et les conditions d'emploi en ville font que les aidants potentiels ont le choix d'emplois plus lucratifs. Takako Tsutsui (2014) souligne

⁶ Une différence importante est qu'en Allemagne on peut choisir de recevoir l'aide en espèces plutôt qu'en nature (service), ce qui n'est pas possible au Japon (Tamiya *et al.*, 2011).

aussi l'inadaptation du logement des Japonais âgés modestes. On en arrive à manquer partout à la fois d'aides professionnelles, familiales et de la communauté. Finalement, après avoir exclu la rémunération des aidants informels, considérée comme dangereuse pour le bénéficiaire qui pourrait ne pas recevoir les soins correspondants, voire être maltraité, ou même pour l'aidant, si cela force les belles-filles à aider alors qu'on veut les libérer de leur rôle traditionnel d'aidante (Tsutsui, Muramatsu et Higashino, 2014), le Japon revient sur ce dogme. Il y aura donc peut-être convergence avec l'Allemagne sur ce point, ou avec les Pays-Bas, avec l'essai d'implication de bénévoles locaux.

Après avoir aussi décrit le système japonais, rappelant les grandes dates de son évolution, *Camille Picard*, se concentre sur deux arrondissements de Tokyo, l'un Adachi, plus populaire que l'autre, Bunkyo, et a interrogé des employés municipaux et travailleurs sociaux sur les problèmes concrets de l'intégration souhaitée des soins. La vive tradition japonaise des associations de quartier semble un atout, mais il est difficile de coordonner les acteurs et les administrations et services locaux aux personnes âgées, ardu de passer de la phase de test à la réalisation. Face aux problèmes précis qu'évoquent certains, la démence par exemple, les solidarités de voisinage et le bénévolat souhaité au sein des communautés locales semblent démunis. On sent la distance des intentions à l'action.

En Chine aussi la question du vieillissement devient pressante. Une hausse de l'espérance de vie, un taux de fécondité qui a baissé, d'abord sous la contrainte, ensuite tout naturellement, des migrations internes qui ont fracturé les liens familiaux traditionnels, le tout à une vitesse beaucoup plus rapide que ce qui s'est passé en Europe au cours d'un siècle (Pison, 2009), tout concourt à encourager le gouvernement à agir. Alors que la vie en maison de retraite ne semble pas tellement encouragée au Japon, la construction de résidences adaptées est une volonté claire du gouvernement chinois. Mais construire ne suffit pas, il faut aussi trouver la main-d'œuvre pour les faire vivre. L'article de *Pengli Wang et Natacha Aveline* compare la politique de deux métropoles chinoises face à la pénurie d'aides-soignantes.

La Chine délègue la gestion des maisons de retraite au secteur privé jugé plus efficace, mais la main-d'œuvre adéquate manque. Pengli Wang et Natacha Aveline insistent non seulement, comme beaucoup, sur le manque d'attractivité du métier d'aide-soignante en maison de retraite dû à la faible rémunération. Elles soulignent aussi le manque de compétence de cette main-d'œuvre, peut-être moins perçu car les bénéficiaires ont rarement leur mot à dire, et les responsables préfèrent parfois fermer les yeux. En Chine, elle est constituée souvent des femmes migrantes en provenance des régions rurales. Dans la ville côtière plus riche de Hangzhou, le soutien financier de la municipalité a permis à la fois la revalorisation des salaires des aides-soignantes et leur formation technique, parfois encourageant l'élargissement des tâches à des actes infirmiers, comblant le fossé évoqué plus haut entre le médical et le social. Ceci n'est qu'évoqué dans l'article mais semble intéressant. En Chine aussi, soulignent les auteurs, il reste du chemin à parcourir pour passer d'une approche gériatrique parfois trop purement « médicale » à une approche gérontologique, plus large et humaine.

Il faudra aussi que les Chinois âgés puissent rémunérer ces services et payer les loyers de ces maisons de retraite. Les études chinoises sur le pouvoir d'achat et son lien avec la vie en maison de retraite ne sont pas concluantes. Certaines montrent un lien positif – les plus riches ont une plus forte probabilité de vivre en maison de retraite, d'autres l'inverse. Il semble que ce soit plutôt le prix du séjour qui retienne d'y aller. En témoigne le taux de vacance très important dans les maisons de retraite privées (He, 2017, 2019). Une révision du système d'assurance incapacité (*long-term care insurance systems*) est attendue.

Nicole Kerschen présente le modèle luxembourgeois du maintien à domicile des personnes dépendantes. Le Luxembourg a franchi le pas que n'a pas encore franchi le Japon, et rémunère les aidants informels non professionnels, à 94 % familiaux, par ce qui est appelé prestation en espèces, non soumise à charges sociales, et donnant droit à une future pension. On réserve le terme de « prestataire » aux aidants professionnels, qui fournissent des prestations en nature et sont rémunérés directement selon un système de tiers payant. En 20 ans, le pays est passé de la moitié aux deux tiers des personnes dépendantes vivant à domicile, ce que l'auteur juge positif. Mais on observe aussi en France et plus généralement en Europe un passage vers l'institution de plus en plus tardif au fil des générations, alors que les systèmes de maintien à domicile n'ont pas tous évolué de la même façon⁷. Les personnes en institution ne sont plus les mêmes qu'autrefois : plus âgées, elles sont plus dépendantes. Notons que la relative jeunesse du Luxembourg dont l'économie florissante attire les immigrés, lui facilite à la fois le financement de la dépendance et l'accès à la main-d'œuvre nécessaire. Les intéressantes données luxembourgeoises devraient aider à savoir si on dépense vraiment moins à domicile qu'en institution, à niveau de handicap égal, comparaison délicate, qui reste à étudier.

Une autre façon d'aborder la question de l'opposition entre « logement ordinaire et institution » est en quelque sorte de renverser la logique d'opposition en se posant la question suivante : peut-on faire bénéficier ceux qui restent « chez eux » des services offerts à ceux vivant dans une institution voisine ? Faute de Village à la hollandaise, on amènerait des villageois français dans la forteresse Ehpad. Un bilan d'une première expérience d'« Ehpad à domicile » est présenté par Louis Braverman, Sandrine Dufour-Kippelen et Béatrice Fermon. Il s'agit d'une autre façon d'améliorer les services à domicile, plus locale et pragmatique qu'une réforme globale du financement. Elle s'appuie à la fois sur le savoir-faire du personnel de l'institution existante qui propose certains services à domicile ; et sur l'Ehpad lui-même comme bâtiment qui s'ouvre sur l'extérieur pour des activités communes devenant ainsi doublement une « plate-forme de ressource ». De ces premières expériences, il ressort que seuls quelques services sont utilisés, par exemple le portage de médicaments à domicile et l'hébergement temporaire dans l'Ehpad. Mais, comme le font remarquer les auteurs, le vieillissement est évolutif et les contacts ainsi noués – on pourrait ajouter, l'information qui se diffusera localement sur le système – pourront évoluer positivement dans un futur qui semble

⁷ Calcul de l'auteur à partir des enquêtes SHARE (non publié).

prometteur. Aux deux aspects du dispositif, la « personnalisation » des services par rapport à ceux imposés d'un Ehpad et l'élargissement de la palette des choix par rapport au domicile pur (on peut aller visiter l'Ehpad et profiter de ses services), il resterait à ajouter deux autres questions : les « pensionnaires » de l'Ehpad ont-ils été associés à l'expérimentation ? Le personnel en a-t-il bénéficié ? Mais tout ce qui comble le fossé entre logement privé et institution semble bienvenu.

Pour cela, les « résidences-services », comme leur nom l'indique, se veulent à la fois résidence, c'est-à-dire des logements privés et fournisseuses de services adaptés pour les vieux ; en quelque sorte des résidences-autonomie ou des logements protégés qui ne seraient pas gérés par le secteur social ni uniquement accessibles sous conditions de ressources (voir Villez, 2007 pour un classement des différents modèles d'institutions françaises). Le numéro offre à ce propos le témoignage d'une résidente, *Lisbeth Laferrère*, la mère de l'auteur de cette introduction. Il a semblé intéressant d'avoir un témoignage d'une personne directement intéressée par le sujet, sans la médiation de scientifiques de tous poils. Par ailleurs, l'expérience unique de l'épidémie de Covid-19 ajoute à l'intérêt du témoignage. Je retiens que Lisbeth Laferrère insiste sur l'importance de son expérience de la vie en pensionnat pendant la guerre pour son adaptation à la vie semi-communautaire, et je laisse le lecteur découvrir le point de vue de cette nonagénaire qui raconte comment elle a réussi à « vieillir chez elle » dans cette résidence, entre dépendance et indépendance⁸.

Revenons à ce pays de cocagne des vieux jours que semblent être les Pays-Bas. Après le point de vue de l'architecte Fany Cérèse, les économistes *Marianne Tenand*, *Arjen Hussem* et *Pieter Bakx*, s'attellent à la tâche de décrire des modalités de financement du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes aux Pays-Bas. Comme en Allemagne et au Luxembourg, ces aides, qualifiées d'« alternatives » car elles veulent encourager une alternative à la maison de retraite, qui est aux Pays-Bas privée à but non lucratif et conventionnée par l'assurance sociale dépendance. Ces aides sont attribuées en espèces (forfait ou budget personnel, PGB) ou en nature (prestations d'aides, VPT – *Volledig Pakket Thuis*, ou MPT – *Modulair Pakket Thuis*, selon le niveau de handicap), au domicile, *thuis*, d'où le T des acronymes. En maison de retraite, le reste à charge, y compris frais d'hébergement est estimé par les auteurs à 12 % du coût pour un individu modeste et 39 % pour un individu aisé (voir leur tableau 1). Ce reste à charge est difficile à calculer en logement privé tant il dépend des hypothèses de choix du logement justement.

Le titre de l'article, « *Encourager le maintien à domicile par des financements alternatifs* », évoque le dilemme : encourager le domicile pour faire des économies, le logement continuant à être payé par la personne, va profiter à la fois aux moins atteints pour lesquels les soins sont encore possibles (ils se débrouillent la nuit par exemple), et aussi à ceux dont le domicile est le plus adapté, donc aux plus riches, soit qu'ils restent dans leur domicile soit qu'ils en choisissent un autre plus confortable. D'où le développement des résidences-services « non

⁸ Ce peut être l'occasion de lire ou relire le témoignage d'André Rabiller (2007), il a presque 20 ans.

conventionnées ». Les auteurs estiment qu'environ 60 % des bénéficiaires du forfait en nature habitent dans de telles résidences, quel que soit le niveau de revenu. Pour les prestations en espèces, la proportion de bénéficiaires, 25 % en moyenne, est plus forte chez les plus pauvres. Mais comme globalement la probabilité de recours à ces financements alternatifs est beaucoup plus forte chez les plus aisés, ce sont eux qui ont la plus forte probabilité d'habiter ces résidences-services non conventionnées. La question de la médicalisation de ces établissements n'est pas posée, mais les auteurs mentionnent que des établissements proposent de plus en plus des hébergements accompagnés de services, ouvrant droit aux forfaits VPT, MPT et PGB (*Persoonsgebonden Budget*), en espèce ou en nature réservés initialement à ceux qui étaient « chez eux » en domicile ordinaire. La distinction entre logements devient donc difficile à établir. Cette offre de logements intermédiaires adaptés, eux aussi « alternatifs » ne s'étoffe pas qu'aux Pays-Bas, et pourrait donc répondre à une nouvelle demande des personnes dont la dépendance n'est pas encore trop lourde, les générations du baby-boom.

Un des mérites de l'article est donc d'une part d'essayer de mesurer ces inégalités et d'autre part de montrer que les évolutions économiques et sociétales actuelles pourraient rendre artificielle la distinction entre « domicile privé » et « institution ». Elle est « statistiquement » difficile (voir les encadrés de l'article qui montrent la difficulté, sinon l'impossibilité, de la classification aux Pays-Bas ; elle est aussi discutée en ce moment en France, et serait carrément inconstitutionnelle dans un pays comme le Danemark !). Par ailleurs, comment à la fois souhaiter le maintien à domicile sans se préoccuper des inégalités de qualité de ces domiciles, et s'étonner de la création de résidences-services non conventionnées, c'est-à-dire de domiciles privés confortables et justement adaptés au grand âge et donc forcément plus coûteux ? Dans lesquels on s'aperçoit que prendre en charge les soins ne suffit pas, quand on veut encourager le « vieillir chez soi », il faut s'occuper de logement ! Les gouvernements, et donc les contribuables, ne feraient donc pas forcément d'économie en encourageant le vieillir chez soi par ces aides forfaitaires en espèces au domicile ? Ce que craint justement le gouvernement japonais ? Les détails de l'organisation et des financements importent en ce qu'ils jouent sur les incitations des différents acteurs.

Le financement des soins

Finalement, dans le vieillir chez soi, on butte aussi, comme souvent, sur un problème autant économique que social. Qui va financer *in fine* le chez-soi et les soins afférents ? Un court article de Marie-Ève Joël et Sandrine Dufour-Kippelen décrivait bien dès 2002 les trois modèles : beveridgien, universel, centré sur l'individu, financé par l'impôt ; bismarckien, prenant en compte la famille, financé par les cotisations sociales des travailleurs et parfois l'assurance, où l'aide est souvent sous conditions de ressources, et celui de l'Europe du Sud mêlant plusieurs approches mais reposant surtout sur les familles⁹. En pratique, partout, les

⁹ Voir aussi Pascale Breuil-Genier (1996).

aidants informels gardent un rôle important, ne serait-ce que pour l'organisation. On retrouve l'idée de complémentarité... *No man is an island*...

Mais le manque de main-d'œuvre est général. L'importation de main-d'œuvre ne semble pas la panacée. En effet, dans les pays d'émigration, les personnes âgées se retrouveront vite à leur tour sans aides pour leurs vieux jours. Si beaucoup de pays cherchent à développer l'aide à domicile, c'est qu'elle est jugée moins coûteuse que celle en institution. Même si on essaie de comparer à niveau de dépendance égal, il y a souvent malentendu, car tout dépend ce qui est rémunéré : l'aide pure, ou l'aide et l'hébergement. Si c'est l'aide pure, elle a peu de chance d'être toujours moins chère à domicile, car il n'y a aucune des économies d'échelle que peut présenter le regroupement des demandeurs dans un même bâtiment, ou quartier. Qu'on songe seulement au temps de transport des infirmiers et aides-soignants. En réalité, on compte surtout implicitement sur les aidants informels gratuits pour diminuer les coûts et pallier le manque de main-d'œuvre. Par ailleurs, de quel hébergement s'agit-il ? Celui d'un domicile, encore souvent peu confortable, qui demanderait des aménagements importants ou celui d'une résidence qui fournit souvent des prestations de type « hôtelier étoilé » ?

Il faut aborder la question, ne serait-ce qu'à cause de la nature du bien logement. Dans un monde imaginaire de locataires parfaits, sans possibilité de transmission du bail aux descendants, sans patrimoine privé immobilier, on utiliserait la pension et l'épargne liquide pour financer les vieux jours. Les questions à régler seraient la subvention à apporter ou non à ceux qui quittent un logement inconfortable au loyer faible pour un logement adapté au loyer plus élevé et aussi la part à couvrir par une assurance collective, universelle, ou sous conditions de ressources. Comme l'écrit André Masson, face à ce qu'il appelle « *l'inflation des vieux jours* », « *l'enjeu concerne le partage entre épargne et revenus sociaux pour le financement de vieux jours devenus plus nombreux* » (Masson, 2017, p. 213). Pour ne pas faire payer les jeunes actifs à la fois pour les retraites et pour les soins aux plus âgés, ne faut-il pas mobiliser d'une façon ou d'une autre le patrimoine¹⁰ ?

Le fait que le logement soit à la fois un bien de consommation et un placement complique les choses. Dans leur article, Viviane André et Marion Ille-Roussel abordent de biais cette question. L'Allemagne a compris que l'aménagement des logements est un investissement, peut-être d'ailleurs parce que le taux de locataires y est élevé¹¹. Il est plus simple au propriétaire bailleur de tout un immeuble qu'à une copropriété de décider d'un aménagement. Mais qu'en est-il dans les pays où le taux de propriétaire est élevé et où une bonne partie de l'épargne est immobilisée dans le logement que l'on habite ? L'idée d'extraire de la valeur, de « liquéfier » cette épargne semble alors naturelle. Les pays latins ont mis au point depuis le Moyen Âge la vente en viager : on vend son logement, mais on en conserve l'usufruit jusqu'à son décès ; on touche un capital, le « bouquet », et on reste dans son logement ou on en touche le loyer. Bouquet et rente qui pourront servir à financer des soins et hébergements (Drosso, 2001, 2002). Comme l'écrit

¹⁰ Pour une réflexion récente sur le modèle de financement français, voir Roméo Fontaine *et al.* (2020).

¹¹ Quand 40 % des Allemands de plus de 80 ans étaient propriétaires en 2006, plus de 60 % des Français du même âge l'étaient (Godefroy et Laferrère, 2009).

Férial Drosso en évoquant les vives discussions lors de la rédaction du Code civil : « *Le vendeur en viager n'est-il pas en effet celui qui utilise son patrimoine pour accéder à l'autonomie ou échapper à l'assistance mais qui, ce faisant, se soustrait à l'obligation, sociale, de la transmission par héritage ?* » (2001, p. 896). Les pays anglo-saxons ne connaissent pas un tel démembrement de propriété, mais leur tradition de maniement du crédit immobilier leur a fait développer des produits viagers hypothécaires. Au lieu de vendre, on emprunte en viager. Sylvie Dubuc réfléchit sur ce qu'impliquerait un tel mode de liquéfaction de l'épargne immobilière pour le financement des vieux jours en Grande-Bretagne. Les produits existants sont basés sur une hypothèque prise sur tout ou partie de la valeur du logement. La dette n'est remboursée en général qu'en fin de contrat quand on quitte définitivement le logement, et elle ne pourra jamais dépasser la valeur du logement à cette date. Les fonds empruntés sont fonction de l'espérance de vie, de la valeur du logement et de son évolution anticipée et des taux d'intérêt. Ils sont reçus soit d'un seul coup, soit, de plus en plus souvent, au fil du temps, selon les besoins. Sylvie Dubuc souligne d'abord que les emprunteurs actuels utilisent rarement l'argent reçu pour financer des soins de long terme, mais plutôt pour consommer, rembourser des dettes, ou aider leurs enfants. Elle insiste aussi sur un point important, sur lequel le système statistique britannique fournit traditionnellement des informations : les inégalités géographiques. C'est dans les régions les plus riches, Londres et le sud-est que les logements ont la valeur la plus élevée, les pensions sont les plus hautes, de même que l'espérance de vie. Les habitants des autres régions subissent donc une triple peine face à ces produits financiers. Ce lien entre santé et situation sociale et patrimoniale est connu. Mais il est bon de le rappeler. Par ailleurs, le nombre d'emprunteurs semble stable, ce qui laisse à penser que ces produits financiers d'*equity release* ne sont pas encore entièrement adaptés.

D'autres ont montré que les prêts viagers hypothécaires pourraient apporter un complément important au revenu et à l'épargne financière à une bonne partie de la population. En Europe, ils doubleraient la proportion de personnes dépendantes et sans conjoint capables de couvrir leurs dépenses de perte d'autonomie¹² ; cependant, en l'absence d'un système d'assurance complémentaire, l'ajout des prêts viagers hypothécaires ne pourrait suffire pour toutes à couvrir ces frais. Un quart d'entre elles ne pourraient financer que moins de 10 % de leurs dépenses de perte d'autonomie (Bonnet *et al.*, 2019). En Grande-Bretagne les propositions de Les Mayhew et de ses co-auteurs sont intéressantes. Ils suggèrent des pistes d'amélioration de ces produits financiers de liquéfaction de l'épargne immobilière, encourageant par exemple leur utilisation pour financer son assurance dépendance/incapacité sur les vieux jours, ce qu'ils appellent *equity-backed insurance* (Mayhew *et al.*, 2017). Ceci pourrait aider au financement de l'assurance dépendance financée par le troisième âge au bénéfice du quatrième âge prônée par exemple par André Masson (2020). Une telle assurance prend en compte l'inégalité dans le risque de perte d'autonomie et peut être un élément important du contrat entre générations.

¹² Elle passerait de 22 % à 49 %.

L'idée du vieillir chez soi est aussi que les personnes puissent mourir chez elles. Le taux de décès au domicile est actuellement très faible au Japon (13 %), encore plus qu'en Suède (20 %) ou en France (27 %). Il est plus fort aux Pays-Bas (32 %) ou en Allemagne (37 %), et surtout en Europe du Sud (50 % en Italie) (Künn-Nelen et Jürges, 2013). On a mesuré pendant la première vague de l'épidémie de Covid l'inhumanité des décès solitaires. Olivier Joël est l'un de ceux qui ont abordé cette question¹³ et suggère d'adosser aux Ehpad des structures dédiées plutôt que de les médicaliser davantage. Un peu comme si des maisons de naissance coexistaient à côté des maternités médicalisées. Dans le même ordre d'idées, faciliter la vie à deux en Ehpad, comme c'est possible en Suède où un conjoint valide peut accompagner un conjoint qui ne l'est pas, rapprocherait encore le *care* et le *cure*, contribuerait à rendre ces établissements plus humains.

Conclusion

« Vivre c'est vieillir », tel était le nom d'une émission de radio que Marie-Ève Joël animait, avec une compétence modestement cachée, souvent teintée d'humour, sur Fréquence Protestante. J'en ai réécouté certaines pour préparer cette introduction, et en quelque sorte compenser l'absence de Marie-Ève à mes côtés. Une de ces émissions, évoquant avec son auteur le Rapport Libault (2019) auquel elle avait participé, avait souligné l'importance de la solidarité entre générations dans les risques sociaux, dont celui de la perte d'autonomie. Elle soulignait la complexité du système de gestion des soins à domicile, qui porte partout le poids de l'histoire (Joël et Dufour-Kippelen, 2002). Un autre invité, le Pr Aquino, gériatre, insistait sur la nécessaire prévention du risque de perte d'autonomie et la lutte contre l'âgeisme, via la suppression des coupures et des limites d'âge si fréquentes en France. Agnès Gramain, auteure, et coauteure parfois avec Marie-Ève, de nombreux articles¹⁴, s'interrogeait sur l'organisation bien spécifique du travail à domicile. L'aidant pénètre dans l'intimité d'une personne, « chez-elle » : il regrette de passer l'essentiel de son temps en transport plutôt que près d'elle ; il s'implique affectivement¹⁵. La personne aidée quant à elle se met « à nu » au sens propre et figuré. Pour elle, peut-être, les robots aidants seront parfois bienvenus en ce qu'ils préserveront son intimité. On pourrait se demander aussi s'il n'est pas pour certains plus difficile de se faire aider dans le domicile de toute une vie qu'on ne le ferait dans une nouvelle résidence-service par exemple, où on aura pu déjà se défaire de nombreux souvenirs. On aura déjà cheminé vers la nécessaire perte de terrain évoquée par Cioran.

Dans une autre émission de Marie-Ève Joël, l'invité était Jean-Marie Robine. Il pointait les différences de valeurs entre pays. Il n'y a par exemple, disait-il, aucune

¹³ Voir son exposé au Collège des Bernardins (2017).

¹⁴ Par exemple Marie-Ève Joël et al. (2000).

¹⁵ « L'intime à domicile », évoqué déjà en 2007 et 2011 par Elian Djaoui, fut cité dans une autre émission de Marie-Ève Joël avec Florence Leduc, présidente de l'Association Française des Aidants.

pression pour développer des activités ou animations en maison de retraite au Japon ni aucune demande d'augmentation du très faible ratio d'encadrement des résidents. La longévité y est la valeur suprême, peu importe dans quel état on survit. Dans les pays nordiques au contraire, on ne valorise pas la longévité, mais l'autonomie, la liberté, l'indépendance ; chacun veut participer, contribuer à la société. L'article de Fany Cérèse en témoigne. D'où une absence de normativité des soins de long terme. Selon Jean-Marie Robine, c'est plus compliqué en France où nous aurions à la fois « *des Danois et des Japonais français* », entre promotion de l'autonomie et promotion de la longévité.

Marie-Ève Joël attachait la plus grande importance aux rencontres, aux débats, et aux confrontations, représentatifs d'une pluridisciplinarité, toujours prônée mais pas toujours bien organisée. Elle voulait croiser les savoirs et les expériences en dépassant le seul cadre national, réconcilier les travaux des nombreux comités scientifiques où elle siégeait avec le travail du terrain, mettre en perspective les données statistiques pour le bénéfice de la personne âgée et de ses proches. Ses travaux intégraient une dimension éthique souvent implicite. Cette dimension éthique, fréquemment négligée, est revenue comme en *boomerang* lors de la crise Covid. Et l'expression de Marie-Ève Joël, selon laquelle il n'existe pas une unique bonne solution, mais une succession de moins mauvaises, prend tout son sens aujourd'hui. Souhaitons donc que ce numéro de *Gérontologie et société*, par son ouverture sur le monde, aide à vieillir en se sentant chez soi, partout, jusqu'au bout.

RÉFÉRENCES

- Artamonova, A., Brandén, M., Gillespie B.J. et Mulder, C.H. (2021). Adult children's gender, number and proximity and older parents' moves to institutions: evidence from Sweden. *Ageing & Society*, 1-31. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21000556>
- Bakx, P., Wouterse, B., van Doorslaer, E. et Wong, A. (2020). Better off at home? Effects of nursing home eligibility on costs, hospitalizations and survival. *Journal of Health Economics*, 73, 102354. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2020.102354>
- Bonnet, C., Juin, S. et Laferrère, A. (2019). Private Financing of Long Term Care: Income, Savings and Reverse Mortgages, Financer sa perte d'autonomie : rôle potentiel du revenu, du patrimoine et des prêts viagers hypothécaires. *Économie et Statistique*, (507-508), 5-24. <https://doi.org/10.24187/ecostat.2019.507d.1972>
- Bonsang, E. (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? *Journal of Health Economics*, 28, 143-154.
- Breuil-Genier, P. (1996). La gestion du risque dépendance : le rôle de la famille, de l'État et du secteur privé, *Économie et Statistique*, (291-292), 103-117. <https://doi.org/10.3406/estat.1996.6032>
- Charras, K. et Cérèse, F. (2017). Être « chez-soi » en EHPAD : domestiquer l'institution. *Gérontologie et société*, 39(152), 169-183. <https://doi.org/10.3917/gsl.152.0169>

- Diagne, A. et Lessault, D. (2007). Émancipation résidentielle différée et recomposition des dépendances intergénérationnelles à Dakar. CEPED. CEPED, 41, Les Collections du CEPED. Regards sur. Repéré à : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00740657>.
- Djaoui, E. (2007). De l'intimité du professionnel dans l'intervention au domicile. *Gérontologie et société*, 30(122), 157-162. <https://doi.org/10.3917/gs.122.0157>
- Djaoui, E. (2011). Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime. *Dialogue*, 2(2), 7-18. <https://doi.org/10.3917/dia.192.000>
- Dreyer, P. (dir.) (2017). Habiter chez soi jusqu'au bout de sa vie. *Gérontologie et société*, 39(152). Repéré à : <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2017-1.htm>.
- Drosso, F. (2001). Le viager ou les ambiguïtés du droit de propriété dans les travaux préparatoires du Code civil. *Droit et société*, 3(3), 895-911. <https://doi.org/10.3917/drs.049.0895>
- Drosso, F. (2002). Moderniser le viager [1]. *Revue française des affaires sociales*, (2), 109-142. <https://doi.org/10.3917/rfas.022.0109>
- Fontaine, R., Gramain, A. et Wittwer, J. (2020). Soutien à l'autonomie des personnes âgées : sur quels principes fonder un nouveau modèle de financement ? Repéré à : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02888055/document>.
- Godefroy, P. et Laferrère, A. (2009). Les logements des Européens de 50 ans et plus. *Insee Première*, (1238). Repéré à : <http://www.epsilon.insee.fr:80/jspui/handle/1/806>
- Hadjri, K., Gadakari, T., Huang, J. et Durosaiye, I. (2019). The Role of Housing Design in Achieving Aging in Place in China. *The Journal of Aging and Social Change*, 9(4), 51-75. <https://doi.org/10.18848/2576-5310/CGP/v09i04/51-75>
- He, W. (2017). Providing for the Elderly: More Balanced and Better Served. *Journal of the National School of Administration*, (6), 92-98
- He, W. (2019). China's Social Security: From Rapid Expansion to High-Quality Development. *Chinese Journal of Population Science*, (1), 2-15
- Horioka, C.Y. (2014). Are Americans and Indians more altruistic than the Japanese and Chinese? Evidence from a new international survey of bequest plans. *Rev Econ Household*, (12), 411-437. <https://doi.org/10.1007/s11150-014-9252-y>
- Housing LIN (2018). ODESSA Project End of Award Conference – Sheffield. Repéré à : <https://www.housinglin.org.uk/Events/ODESSA-Project-End-of-Award-Conference/>.
- Joël, M.-È. (2017). Que coûtent et qui paie les années en plus ? Dans Anne-Marie Guillemard (dir.), *Allongement de la vie : Quels défis ? Quelles politiques ?* (pp. 345-358). Paris, France : La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.masco.2017.01.0345>
- Joël, M.-È. et Dufour-Kippelen, S. (2002). Financing systems of care for older persons in Europe. *Aging Clinical and Experimental Research*, (14), 293-299. <https://doi.org/10.1007/BF03324453>
- Joël, M.-È., Gramain, A., Cozette, É. et Colvez, A. (2000). Situation économique et qualité de vie des aidants aux malades atteints de démence sénile de type Alzheimer. *Revue économique*, 51(hors série), 163-184. <https://doi.org/10.2307/3503195>
- Joël, O. (2017). *EHPAD, un modèle à bout de souffle*. Février (présentation au Collège des Bernardins).

- Kok, L., Berden, C. et Sadiraj, K. (2015). Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores. *European Journal of Health Economics*, (16), 119-131. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0557-1>
- Künn-Nelen, A. et Jürges, H. (2013). Individual and social determinants of home death. Dans A. Börsch-Supan, M. Brandt, H. Litwin et G. Weber (dir.), *Active ageing and solidarity between generations in Europe, First results from SHARE after the economic crisis* (pp. 265-274). Berlin, Allemagne : De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110295467>
- Labit, A. (2013). L'habitat solidaire intergénérationnel : mythe et réalité en France et en Allemagne. Dans M. Membrado et A. Rouyer (dir.), *Habiter et vieillir : vers de nouvelles demeures* (pp. 245-260). Toulouse, France : Érès. Repéré à : <https://www.cairn.info/habiter-et-vieillir--9782749236612-page-245.htm>.
- Laferrière, A. et Wolff, F.-C. (2006). Microeconomic Models of Family Transfers. Dans S.-C. Kolm et J. Mercier Ythier (dir.), *Handbook of the Economics of Giving, Altruism and Reciprocity* (vol. 2, pp. 889-969). Amsterdam, Pays-Bas : Elsevier B.V.
- Laroque, G. (2006). Architecture et accessibilité, Éditorial. *Gérontologie et société*, 29(119), 8-9. <https://doi.org/10.3917/gs.119.0008>
- Laroque, P. (1962). *Politique de la vieillesse. Rapport pour la Commission d'études des problèmes de la vieillesse du Haut comité consultatif de la population et de la famille. Réédition en octobre 2014 : Rapport Laroque*. Paris, France : L'Harmattan.
- Libault, D. (2019). *Concertation grand âge et autonomie, rapport*, Ministère des Solidarités et de la Santé. Repéré à : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf.
- Masson, A. (2017). Protection sociale et privée contre l'inflation inédite des vieux jours. Dans Anne-Marie Guillemard (dir.), *Allongement de la vie : Quels défis ? Quelles politiques ?* (pp. 215-234). Paris, France : La Découverte.
- Masson, A. (2020). *Nos sociétés du vieillissement entre guerre et paix : plaidoyer pour une solidarité de combat*. Rouen, France : L'Autreface, 198 p.
- Mayhew, L., Smith, D. et O'Leary, D. (2017). Paying for Care Costs in Later Life Using the Value in People's Homes. *The Geneva Papers on Risk and Insurance – Issues and Practice*, (42), 129-151. <https://doi.org/10.1057/gpp.2015.34>
- Naomi, A., Shirowa, T., Fukuda, T. et Murashima, S. (2012). Institutional care versus home care for the elderly in a rural area: cost comparison in rural Japan. *Rural and Remote Health*, (12), 1817. Repéré à : <http://www.rrh.org.au>.
- Pison, G. (2009). Le vieillissement démographique sera plus rapide au Sud qu'au Nord. *Population & Sociétés*, (457), Ined. Repéré à : <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/population-et-societes/le-vieillissement-demographique-sera-plus-rapide-au-sud-qu-au-nord/>.
- Rabiller, A. (2007). Ma vie en foyer-logement. Impressions et constats. *Gérontologie et société*, 30(121), 283-287. <https://doi.org/10.3917/gs.121.0283>
- Rhee, J. C., Done, N. et Anderson, G. F., (2015). Considering long-term care insurance for middle-income countries: comparing South Korea with Japan and Germany. *Health Policy*, 119(10), 1319-1329. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2015.06.001>

- Syse, A., Artamonova, A., Thomas, M. et Veenstra, L.M. (2021). Family composition and transitions into long-term care services among the elderly, Discussion Papers, 954. Statistics Norway, Research Department. Repéré à : https://www.ssb.no/en/forskning/discussion-papers/_attachment/453137.
- Tamiya, N., Noguchi, H., Nishi, A., Reich, M. R., Ikegami, N., Hashimoto, H., ... Campbell, J.C. (2011). Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy. *The Lancet*, 378(9797), 1183-1192. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)61176-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(11)61176-8)
- Tsutsui, T. (2014). Implementation process and challenge for the community-based integrated care system in Japan. *International Journal of Integrated Care*, 14: e002. <https://doi.org/10.5334/ijic.988>
- Tsutsui, T., Muramatsu, N. et Higashino, S. (2014). Changes in Perceived Filial Obligation Norms among Coresident Family Caregivers in Japan. *The Gerontologist*, 54(5), 797-807. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt093>
- Villez, A. (2007). EHPAD. La crise des modèles. *Gérontologie et société*, 30(123), 169-184. <https://doi.org/10.3917/gs.123.0169>

e-mail auteur : anne.laferriere@dauphine.psl.eu