



Le système de prise en charge des personnes âgées dépendantes : le Japon un modèle pour la France ?

Karine Ishii

► To cite this version:

Karine Ishii. Le système de prise en charge des personnes âgées dépendantes : le Japon un modèle pour la France ?. Économies et finances. Université Paris Dauphine - Paris IX, 2015. Français. <NNT : 2015PA090032>. <tel-01264075>

HAL Id: tel-01264075

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01264075>

Submitted on 28 Jan 2016

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

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

Université Paris-Dauphine
École doctorale de Dauphine

Le système de prise en charge des
personnes âgées dépendantes :
le Japon un modèle pour la France ?

THÈSE

Pour le Doctorat en Sciences Economiques
présentée et soutenue publiquement le 25 septembre 2015

par
KARINE ISHII

sous la direction de
Pierre RALLE et Jérôme WITTWER

MEMBRES DU JURY :

RAPPORTEURS	Agnès GRAMAIN	Professeur à l'Université Paris I Panthéon-Sorbonne
	Philippe MARTIN	Directeur de recherche au CNRS CNRS-Université de Bordeaux
SUFFRAGANTS	Marie-Ève JOEL	Professeur à l'Université Paris-Dauphine
	Nicolas SIRVEN	Maitre de conférence à l'Université Paris 5 Descartes
DIRECTEURS	Pierre RALLE	Administrateur de l'INSEE
	Jérôme WITTWER	Professeur à l'Université de Bordeaux

L'université Paris-Dauphine n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérés comme propre à leurs auteurs.

Remerciements

En premier lieu, j'adresse mes sincères remerciements à mes directeurs de thèse, Pierre Ralle et Jérôme Wittwer, pour avoir accepté d'encadrer ce travail doctoral. J'exprime tous mes remerciements à Pierre Ralle pour le temps qu'il a consacré à la préparation du projet de thèse, pour ses nombreuses conseils, relectures et commentaires. Je suis consciente que sans son implication, la thèse m'aurait été impossible. J'adresse également mes remerciements à Jérôme Wittwer pour avoir su me guider dans mes choix quand je me sentais bloquée. Son écoute et sa gentillesse, d'abord comme responsable du programme doctoral puis comme directeur de thèse, m'ont permis d'avancer avec sérénité.

J'exprime toute ma gratitude à Agnès Gramain et à Philippe Martin pour avoir accepté d'être rapporteur de cette thèse. Je remercie en particulier Agnès Gramain pour s'être rendue disponible pour le pré-soutenance et pour m'avoir apporté maints conseils. J'espère que les modifications apportées depuis la pré-soutenance sont à la hauteur de ses commentaires. Je remercie également Marie-Eve Joël et Nicolas Sirven qui me font l'honneur de participer à mon jury.

J'adresse ma sincère reconnaissance à Ève Caroli pour l'intérêt qu'elle porte aux doctorants du laboratoire du LEDa. Son implication et son incroyable gentillesse ont été pour moi un encouragement précieux.

Je remercie par ailleurs Jean-Marc Siroen, Philippe De Vreyer et Flore Gubert pour m'avoir accueillie au DIAL, Brigitte Dormont et Marie-Eve Joel pour m'avoir accueillie au LEGOS. J'ai pu bénéficier des meilleures conditions de travail possible et du soutien scientifique et amical de

tous les membres du DIAL et du LEGOS.

J'adresse mes chaleureux remerciements aux personnes qui m'ont aidée pour la réalisation des études comparatives. Je remercie les professeurs John Creighton Campbell, Junichi Hisazuka, Blanche Le Bihan-Youinou, Sébastien Lechevalier et Yayoi Saito. Les missions au Japon n'auraient pu être menées à bien sans leurs précieux conseils et leur soutien. Je remercie Maylis Bolze, Anne-Marie Laumay, Michèle Borlet, Tsukasa Yamaguchi, Masayuki Ochi et Naomi Ookubo qui ont bien voulu participer au projet des cas-types. Je leur suis reconnaissante pour la générosité de leur implication, leur disponibilité et leur patience. Je souhaite également remercier tous les professionnels qui ont accepté de répondre à mes questions. Je remercie Annie Brantus, Gérard Cardin, Michèle Doineau, Martin Duvallon, Geneviève Richiero, Kyouichi Seki, Toshikazu Seki, Yasushi Shibata, Daisuke Sugimoto, Kyouichi Tounai, Georges Vallet, l'équipe du centre d'accueil de jour *Care Hyukkari*, l'équipe de l'établissement *Jyo ga Saki no Sono*, les *Care managers* du *Chiiki Hôkatsu Shien Center* de la ville de Tajima, le département pour les personnes âgées de la Mairie d'Itoh et le département de l'assurance sociale de la Mairie de Naga-Izumi.

Je tiens à remercier tous mes camarades doctorants et mes aînés docteurs qui ont égayé mon quotidien pendant plus de quatre ans. Je remercie mes camarades du DIAL et du LEGOS mais également ceux du SDFI et du CGEMP. J'exprime mes profonds remerciements à mes camarades de bureau du B317, du P155 et du P157 pour leur soutien et convivialité. Je remercie en particulier les membres du B317 pour leur accueil et les merveilleux souvenirs qu'ils m'ont apportés.

J'adresse également mes remerciements les plus sincères à Anne-Laure Samson, Roméo Fontaine et Florence Jusot pour m'avoir écoutée et encouragée au moment où j'en avais le plus besoin. Je remercie en particulier Anne-Laure Samson pour son écoute depuis mon année en Master 2. Son amitié a été d'un grand soutien pendant tout le parcours de thèse. Je remercie également Roméo Fontaine pour sa bienveillance et ses nombreux conseils. Je tiens à lui rappeler que ses travaux représentent pour moi une source d'inspiration depuis notre première rencontre

alors que je n'avais pas encore repris mes études.

Je remercie aussi toutes les personnes que j'ai eu l'occasion de côtoyer dans le cadre de ma thèse et qui m'ont apporté conseils et encouragements. Je pense en particulier à Sabine Delzescaux, Elise Tenret, Sandrine Dufour-Kippelin, Marc Raffinot, Sabine Mage, Hélène Lenoble, Baptiste Venet, Florence Arestoff, Emmanuelle Lavallée, Aude Sztulman, Elodie Djemai, Isabelle Chort, Guillaume Daudin, Patrice Geoffron, El Mouhoub Mouhoud, Najat El Mekkaoui, Jean-François Jacques et Eric Bonsang.

Je profite de cette occasion pour exprimer ma profonde gratitude à Satoshi Kawanishi et à Geneviève Fondville qui m'ont encouragée dans la démarche de reprendre mes études. Sans leurs soutiens et leur confiance, je n'en aurais probablement pas eu le courage.

Je remercie Jérôme Sgard et Romain Lafarguette qui ont joué un rôle important dans ma décision de me lancer dans la thèse. Je leur suis reconnaissante du temps qu'ils m'ont accordé lorsque je me sentais désorientée.

Je remercie tous mes collègues de Yohji Yamamoto pour leur encouragement lorsque j'ai pris la décision de retourner à l'Université. Sans leur patience et leur compréhension, l'année de master 2 aurait été insurmontable. Leur bienveillance et leur bonne humeur m'ont été d'un grand soutien.

J'exprime également ma profonde gratitude à tous mes amis qui ont bien voulu relire mes travaux. Je suis extrêmement reconnaissante du temps qu'ils ont consacré à mon travail. J'adresse en particulier mille mercis à Damien Gaudichon pour toutes les phrases qu'il a reformulées, les centaines de fautes qu'il a corrigées, pour ses critiques et son soutien affectif. J'aurais eu du mal à terminer ce travail sans son implication.

Je remercie bien sûr tous mes proches. Je ne les remercierai jamais assez de m'avoir soute-

nue dans les moments de doutes, de m'avoir écoutée parler de ma thèse pendant des heures, de m'avoir aidée à me changer les idées dans les moments difficiles, d'avoir respecté mon interminable silence pendant les périodes de rédactions, d'avoir supporté mes sauts d'humeur, d'avoir pardonné mes manquements et de m'avoir toujours montré par les actes qu'ils étaient présents.

Enfin j'adresse toute mon affection à ma famille. Je remercie mes frères Louis et Thomas pour tout ce qu'ils m'ont apporté depuis ma tendre enfance, de m'avoir sans cesse montré une autre manière de voir les choses. C'est un peu grâce à (à cause d') eux, que je suis là où je suis. J'adresse mes plus tendres et profonds remerciements à mes parents pour leur soutien sans faille. Je les remercie d'avoir toujours gardé confiance en moi, surtout quand je n'en avais plus. Cette thèse leur est dédiée.

A mes parents

Table des matières

Table des figures	13
Liste des tableaux	14
Introduction générale	15
Bibliographie	29
1 Prise en charge de la dépendance : analyse des choix politiques	31
1.1 Introduction	32
1.2 La prise en charge de la dépendance aujourd'hui	37
1.2.1 Le Japon : un système unique de prise en charge	38
1.2.2 France : la prise en charge à travers plusieurs dispositifs	40
1.3 Comparaison à travers cinq dimensions	42
1.3.1 Critères d'accès	44
1.3.2 Définition du montant des services	47
1.3.3 Nature de la prestation	50
1.3.4 Sources de financement	52
1.3.5 Gestion	54
1.3.6 Systèmes japonais et français : quelles différences ?	56
1.4 Evolution de la protection sociale	59
1.4.1 La protection sociale au Japon	61
1.4.2 La protection sociale en France	63
1.5 Evolution des politiques d'aides aux personnes âgées	64
1.5.1 Au Japon : de l'absence d'aide à l'assurance dépendance	69
1.5.2 En France : une évolution continue de l'aide à la dépendance	73
1.6 Conclusion	76
Bibliographie	78
2 Prise en charge de la dépendance : une comparaison par les cas-types	83
2.1 Introduction	84
2.2 La prise en charge de la dépendance au Japon	86
2.3 La prise en charge de la dépendance en France	89
2.4 Méthodologie de la comparaison	91
2.5 Les évaluations du degré de dépendance et du besoin	96
2.6 La définition des plans d'aide	100
2.7 L'impact des revenus sur l'aide publique perçue	105
2.7.1 Le montant de l'aide publique au Japon	105

2.7.2	Le montant de l'aide publique en France	112
2.8	Conclusion	114
2.9	Appendice	116
2.9.1	Cas-type 1	116
2.9.2	Cas-type 2	116
2.9.3	Cas-type 3	117
2.9.4	Cas-type 4	118
2.9.5	Cas-type 5	119
2.9.6	Cas-type 6	120
2.9.7	Cas-type 7	121
	Bibliographie	123
3	Japanese long-term care insurance: equal services for equal needs?	125
3.1	Introduction	126
3.2	Background	129
3.3	Data	133
3.3.1	Sample	134
3.3.2	Dependant variable	134
3.3.3	Explanatory variables	135
3.4	Empirical model	139
3.5	Estimation results	140
3.5.1	Children's living place	140
3.5.2	Marital status and gender	141
3.5.3	Children's level of education	144
3.5.4	Non-payment of tax	144
3.6	Conclusion	146
3.7	Appendix	148
	Comparison with the French results	149
	Bibliography	153
4	Informal care and employment status of Japanese middle-aged women	157
4.1	Introduction	158
4.2	Literature	161
4.2.1	Informal care and labor market participation	161
4.2.2	Empirical studies	162
4.3	Data	165
4.3.1	Structure	165
4.3.2	Variables	167
4.4	Results	170
4.4.1	Estimations results: informal care treated as exogenous	170
4.4.2	IV estimations	174
4.4.2.1	The choice of the instruments	174
4.4.2.2	Estimation results	177
4.5	Conclusion	182
4.6	Appendix	184
	Bibliography	191
	Conclusion générale	197

Table des figures

1.1	Evolution de la part des personnes âgées de 65 ans et plus	60
1.2	Dépenses de la protection sociale (en % du PIB)	62
1.3	Evolution de la structure par risque de la protection sociale en France	65
1.4	Evolution de la part des personnes âgées de 80 ans et plus	67
1.5	Evolution du taux de chômage	68
1.6	Nombre moyen de jours d'hospitalisation	70
1.7	Evolution de la croissance du PIB réel au Japon	72
1.8	Evolution de la croissance du PIB réel en France	75
2.1	Procédure d'évaluation au plan d'aide au Japon et en France	99
2.2	Part des assurés par tranche de prime en 2011 au Japon	107
2.3	Dépenses publiques et dépenses de l'utilisateur au Japon (cas 2)	110
3.1	Procedure for LTCI	128

Liste des tableaux

1.1	Les différents niveaux de dépendance au Japon	46
1.2	Les six groupes de Gir	47
1.3	Plafond et utilisation des services de l'assurance dépendance au Japon	48
1.4	Plafond et utilisation moyenne de l'Apa en France	49
2.1	Plafond mensuel de services accessibles par niveau de dépendance	88
2.2	Services proposés dans le cadre de l'assurance dépendance	88
2.3	Présentation résumée des sept cas-types	94
2.4	Plans d'aide des cas-types au Japon	103
2.5	Plans d'aide des cas-types en France	104
2.6	Plans d'aide pour le case 2 - illustration de cinq situations différentes	111
3.1	Statistical descriptions according to application decision	137
3.2	Statistical descriptions according to residence	138
3.3	Application to LTCI according to children's living place	141
3.4	Application to LTCI according to children's gender and marital status	143
3.5	Application to LTCI according to education level	145
3.6	Variables of the sample	148
3.7	Living arrangement according to application decision	150
3.8	Application to LTCI according to household configuration	151
4.1	Number of observations	166
4.2	Statistical descriptions for women according to care decisions	170
4.3	Statistical description for women according to residence	171
4.4	Women labour market participation, informal care as exogenous variable	173
4.5	First stage results, decision of providing informal care	176
4.6	Labour market participation for women in coresidence (Daily care)	180
4.7	Labour market participation for women not in coresidence (Frequent care)	181
4.8	Labour market participation for all women	184
4.9	Labour market participation for women in coresidence (Frequent care)	185
4.10	Labour market participation for women in coresidence (Frequent Physical care)	186
4.11	Women labour market participation, informal care as exogenous variable	187
4.12	Labour market participation for all women	188
4.13	Labour market participation for women in coresidence (Daily care)	189
4.14	Labour market participation for women not in coresidence (Frequent care)	190

Introduction générale

Depuis plusieurs décennies, la France est touchée par une augmentation importante des personnes âgées dans la population. La part de celle de 65 ans et plus est passée de 11% en 1950 à 17% en 2010. Celle des 80 ans et plus est passée de 2% à 5%. Selon les prévisions de l'ONU, ces tranches d'âge devraient représenter respectivement le quart et le dixième de la population d'ici 2050. Conséquence de la baisse de la fécondité, du recul de la mortalité aux grands âges et du baby boom, ce vieillissement soulève plusieurs inquiétudes, notamment celle de la prise en charge de la dépendance.

La dépendance désigne les conséquences de l'allongement de l'espérance de vie qui empêchent les personnes âgées de réaliser de manière autonome certains actes de la vie quotidienne. Elle progresse avec l'âge et augmente vraiment à partir de 80 ans (Duée et Rebillard, 2006). Selon une analyse sur l'enquête Handicap-Santé en ménage ordinaire (HSM) réalisée en 2008, plus d'un quart des personnes de 80 ans et plus souffraient d'une perte modérée d'autonomie, et 11% étaient dépendantes (Dos Santos et Makdessi, 2010). Si la prévalence de la dépendance restait constante, le nombre de personnes ayant besoin d'aide devrait également croître de manière importante.

Dans ce contexte, les femmes de 50 à 65 ans se trouvent doublement sollicitées. D'une part, l'augmentation du nombre de personnes à la retraite fait peser un risque sur la soutenabilité des systèmes de retraite et pousse les autorités publiques à inciter les *jeunes seniors* à participer davantage au marché du travail. En effet, dans les dernières années, la France a mené une politique destinée à favoriser l'emploi des travailleurs âgés, notamment afin de répondre aux recomman-

dations qui lui ont été adressées en 2005 par le Conseil européen à *élaborer une stratégie globale de vieillissement actif visant à maintenir les travailleurs âgés plus longtemps sur le marché du travail* (Sirugue, 2012). D'autre part, la prise en charge de la dépendance s'appuie aujourd'hui fortement sur l'aide informelle apportée par les conjoints mais également par les enfants adultes, dont une majorité de femmes (Colombo et al., 2011). La population des femmes âgées de 50 à 65 ans évolue moins vite que celle des 80 ans et plus, engendrant une situation de *Care deficit*. A cet égard, le ratio du nombre de personnes de 80 ans et plus sur celui des femmes de 50 à 65 ans apporte un aperçu de leurs évolutions : la France est passée de 6 femmes seniors pour 1 personne de 80 ans et plus en 1950 à moins de 2 femmes en 2010 ; d'ici 2050, le ratio devrait s'établir à un niveau inférieur à 1.

Face à une telle évolution, la mise en place d'une aide publique est apparue indispensable. En effet, l'absence de politique en faveur de la dépendance conduirait à des effets négatifs sur les parents dépendants et les enfants-aidants, mais également sur les systèmes de santé. Premièrement, la diminution du stock d'aidants informels peut réduire la qualité de vie des parents dépendants si elle n'est pas compensée par une aide formelle. Deuxièmement, la présence d'un parent dépendant peut pousser les enfants-adultes à anticiper leur départ en retraite ou aménager leur temps de travail pour leur apporter de l'aide. Ces configurations risquent de créer des inégalités de revenus entre les enfants-aidants et les autres. Troisièmement, la prise en charge des parents dépendants peut impacter la santé des aidants-informels. Enfin, l'absence de prise en charge adaptée de la dépendance peut augmenter les dépenses de santé à travers une utilisation inefficace des dispositifs de santé par les parents dépendants ou l'augmentation des problèmes de santé des enfants-aidants. Se pose alors naturellement la question de la politique à mener : comment et sous quelle forme l'aide publique doit-elle être fournie ?

Initialement, la prise en charge publique en France concernait surtout l'aide en établissement, mais celle au maintien à domicile s'est graduellement développée à partir de la fin des années 1970 (Ennuyer, 2007). Parmi les différentes politiques menées en matière d'aide à domicile, nous pouvons citer la mise en place de l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (Apa) et des Ser-

vices de Soins Infirmiers à Domicile (Ssiad). L'Apa est destinée aux personnes de 60 ans et plus ayant besoin d'aide pour effectuer les actes essentiels de la vie courante. Elle finance tout ou partie d'un plan d'aide proposé par le Conseil général. Les Ssiad apportent des soins infirmiers et d'hygiène générale aux personnes âgées d'au moins 60 et aux adultes de tout âge présentant un handicap ou atteints d'une maladie chronique.

Des efforts importants ont ainsi été déployés depuis plusieurs décennies, mais de nombreuses problématiques continuent à animer le débat politique. Les rapports publics qui ont été publiés durant les dix dernières années rappellent régulièrement les problèmes liés au système actuel. Le rapport de l'Assemblée Nationale présenté par Rosso-Debord (2010) a souligné les problèmes liés à l'évaluation de la dépendance (insuffisances de la grille d'évaluation Aggir, absence de formation à l'utilisation de la grille et multiplicité des évaluateurs), l'existence d'une grande disparité territoriale des moyens financiers publics et dans la gestion, et finalement l'importance des restes à charge, notamment pour les classes moyennes. Le rapport présenté par Pinville (2014) signalait par ailleurs que le plafond d'aide n'était pas suffisamment élevé entraînant une saturation de nombreux plans d'aide.

Ainsi, la question de la dépendance constitue, dans le débat public français, un sujet majeur qui devrait continuer à soulever des hésitations sur les solutions à adopter. Mais la France n'est pas seule à être confrontée à ce défi.

Le vieillissement de la population touche tous les pays développés et de nombreux pays se trouvent dans une situation plus critique que celle de la France. D'ici 2050, la population des 80 ans et plus devrait être plus importante en Italie (13%), en Allemagne (13,5%) et au Japon (14,5%). Des mesures spécifiquement dédiées à la dépendance ont été progressivement adoptées dans de nombreux pays durant les dernières décennies, avec une avance au Danemark, en Suède et aux Pays-Bas : les lois majeures en matière de soins aux seniors apparaissent en 1949 au Danemark, en 1964 en Suède et en 1968 aux Pays-Bas. Les politiques majeures dans les autres pays apparaissent surtout à partir des années 1980 : le *National Health Service and Community*

Care au Royaume-Uni est votée en 1990; l'assurance dépendance est créée en 1995 en Allemagne; une prestation monétaire instaurée en Italie en 1980 pour les personnes handicapées est étendue aux personnes âgées dépendantes à partir de 1984; le projet *Gold Plan* ayant pour objectif d'augmenter les prestations pour les personnes âgées est mis en place au Japon en 1989 avant que le *Kaigo Hoken* (Assurance dépendance) soit instauré en 2000; finalement l'assurance dépendance de la République de Corée *Noinjanggiyoyangboheum* a été promulguée en avril 2007.

Les personnes dépendantes peuvent être aidées à domicile ou être institutionnalisées dans un centre spécialisé, mais la majorité des pays semble, depuis plusieurs décennies, promouvoir le maintien à domicile (Martin, 2006). Les raisons sont doubles. D'une part, assurer un soutien aux personnes âgées afin qu'elles puissent rester chez elles le plus longtemps possible répond au souhait de la grande majorité (OECD, 2005). D'autre part, le coût d'une prise en charge à domicile est généralement moins élevé qu'en établissement (Catherin-Quivet, 2006). Outre cette similitude, les récentes études comparatives font état d'une grande hétérogénéité des politiques adoptées (Burau et al., 2007; Colombo et al., 2011; Mor et al., 2014). Les différences apparaissent aussi bien dans l'organisation qu'au niveau des critères d'accès, de la définition du montant des services, de la nature des prestations, du financement et de la gestion. Or ces différences constituent autant d'éléments pour approfondir le mécanisme des systèmes de protection sociale.

A cet égard, l'expérience japonaise attire particulièrement notre attention pour au moins deux raisons. Premièrement, le Japon est, depuis les années 2000, le pays où le vieillissement est le plus avancé. La population des 80 ans et plus dépassait 6% en 2010 et devrait atteindre 14,5% d'ici 2050 (contre 5% et 10% en France). Deuxièmement, le Japon a mené en 2000 une réforme importante et a adopté une assurance dépendance obligatoire. Si la France s'appuie aujourd'hui sur une combinaison de dispositifs sans système unique, la création du risque de la dépendance comme le cinquième risque est une option qui revient régulièrement dans les rapports publics (Fragonard, 2011).

Objectifs de la thèse

L'objectif de cette thèse est d'étudier l'expérience japonaise en matière de prise en charge de la dépendance afin de tirer des enseignements pour la France. S'il n'est pas envisageable de dupliquer une politique étrangère à un contexte national spécifique, l'analyse des politiques menées dans un autre pays permet i) de mieux comprendre les spécificités du système national français, ii) de découvrir d'autres manières de mener des politiques de dépendance, iii) d'apporter des exemples concrets de dispositifs spécifiques.

Plus spécifiquement, cette thèse ambitionne de répondre à trois grandes questions. Premièrement, quelles différences existe-t-il entre les systèmes de prise en charge de la dépendance au Japon et en France (Chapitres 1 et 2) ? Nous étudions les spécificités des politiques menées dans les deux pays, d'une part dans la manière dont l'aide publique est organisée, d'autre part dans l'aide réellement perçue par les personnes en perte d'autonomie. Deuxièmement, l'accès aux soins publics est-il garanti pour tous (Chapitre 3) ? La mise en place d'une aide publique n'assure pas nécessairement que toutes les personnes dans le besoin reçoivent des aides. Des coûts de procédure, la peur de la stigmatisation, ou l'ignorance et le manque d'information peuvent constituer des barrières à la demande d'aide. A travers l'adoption de l'Assurance dépendance, le Japon a tenté de réduire des barrières telle que la peur de la stigmatisation. Mais d'autres barrières peuvent potentiellement subsister dans le nouveau système. Nous examinons l'existence de barrières potentielles qui viendraient restreindre l'accès aux aides de l'Assurance dépendance. Enfin, aider un parent dépendant affecte-t-il la participation des enfants-adultes, plus particulièrement des femmes, au marché de l'emploi (chapitre 4) ? Comme nous l'avons souligné plus haut, les femmes seniors sont les premières concernées par cette problématique de l'aide. En 2000, le Japon a mené une réforme d'ampleur en matière de prise en charge de la dépendance. En particulier, le soutien aux aidants informels faisait partie des objectifs affichés alors par le gouvernement. Nous étudions les conséquences de l'aide apportée par les femmes sur leur emploi, dix ans après la réforme.

Cette thèse se focalise principalement sur les politiques d'aide à domicile. Il est d'ores et déjà

important de noter que la répartition de l'aide entre celle à domicile et celle en établissement constitue une première grande différence entre les deux pays. L'aide en institution représente un poids bien plus important en France qu'au Japon. En 2002, 64% des bénéficiaires d'aide contre la dépendance étaient en établissement en France contre seulement 23% au Japon (Colombo et al., 2011). Avec l'adoption de l'Apa, l'aide à domicile en France a pris de l'ampleur mais le poids de l'aide en établissement reste toujours plus important qu'au Japon. En 2011, 40% des bénéficiaires de l'Apa en France et 22% des bénéficiaires de l'assurance dépendance japonaise étaient en établissement¹.

Méthodologie et données

D'un point de vue méthodologique, cette thèse peut être décomposée en deux parties : la première analyse la prise en charge publique mise en place au Japon et en France à travers deux études qualitatives (Chapitre 1 et 2) ; la deuxième approfondit l'étude du contexte japonais à travers deux analyses quantitatives qui ont été effectuées sur l'enquête Japanese Study of Aging and Retirement (JSTAR) (Chapitre 3 et 4).

La partie qualitative s'appuie principalement sur deux approches comparatives : une étude de dimension institutionnelle et une étude à travers des cas-types. L'étude institutionnelle préalable était nécessaire pour lancer le projet des cas-types. Cette étape a été effectuée à travers une revue de la littérature mais également à travers des entretiens menés auprès d'experts, à savoir des universitaires et des professionnels de terrain, entre autres des Care managers et des personnels du Conseil général². La deuxième étape consiste à comparer des plans d'aide fictifs constitués pour des situations concrètes. Ces plans ont été élaborés avec la collaboration d'experts identifiés lors des entretiens de la première étape. Les entretiens et le projet des cas-types ont été menés entre 2011 et 2012 à Kobe et en Isère. Mais la réalisation du projet des cas-types permet également de soulever des éléments qui n'avaient pas été traités lors de l'étude préalable.

1. Les données françaises proviennent du site de la DREES, celles du Japon proviennent du site du Ministère de la santé, du travail et des affaires sociales du Japon (MHLW).

2. La liste complète des professions des personnes interrogées sont présentées dans le chapitre 2

Les travaux de recherche pour ces deux premiers chapitres n'ont donc pas été conduits en deux étapes distinctes mais en parallèle, l'un venant compléter l'autre.

Les travaux quantitatifs s'appuient sur les données d'enquêtes Japanese Study of Aging and Retirement (JSTAR) qui ont été menées suivant l'exemple de Health and Retirement Study (HRS). Avec le HRS, l'Université de Michigan a lancé le projet de réaliser une base de données multidisciplinaire permettant d'étudier l'impact du vieillissement d'un point de vue aussi bien économique, sociologique que sanitaire. HRS est une enquête biennale effectuée aux Etats-Unis sur des individus âgés de 50 ans ou plus. Suite à cette initiative, de nombreux autres pays ont mis en place des enquêtes similaires harmonisées afin de permettre des comparaisons entre les pays. Mexican Health and Aging Study (MHAS), English Longitudinal Study of Ageing (ELSA), Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA), Chinese Health and Retirement Logitudinal Study (Charls), Irish Longitudinal Study on Ageing (Tilda) et Longitudinal Ageing Study in India (LASI) sont toutes des enquêtes similaires à HRS menées auprès de populations âgées de 45 ans ou 50 ans et plus selon les pays.

Jstar est également une enquête biennale. La première vague de l'enquête japonaise Jstar a été menée en 2007 dans cinq villes différentes (Adachi, Kanazawa, Shirakawa, Sendai et Takikawa). Les enquêtés sont suivis et l'échantillon élargi tous les deux ans. Deux villes (Tosu et Naha) puis trois villes (Chofu, Tondabayashi et Hiroshima) ont été rajoutées au périmètre de l'enquête en 2009 et 2011. Trois vagues sont actuellement disponibles.

Il existe deux manières d'utiliser les données de JSTAR. La première consiste à considérer les enquêtés comme des parents dépendants. C'est l'utilisation adoptée dans le chapitre 3 qui travaille sur l'accès aux soins. Les données apportent alors de nombreuses informations concernant le parent (l'enquêté), son niveau de santé et le nombre d'enfants. En revanche, les enquêtés sont encore relativement *jeunes* et peu d'entre eux sont concernés par la perte d'autonomie. En effet, les enquêtes sont effectuées auprès d'individus âgés de 50 à 75 ans lors de l'entrée dans l'échantillon, alors que la dépendance des personnes âgées concerne principalement les personnes

à partir de 80 ans. Dans la seconde manière, les enquêtés sont considérés comme des enfants-aidants. Nous avons opté pour cette utilisation dans le chapitre 4 qui analyse l'impact de l'aide sur l'emploi des femmes. Les données contiennent alors davantage de *parents dépendants* et l'information est plus riche quant aux caractéristiques des enfants-adultes. En revanche, nous ne disposons que peu d'informations sur le niveau de santé des parents.

Structure de la thèse

Cette thèse est organisée sous forme d'articles. Certains éléments peuvent ainsi apparaître de manière redondante dans plusieurs chapitres. C'est notamment le cas de la présentation des systèmes français et japonais qui apparaît dans les deux premiers chapitres, ou la description de la base de données dans les chapitres quantitatifs.

Chapitre 1

Ce chapitre introductif vise à présenter les politiques de prise en charge de la dépendance mise en œuvre au Japon et en France depuis plusieurs décennies. L'objectif est d'une part d'identifier les grandes différences entre les systèmes japonais et français, et d'autre part d'étudier les raisons de ces divergences en retraçant l'histoire de l'évolution des politiques de protection sociale. Il nous semble que les différents choix politiques découlent principalement de la spécificité du contexte national : chaque pays se trouve dans des contextes démographique, socio-économique et historique spécifiques qui induisent des défis et des priorités dissemblables. Premièrement, la nécessité d'une protection sociale croît avec le vieillissement de la population. La protection sociale tend à se développer de manière importante dans les pays où la part des 65 ans et plus dépasse un certain seuil. La conjoncture économique au moment de ce développement détermine certaines particularités de la protection sociale. Deuxièmement, le besoin d'un système d'aide destiné à la dépendance augmente avec la croissance des 80 ans et plus. L'ampleur et les spécificités des politiques menées dépendent alors du rythme de l'évolution démographique, de la conjoncture économique mais également de l'héritage des choix passés. Une politique ne peut donc être réellement appréhendée que dans un contexte plus global.

Dans un premier temps, la comparaison des deux systèmes a été effectuée à travers l'analyse de cinq dimensions qui caractérisent tout dispositif de protection sociale (Palier, 2005). Ces dimensions permettent de répondre aux questions fondamentales sur la nature de tout système de protection sociale : Qui bénéficie de la prestation ? Quel est le niveau de la prestation ? Quelle est la nature de la prestation ? Comment le dispositif est-il financé ? Comment est-il géré ?

Le Japon illustre l'exemple d'un pays ayant adopté un système unique de prise en charge de la dépendance à travers la mise en place d'une assurance nationale obligatoire. Les soins de santé et soins de longue durée sont apportés dans le cadre d'une même offre. Toutes les personnes âgées de 40 ans et plus cotisent auprès de l'assurance et bénéficient des mêmes droits selon des critères objectifs prédéfinis. Enfin, le système est conçu de manière à favoriser le développement de services spécifiques aux personnes âgées dépendantes.

Le système d'aide au maintien à domicile en France est au contraire fragmenté, il se constitue de plusieurs dispositifs qui suivent des logiques différentes et rendent le système français plus difficile à cerner. Les caractéristiques de l'Apa traduisent, de même qu'au Japon, la volonté des autorités publiques de développer un marché de l'aide à domicile : l'Apa ne peut servir qu'à financer des prestations contenues dans un plan d'aide. Cependant, à l'inverse du Japon, la France semble viser le développement des services d'aides à domicile de manière plus générale sans cibler uniquement les services dédiés aux personnes âgées dépendantes.

Dans un second temps, le chapitre analyse les raisons pour lesquelles deux pays confrontés à des problématiques apparemment similaires adoptent des solutions aussi divergentes. Nous comparons pour cela l'évolution de la protection sociale depuis 1945 et celle des politiques dédiées à la dépendance.

En raison d'un vieillissement de la population amorcé relativement tard et de difficultés économiques dans les années 1970, les initiatives publiques destinées aux personnes âgées dépen-

dantes en établissement et à domicile sont restées particulièrement limitées au Japon jusqu'à la fin des années 1980. A cette période, le Japon se retrouve confronté à une évolution particulièrement rapide du vieillissement tandis que le manque d'aide publique en matière de dépendance engendre une augmentation des dépenses de santé liée au phénomène d'hospitalisation sociale. Le Japon a finalement mené une réforme d'envergure en 2000 avec l'adoption de l'assurance dépendance afin de rationaliser les coûts.

En France, le vieillissement de la population a débuté bien plus tôt, incitant le pays à développer une protection sociale plus rapidement qu'au Japon. L'effort destiné aux personnes âgées dépendantes, parallèlement à la hausse des 80 ans et plus, progresse dès les années 1970. Ainsi, dans les années 1990, la France avait déjà mis en place différentes aides dédiées aux personnes dépendantes. En revanche, la France, confrontée au chômage élevé, choisit d'intégrer des considérations d'emploi dans sa politique de lutte contre la dépendance.

Chapitre 2

L'analyse institutionnelle du premier chapitre permet d'identifier les caractéristiques convergentes et divergentes des deux systèmes, et de saisir leur évolution générale. Toutefois, l'étude ne permet pas d'analyser les prestations qu'un individu peut recevoir en fonction de son niveau de dépendance et de sa situation familiale et socio-économique. Ainsi, dans ce chapitre, nous adoptons une méthode d'analyse au niveau individuel afin de mieux appréhender les effets des institutions selon les caractéristiques propres d'un individu. Le travail comparatif de ce chapitre s'articule autour de deux approches : l'examen du processus de prise en charge et l'analyse de plans d'aide selon plusieurs situations concrètes.

L'intérêt est particulièrement porté sur i) la procédure d'évaluation, ii) la logique de composition des plans et iii) l'impact des revenus du bénéficiaire sur l'aide reçue.

Dans les deux pays, un cadre national définit les grandes lignes des systèmes de prise en charge de la dépendance. Ainsi, certains résultats de cette étude ont une portée générale. Mais

les décisions locales jouent également un rôle important et créent des disparités territoriales. Une généralisation des analyses est ainsi parfois difficile. Il nous semble préférable d'évoquer des comparaisons entre des territoires au sein des deux pays (Kobe et l'Isère) plutôt qu'entre pays. Le choix de Kobe et de l'Isère découle principalement de raisons logistiques et pratiques. Une des principales limites de cette étude réside dans la comparabilité de ces deux villes. La part des personnes âgées de 60 ans et plus représentent 26% de la population à Kobe contre 22% en Isère³. En effet, avec une densité d'environ 2 700 habitants par km, Kobe est un territoire plus urbanisé que l'Isère qui a une densité de 165 habitants par km. Toutefois, l'analyse des dispositifs au niveau territorial permet tout de même de préciser et mieux comprendre les systèmes nationaux.

D'après notre étude, l'assurance dépendance japonaise apparaît comme un système particulièrement formalisé, ayant recourt à des procédures spécifiques et des réglementations strictes, aussi bien dans le processus d'évaluation des besoins que dans la définition des plans d'aide. En effet, l'évaluation de la dépendance suit des normes spécifiques et le niveau qui en découle détermine automatiquement le montant des droits octroyés aux bénéficiaires. Par ailleurs, les personnes aidées ont accès à un panier de services prédéterminés selon leur niveau de dépendance. L'utilisation de certains services peut également être soumise à des contraintes en fonction de l'environnement familial. Ainsi, à travers l'application de critères stricts et normés, le ministère impose une vision claire de la prise en charge et incite au développement de services dédiés.

En ce qui concerne le système français, il est plus souple que celui du Japon, bien que marqué par un niveau de formalisation plus importante depuis l'adoption de l'Apa. L'étape d'évaluation du niveau de dépendance (Gir) s'effectue de manière codifiée mais l'articulation entre ce niveau et les droits octroyés est moins évidente. Le Gir fixe simplement un plafond d'aide de l'Apa mais ne détermine pas le montant du plan. En outre, une grande souplesse est laissée aux décideurs (équipe médico-sociale du Conseil général et infirmier coordinateur du Ssiad) dans leur manière d'établir les plans d'aide. Finalement, à la différence du Japon, la souplesse du système français cumulée aux contraintes budgétaires limite le développement de services spécifiques.

3. Les données concernent 2013 pour l'Isère et 2014 pour Kobe. Elles proviennent de l'Insee et du site de la préfecture de Hyogo.

Finalement, la prise en compte des revenus dans l'attribution des aides reflète l'importance accordée par les autorités aux inégalités sociales. L'analyse des dispositifs met en évidence des systèmes français et japonais plus généreux en faveur des plus démunis et des plus aisés relativement aux classes moyennes. Cependant la France semble accorder un poids plus important à la question des disparités sociales.

Chapitre 3

L'existence d'aides publiques ne signifie pas que les personnes ciblées soient toutes prises en charge. Au Japon par exemple, les aides publiques à l'autonomie, initialement réservées aux plus démunis, engendraient un phénomène de stigmatisation. Réel ou perçu, ce phénomène conduisait certains bénéficiaires potentiels à renoncer à l'aide. L'adoption d'un système assurantiel obligatoire a permis de surmonter cet inconvénient majeur. En effet, le caractère universel de l'assurance dépendance a comme avantage de ne différencier aucun demandeur. Toutefois des barrières à l'entrée peuvent persister et venir restreindre l'accès aux aides. La décision d'effectuer une demande d'aide dépend des bénéfices attendus de celle-ci, mais aussi des coûts induits par les démarches administratives.

Ce chapitre étudie les éléments limitant les potentiels bénéficiaires à faire une demande d'aide. A travers l'exploitation des données de Jstar 2007-2011, nous analysons si l'Assurance dépendance japonaise a atteint son objectif d'assurer les mêmes droits pour tous. Plus spécifiquement, cet article utilise un modèle probit binomiale pour identifier les variables réduisant la probabilité qu'une personne entame des démarches afin d'obtenir les aides. Ce chapitre se concentre sur la demande d'évaluation du niveau de dépendance. En outre, une section comparative entre le Japon et la France est présentée en annexe.

Cette étude souligne deux éléments qui viennent réduire la probabilité d'effectuer une demande d'aide : les normes culturelles japonaises et les très faibles revenus. Concernant les normes

culturelles, trois cas réduisent la probabilité d'effectuer les démarches : i) cohabiter avec sa belle-fille, ii) cohabiter avec une de ses filles non-mariées et iii) habiter dans la même ville qu'une de ses filles. En effet, culturellement il est attendu des femmes japonaises, et notamment des belles-filles, qu'elles soutiennent les parents, d'où une certaine réticence (des parents ou des femmes) à faire appel aux institutions publiques.

Par ailleurs, les personnes aux très faibles revenus peuvent renoncer aux aides en raison des coûts financiers liés aux restes à charge. Les démarches n'engendrent aucun coût financier direct mais l'assurance dépendance fixe un taux de reste à charge de 10% quel que soit le niveau de revenu. Même si le système japonais prévoit des aides complémentaires pour les personnes les plus démunies, il existe des freins à la demande. D'une part les personnes doivent en être informées, d'autre part, ces aides nécessitent des démarches supplémentaires qui sont davantage stigmatisantes. Ainsi, ces personnes peuvent être amenées à s'exclure elles-mêmes du système. Globalement, le Japon semble avoir surmonté le problème de la stigmatisation associée aux aides publiques, mais une attention particulière devrait être apportée aux personnes les plus démunies.

Chapitre 4

Depuis plusieurs décennies, la majorité des pays mène des politiques dans l'optique de promouvoir l'aide à domicile par rapport à l'aide en établissement. Le Japon illustre l'exemple d'un pays où cette volonté est particulièrement marquée : l'aide à domicile y est particulièrement développée au détriment de l'aide en établissement. Cependant, inciter les personnes âgées à rester plus longtemps à domicile comporte le risque d'accroître la charge laissée à la famille et plus particulièrement aux filles. Ce contexte soulève naturellement la question de l'impact de l'aide informelle apportée par les femmes à leur parents dépendant sur leur participation au marché du travail. Lors de la mise en place de l'Assurance dépendance, le gouvernement japonais avait affiché sa volonté de soulager les enfants, notamment les filles, afin de leur permettre de continuer à travailler. Ce chapitre analyse les conséquences potentielles de la prise en charge d'un parent dépendant sur l'emploi des femmes, dix ans après la réforme.

L'étude distingue deux populations : i) les femmes cohabitant avec leurs parents ou beaux-parents, et ii) les femmes ne cohabitant avec aucun parent. Rappelons que le Japon est un pays où les familles multi-générationnelles sont encore fortement présentes par rapport à d'autres pays développés. Mais il est également indéniable que cette coutume tend à décliner rapidement.

Dans un premier temps, ce chapitre analyse l'effet de l'aide sur l'emploi avec la méthode probit binomial sous l'hypothèse que ces deux variables sont exogènes. Nous soupçonnons toutefois que l'aide est endogène à l'emploi. Ainsi, dans une seconde étape, nous utilisons la méthode des variables instrumentales afin de corriger cette endogénéité potentielle.

Les résultats montrent des effets différents entre les deux populations : l'aide apportée par les aidants cohabitants affecte négativement et significativement l'emploi des femmes, tandis que l'aide apportée par les non-corésidentes semble sans effet. Ces résultats suggèrent un échec du moins partiel de la politique menée au Japon afin de soulager les femmes aidantes. Deux causes peuvent être avancées : soit l'aide publique ne serait pas suffisante pour soulager les aidants informels, soit les familles multigénérationnelles seraient moins susceptibles de bénéficier des aides.

Bibliographie

- Bureau, V. D., Theobald, H., et Blank, R. H. (2007). *Governing home care : A cross-national comparison*. Edward Elgar Publishing.
- Catherin-Quivet, A. (2006). Évolution de la population âgée en institution et politiques mises en œuvre (1962-2004). In *Annales de démographie historique*, volume 110, pages 185–219. Belin.
- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., et Tjadens, F. (2011). *OECD Health Policy Studies Help Wanted ? Providing and Paying for Long-Term Care : Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Publishing.
- Currie, J. (2004). The take up of social benefits. w10488, National Bureau of Economic Research.
- Dos Santos, S. et Makdessi, Y. (2010). Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées. *Études et résultats*, (718).
- Duée, M. et Rebillard, C. (2006). La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. *INSEE*, pages 613–619.
- Ennuyer, B. (2007). 1962-2007 : regards sur les politiques du «maintien à domicile». *Gérontologie et société*, 123(4) :153–167.
- Fontaine, R. (2010). Aider un parent âgé se fait-il au détriment de l'emploi ? *Retraite et société*, (2) :31–61.
- Fontaine, R. (2012). The effect of public subsidies for formal care on the care provision for disabled elderly people in France. *Économie publique/Public economics*, (28-29) :271–304.
- Fragonard, B. (2011). Stratégie pour la gouvernance de la dépendance des personnes âgées—rapport du groupe n 4 sur la prise en charge de la dépendance. *Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale*.
- Martin, C. (2006). Prendre soin des personnes âgées dépendantes : le défi européen et le modèle français. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 32(3) :495–509.

- Mor, V., Leone, T., et Maresso, A. (2014). *Regulating Long-term Care Quality : An International Comparison*. Cambridge University Press.
- OECD (2005). Long-term Care for Older People. *OECD Publishing*.
- Palier, B. (2005). *Gouverner la sécurité sociale*. Presses Universitaires de France.
- Pinville, M. (2014). Rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. *Assemblée nationale*, 2155.
- Remler, D. K., Rachlin, J. E., et Glied, S. A. (2001). What can the take-up of other programs teach us about how to improve take-up of health insurance programs? W8185, National Bureau of Economic Research.
- Rosso-Debord, V. (2010). Rapport d'information sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. *Assemblée nationale*, 2647.
- Sirugue, C. (2012). Rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi portant création du contrat de génération. *Assemblée nationale*, 570.

Chapitre 1

Prise en charge de la dépendance : analyse des choix politiques

Résumé

Cet article étudie les systèmes de prise en charge des personnes âgées dépendantes au Japon et en France en s'appuyant sur l'analyse comparative. Il ambitionne de répondre à deux principales questions. Premièrement, en quoi la prise en charge publique au Japon se différencie-t-elle de celle mise en œuvre en France ? Deuxièmement, pourquoi deux pays confrontés à des problématiques apparemment similaires adoptent-ils des solutions aussi divergentes ? L'étude montre que le Japon a adopté un système qui apparaît comme un exemple d'idéal-type relevant du système assurantiel, tandis que la France a mis en place plusieurs dispositifs suivant des logiques différentes. Confronté à une évolution particulièrement rapide du vieillissement de la population et à un manque d'aide publique initiale, le Japon a mené une réforme d'ensemble particulièrement importante. La France a, quant à elle, mené des politiques d'aide à la dépendance de manière incrémentale avec toujours un double objectif de créer des emplois en complément d'une prise en charge de la perte d'autonomie.

1.1 Introduction

Face au vieillissement de la population et à la croissance importante des personnes de 80 ans et plus, les pays de l'OCDE ont graduellement augmenté leurs efforts publics en faveur des personnes âgées dépendantes, notamment pour renforcer le maintien à domicile. La dépendance définie comme le besoin d'aide pour effectuer certains actes essentiels de la vie quotidienne (se déplacer chez soi, se laver, s'habiller, manger et accomplir ses tâches ménagères) progresse avec l'âge et augmente particulièrement à partir de 80 ans (Duée et Rebillard, 2006). En 2007, ces pays dépensaient entre 0,1% (Portugal) et 3,5% (Suède) du PIB à la prise en charge des personnes âgées dépendantes avec une moyenne de 1,3% (Colombo *et al.*, 2011). Confrontés à des situations similaires, ces pays apportent pourtant des réponses très variées (Colombo *et al.*, 2011; Bureau *et al.*, 2007). Les systèmes de prise en charge divergent de manière importante dans leur organisation mais également au niveau des critères d'accès, de la définition du montant des services, de la nature des prestations, du financement et de la gestion. D'une part ces différences soulèvent des interrogations concernant leurs causes, d'autre part elles constituent des éléments pour approfondir la compréhension des mécanismes des systèmes de protection (Palier, 2005).

A cet égard, l'exemple japonais constitue un cas intéressant pour la France. Premièrement, le Japon est depuis le début des années 2000 le pays où le vieillissement est le plus avancé. En 2010, la part des personnes âgées de 80 ans et plus avait atteint 6,3% de la population totale contre 5,4% en France. Deuxièmement, le Japon a adopté en 2000 un système unique assurantiel de prise en charge de la dépendance, un système très différent de celui de la France qui s'appuie, elle, sur une combinaison de dispositifs. Finalement, le nombre d'études comparant les pays européens est croissant, mais il existe peu de travaux comparant la France avec le Japon.

Cet article étudie les systèmes de prise en charge des personnes âgées dépendantes au Japon et en France en s'appuyant sur l'analyse comparative. Il ambitionne de répondre à deux principales questions. Premièrement, en quoi la prise en charge publique au Japon se différencie-t-elle de celle mise en œuvre en France ? Deuxièmement, pourquoi deux pays confrontés à des problématiques apparemment similaires adoptent-ils des solutions aussi divergentes ?

Il existe deux manières de prendre en charge la dépendance : l'aide au maintien à domicile et l'aide en établissement spécialisé. Initialement les politiques publiques destinées aux personnes âgées dépendantes concernaient principalement la prise en charge en établissement mais les politiques récentes visent davantage à prolonger le maintien à domicile (Martin, 2006). Par conséquent, cette étude analyse principalement les politiques d'aide à domicile.

Globalement, le Japon et la France semblent mener des efforts publics en faveur des personnes âgées dépendantes d'une ampleur équivalente. Les dépenses publiques totales liées à la dépendance (en institution et à domicile) représentent environ 62 Md euros au Japon¹ (soit 1,6% du PIB) et près de 24 Md euros en France (soit 1,2% du PIB) en 2010 (Fragonard, 2011). Par tête², ces dépenses s'élevaient à environ 2 300 euros pour la France et 2 200 euros pour le Japon. En revanche, le poids accordé à l'aide à domicile semble plus important au Japon qu'en France. Selon les données de l'OCDE, 3% des japonais âgés de 65 ans et plus étaient en établissements spécialisés en 2006 tandis que 10% bénéficiaient d'aide à domicile ; en France en 2002 l'aide en établissement concernait 6% des personnes âgées de 65 ans et plus, l'aide à domicile, 3,5% (OCDE, 2009). L'étude des dépenses des principaux dispositifs d'aide à la dépendance, à savoir l'assurance dépendance pour le Japon et l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (Apa) et les Services de Soins à Domicile (Ssiad) pour la France, confirme cette différence entre les répartitions : au Japon, 60% des dépenses en 2009 concernaient l'aide à domicile contre 33% en France³. Ainsi, les deux pays apportent autant d'aide publique à la dépendance, mais le Japon attribue une aide plus importante au maintien à domicile.

L'article se compose en deux parties : la première présente et compare les systèmes actuels⁴ d'aide au maintien à domicile mis en œuvre au Japon et en France ; la seconde retrace l'histoire de l'évolution des politiques de protection sociale afin d'analyser les raisons possibles de ces

1. Les données japonaises proviennent du site du Ministère de la santé, du travail et des affaires sociales du Japon (MHLW). Ce montant inclut le coût total de l'assurance dépendance ainsi que celui de l'aide sociale *Seikatsu Hogo* destinée aux personnes âgées dépendantes les plus démunies.

2. personne âgée de 65 ans et plus

3. Ces données proviennent du site du MHLW pour le Japon et de la DREES pour la France

4. L'étude a été menée entre 2011 et 2012

divergences.

Il existe plusieurs manières d'organiser le système d'aide au maintien à domicile des personnes dépendantes : les pays peuvent procurer une couverture universelle de la dépendance au titre d'un programme unique, s'appuyer sur une combinaison de dispositifs ou mettre en place un système d'aide sous condition de ressources (Colombo *et al.*, 2011). Le Japon a adopté en 2000 un système unique de prise en charge de la dépendance à travers la mise en place d'une assurance nationale obligatoire. La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France s'appuie quant à elle sur plusieurs dispositifs dont les principaux sont l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (Apa) et les Services de Soins à Domicile (Ssiad).

L'assurance dépendance japonaise apparaît comme un exemple d'idéal-type relevant du système assurantiel. Toutes les personnes âgées de 40 ans et plus cotisent auprès de l'assurance et bénéficient des mêmes droits : l'accès à l'aide et le montant de l'aide sont déterminés selon des critères objectifs prédéfinis. Par ailleurs, cette assurance ne couvre que des services spécifiquement dédiés fournis par des prestataires privés ou publics. Le système est ainsi conçu de manière à favoriser le développement de services spécifiques aux personnes âgées dépendantes.

En France, l'Apa et les Ssiad suivent des logiques différentes et rendent le système français plus complexe à appréhender. Mais dans les deux cas, les plans d'aide sont prescrits en fonction de l'appréciation des évaluateurs, et non uniquement selon des critères d'objectifs définis au préalable. Les caractéristiques de l'Apa traduisent, de même qu'au Japon, la volonté des autorités publiques de développer un marché de l'aide à domicile : l'Apa ne peut servir qu'à financer des prestations contenues dans un plan d'aide. Mais la France semble viser le développement des services d'aides à domicile de manière plus générale sans cibler uniquement les services dédiés aux personnes âgées dépendantes.

Ces divergences entre les deux pays peuvent s'expliquer en partie par un contexte national différent : chaque pays est en réalité confronté à des contextes démographique, socio-économique

et historique spécifiques induisant des défis et des priorités dissemblables. La protection sociale d'un pays tend à se développer de manière importante lorsque la part des 65 ans et plus dépasse un certain seuil. La conjoncture économique au moment de ce développement détermine certains traits de la protection sociale qui peuvent influencer la nature des politiques futures. Le besoin d'un système d'aide spécifiquement destinée aux personnes âgées dépendantes est apparue de manière plus récente avec la croissance de la population des 80 ans et plus. L'ampleur et les particularités des politiques menées pour l'autonomie dépendent ainsi du rythme de l'évolution démographique, de la conjoncture économique mais également de l'héritage des choix passés. Une politique ne peut donc être réellement appréhendée que dans un contexte plus général.

Les politiques d'aide destinées aux personnes âgées dépendantes en établissement et à domicile sont restées particulièrement limitées au Japon jusqu'à la fin des années 1980. Au milieu du XX^e siècle, la population japonaise était encore jeune. Les bases de la protection sociale ont été développées durant les trois décennies suivant la Seconde Guerre Mondiale, mais les dépenses en termes de pourcentage de PIB sont restées très limitées. La protection sociale a réellement commencé à se développer à partir de 1973, à la période où la part des 65 ans et plus a dépassé le seuil de 7%. Seulement cette période est également marquée par un ralentissement économique et les autorités publiques japonaises restreignent les initiatives pour améliorer la protection sociale. Le Japon est donc globalement caractérisé par une plus faible générosité de l'État. Des dispositifs destinés aux personnes âgées sont mis en place dès le milieu du 20^{ème} siècle, mais ils restent limités aux plus démunis. Dans les années 1990, lorsque le pays élabore la politique d'assurance dépendance, le pays est confronté à un vieillissement de la population particulièrement avancé mais également à une augmentation rapide des dépenses de santé engendrée notamment par un manque de politique de la dépendance. L'Archipel mène finalement une réforme d'ensemble importante en avril 2000. Selon Masuda (2003), la mise en place de l'assurance dépendance en 2000 constitue la plus grande réforme politique japonaise depuis la mise en place du système de retraite en 1955. Officiellement, le gouvernement japonais a affiché la volonté de *socialiser* l'aide à la dépendance, c'est-à-dire transférer la responsabilité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes de la sphère privée à la sphère publique, pour i)

soulager les familles et améliorer le taux d'emploi des femmes, et ii) améliorer la qualité de la prise en charge à travers la professionnalisation de l'aide. Mais les réelles motivations semblent surtout venir de considérations budgétaires. Améliorer les services d'aides à domicile devait permettre de retarder l'entrée en établissement et optimiser les dépenses de santé (réduction de l'hospitalisation sociale). Le système japonais a été organisé autour de l'idée que la rationalisation des coûts n'était possible qu'à travers le développement important de services à domicile. Les autorités japonaises ont privilégié le maintien à domicile à la prise en charge en établissement. A travers la mise en place de l'assurance dépendance, le Japon avait comme ambition de développer des services spécifiquement et uniquement destinés aux personnes âgées dépendantes.

En France, le vieillissement de la population était déjà avancé en 1945. Les incitations à développer une protection sociale sont apparues plus rapidement qu'au Japon. La mutualisation des grands risques s'est donc développée dès les Trente Glorieuses et le système est globalement plus généreux. Accompagnant la courbe de croissance des personnes de 80 ans et plus, l'effort destiné aux personnes âgées dépendantes augmente progressivement dès les années 1970. Mais l'élan en faveur des politiques d'aide au maintien à domicile est freiné suite à la montée du chômage à partir de 1974 (Ennuyer, 2007). Des politiques importantes de prise en charge de la dépendance apparaissent à partir de la seconde moitié des années 1990 avec la mise en place de la Prestation Spécifique Dépendance (PSD). Ces politiques s'inscrivent dans un contexte différent de celui du Japon. Premièrement, la France n'est pas confrontée à une situation d'absence quasi totale d'aide destinée aux personnes âgées dépendantes. En effet, entre 1975 et 1995, la France met en œuvre des politiques de prise en charge de la dépendance, même si nombre d'entre elles sont également motivées par la création d'emplois. Deuxièmement, malgré un niveau élevé de la part des personnes âgées dans la population, le rythme de vieillissement en France est bien plus faible qu'au Japon. Finalement, la France connaît un taux de chômage particulièrement important qui constitue un enjeu politique majeur. La France n'a pas conduit de réforme d'ensemble autour d'un objectif clair comme au Japon, mais a plutôt défini et mis en œuvre de manière incrémentale, différents dispositifs avec souvent des considérations de créations d'emplois.

L'article débute par une description générale des dispositifs actuellement en œuvre au Japon et en France (section 1.2). La deuxième section étudie les différences entre les deux pays à travers l'analyse de cinq dimensions qui caractérisent tout dispositif de protection sociale (section 1.3). Finalement, les deux dernières présentent le développement de la protection sociale depuis 1945 (section 1.4) et le développement historique des dispositifs d'aide pour les personnes âgées dépendantes (section 1.5).

1.2 La prise en charge de la dépendance aujourd'hui⁵

L'OCDE identifie trois manières d'assurer l'aide aux personnes âgées dépendantes (Colombo *et al.*, 2011) : procurer une couverture universelle de la dépendance au titre d'un programme unique ; assurer le risque lié à la dépendance par une combinaison de dispositifs et mécanismes sans système unique pour la dépendance ; et mettre en place un système d'aide sous condition de ressources faisant office de filet de sécurité pour les dépenses de dépendance.

La couverture universelle au titre du programme unique permet de garantir un large accès aux services de prise en charge. La mise en place d'un tel système est indépendant du choix du mode de financement, il peut être financé par les impôts, par cotisations ou par la combinaison des deux. Dans le cas où les pays s'appuient sur plusieurs dispositifs, le niveau de couverture, le reste à charge (le montant de copaiement laissé à la charge de l'utilisateur) et les prestations diffèrent non seulement entre les pays mais également entre les dispositifs. Cette division du système complique l'analyse du système de prise en charge de la dépendance dans sa globalité (logique et cohérence de prise en charge, quantification des bénéficiaires par rapport aux coûts). La troisième catégorie de système, qui est le système sous conditions de ressources, limite l'accès des services aux plus démunis et permet de limiter les coûts.

5. Cette étude ayant été menée entre 2011 et 2012, l'article décrit la politique de prise en charge en 2011-2012. Les réformes plus récentes ne sont donc pas prises en compte. Au Japon, l'Assurance Dépendance peut être modifiée tous les 3 ans. Les évolutions présentées en 2012 ne sont en revanche pas venues modifier le fonctionnement général qui reste donc le même. En France, une nouvelle contribution a été mise en œuvre en avril 2013. Par ailleurs, un projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement a été adopté pour être mis en vigueur courant 2015.

Dans leur rapport, Colombo *et al.* (2011) classent le Japon parmi les pays assurant une couverture universelle de dépendance au titre d'un programme unique et la France parmi les pays qui s'appuient sur plusieurs dispositifs.

1.2.1 Le Japon : un système unique de prise en charge

Depuis l'adoption de l'assurance dépendance obligatoire en avril 2000, le Japon apporte les aides à la dépendance dans le cadre d'un système unique. Toutes les personnes âgées de 40 ans et plus cotisent de manière mensuelle auprès de l'assurance. En contrepartie, une personne identifiée comme étant dépendante lors d'une évaluation spécifique a accès aux services éligibles à l'assurance. Le niveau des prestations attribuées (ou plus exactement accessibles à 10% des tarifs) est déterminé en fonction du niveau de dépendance. Dans la limite des droits octroyés, l'assuré peut librement combiner les services dont il souhaite bénéficier en participant à hauteur de 10% du coût du service. Chaque assuré cotise selon ses moyens alors que les droits sont octroyés selon le niveau de dépendance. Ainsi l'assurance dépendance japonaise est à la base un système universel, sans condition de ressources et sans mécanisme de progressivité.

Outre le dispositif standard accessible à tous, des dispositifs complémentaires d'aides destinés uniquement aux personnes ayant de faibles revenus sont également prévus. Certains sont prévus dans le cadre de l'assurance et d'autres dans le cadre d'une aide sociale. Mais les dépenses liées à ces dispositifs restent limitées par rapport à celles correspondant au dispositif standard de l'assurance dépendance. Les dispositifs représentant un poids trop faible ne sont pas présentés (notamment les initiatives spécifiques prises par les gouvernements locaux).

Dans le cadre de l'assurance dépendance, un premier dispositif plafonne le reste à charge des frais de dépendance en fonction du niveau de revenu. Les usagers sont généralement tenus de participer à hauteur de 10% du prix des prestations. Mais dans le cas où la somme des copaiements excède le plafond défini selon les revenus, l'utilisateur peut être remboursé de la différence entre ce qu'il a versé et le plafond. Le plafonnement fixé de manière mensuelle peut être individuel ou à l'échelle du ménage. Cette aide permet notamment de limiter des frais trop importants pour

les ménages composés de plusieurs personnes âgées dépendantes. Un second dispositif définit un plafond annuel par personne de la somme des restes à charge de l'assurance dépendance et de l'assurance santé. Ce plafond varie selon les revenus et l'âge de l'individu. Dans les deux cas, les personnes faisant face à un reste à charge supérieur au plafond peuvent effectuer une demande pour obtenir le remboursement de la différence. Ces aides ne sont pas octroyées automatiquement mais uniquement à la demande des bénéficiaires. Ils représentaient environ 2% des dépenses de l'assurance dépendance en 2010⁶.

En dehors de l'assurance dépendance, un système d'aide sociale *Seikatsu Hogo* apporte également des aides aux plus démunis. Ceux qui en bénéficient sont exonérés du reste à charge et des cotisations de l'assurance dépendance. Ainsi, il pourrait être tentant de classer le système de prise en charge de la dépendance comme un système s'appuyant sur plusieurs programmes. Mais le *Seikatsu Hogo* est en réalité un programme d'assistance sociale pour les plus démunis, instauré pour répondre aux principes de l'article 25 de la Constitution qui dispose que le gouvernement japonais se doit d'assurer une condition de vie minimale à tous les citoyens. Le *Seikatsu Hogo* est constitué de huit volets⁷ et l'aide pour réduire les frais liés à l'assurance dépendance ne constitue qu'un d'entre eux. Celui-ci peut donc davantage être considéré comme un filet de sécurité pour les plus démunis et non comme un programme destiné à la dépendance. Les dépenses de ce dispositif (volet dépendance) représentaient l'équivalent de 0,85% des dépenses de l'assurance dépendance en 2010 et concernaient 4,5%⁸ des personnes certifiées dépendantes.

La prise en charge de la dépendance s'organise ainsi quasi uniquement autour de l'assurance dépendance obligatoire instaurée en 2000. Celle-ci comprend plusieurs dispositifs (modalités) : le dispositif standard accessible à tous et des dispositifs complémentaires d'aides qui appliquent des critères de revenus mais qui ne concernent en réalité qu'une faible part des personnes âgées dépendantes.

6. mhlw.go.jp

7. "Condition de vie", "éducation", "logement", "santé", "dépendance", "accouchement", "profession" et "enterrement" (Kato *et al.*, 2009)

8. Nombre de bénéficiaires et dépenses du *Seikatsu Hogo* sont disponibles sur <http://www.ipss.go.jp>; nombre des personnes dépendantes est disponible sur mhlw.go.jp

1.2.2 France : la prise en charge à travers plusieurs dispositifs

En France, la prise en charge des personnes âgées dépendantes s'organise autour de plusieurs dispositifs. L'effort public pour le maintien à domicile des personnes âgées repose principalement sur l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa), les Services de Soins Infirmiers à Domicile (Ssiad), les dépenses d'action sociale des collectivités locales, l'action sociale des caisses de retraite, les exonérations de cotisations sociales prévues pour les personnes âgées dépendantes pour les emplois à domicile et plusieurs dépenses fiscales (Fragonard, 2011)⁹. Mais avec des dépenses en 2010 de 3,2 Md euros pour l'Apa (à domicile uniquement) et 1,3 Md euros pour les Ssiad, ces deux dispositifs constituent les principales aides publiques en faveur de la dépendance à domicile¹⁰.

L'Apa finance tout ou partie d'un plan d'aide proposé par l'équipe médico-sociale du Conseil général en fonction des besoins d'une personne âgée dépendante, dans la limite du plafond fixé par le niveau de dépendance. Le Groupes iso-ressources (Gir) désigne différents niveaux de perte d'autonomie : le Gir 6 regroupe les personnes autonomes et le Gir 1 les personnes les plus lourdement touchées par la dépendance, c'est-à-dire *les personnes confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants* (Makdessi et Eghbal-Téhérani, 2011). L'Apa est réservée aux personnes classées en groupes iso-ressources (Gir) 1 à 4. L'accès à cette allocation n'est soumis à aucune condition de ressources, mais le ticket modérateur dépend des revenus. Il peut varier de 0 à 90% du coût de la prestation et il était en moyenne de 21 à 24% (selon les niveaux de dépendance) en 2007 (Vasselle, 2008).

Lorsque la perte d'autonomie est accompagnée de problèmes de santé nécessitant une intervention infirmière, une personne dépendante peut également bénéficier des soins des Ssiad ou

9. La notion de la dépendance ne présentant pas de frontière étanche avec les autres risques de la protection sociale, le choix des dispositifs à prendre en compte dans l'analyse peut poser problème. Contrairement au rapport Fragonard, les soins de ville et d'hospitalisation n'ont pas été pris en compte dans cet article, étant donné qu'ils seraient considérés comme des dépenses de santé dans le cadre japonais. Nous avons en revanche rajouté le Ssiad.

10. Ces deux dépenses concernent des aides à domiciles directement allouées. Les données proviennent du rapport Fragonard (2011) et des comptes nationaux de la santé (Drees, 2012).

des services polyvalents d'aides et de soins à domicile (Spasad¹¹). Les Ssiad sont des services médico-sociaux qui, sous prescription du médecin, apportent à domicile des prestations de soins infirmiers et d'hygiène générale aux personnes âgées de 60 ans ou plus et aux adultes de tout âge présentant un handicap ou atteints d'une maladie chronique (Chevreul *et al.*, 2009).

Parallèlement à l'Apa et au Ssiad, d'autres dispositifs permettent de procurer de l'aide. Ils peuvent être complémentaires ou visent à protéger ceux qui ne peuvent accéder à l'Apa¹².

Premièrement, les actions sociales des collectivités locales, constituées d'aides des départements (hors Apa) et d'actions financées par les communes, apportent des aides notamment pour les personnes âgées dont le niveau de dépendance n'est pas suffisant pour une prise en charge de l'Apa (Gir 5 ou 6). Ces aides sont essentiellement constituées d'aides ménagères et de portage de repas mais la nature et le chiffrage des actions financées par les communes sont assez mal connus.

Deuxièmement, certaines caisses de retraite proposent également de financer des aides ménagères ou des actions préventives destinées aux personnes âgées de 60 ans et plus classées en Gir 5 et 6. Les modalités et la participation financière demandée aux bénéficiaires varient d'une caisse à l'autre.

Troisièmement, il existe des mesures d'exonérations de cotisations patronales de Sécurité Sociale pour les employeurs fragiles et les prestataires intervenant auprès des personnes fragiles. Ici, les personnes fragiles désignent *les personnes de plus de 70 ans ou plus de 60 ans et vivant seules ayant une perte d'autonomie ouvrant droit à l'Apa, ou les personnes ayant un enfant handicapé* (Kergueris, 2010).

Finalement, la réduction d'impôt permet de défiscaliser 50% des sommes déclarées pour l'emploi de personnel à domicile. Cette mesure n'est pas uniquement destinée aux personnes âgées

11. Les Spasad ne constituaient que 2% des services de soins infirmiers à domicile en 2008 (Bertrand, 2010). Dans la suite du texte, le terme Ssiad est utilisé pour désigner l'ensemble des services.

12. De même que pour le Japon, nous présentons, non pas tous les dispositifs existants, mais les principaux en termes de poids financier. Pour une liste plus exhaustive des dépenses, voir le rapport de Vasselle (2008) ou Fragonard (2011).

dépendantes, mais le montant des exonérations est plus important pour les foyers avec des enfants, des enfants handicapés ou des personnes âgées de plus de 65 ans (Kergueris, 2010). Le plafond des dépenses est à la base de 12 000 euros par an et par ménage, mais il est majoré de 1 500 euros pour chaque personne de plus de 65 ans (jusqu'à deux personnes maximum). En d'autres termes, une personne âgée de 65 ans et plus peut bénéficier jusqu'à 6 750 euros de réduction d'impôt par an. Elle s'élève à 7 500 euros pour le cas d'un couple¹³.

En 2010, les dépenses des dispositifs présentés ci-dessus s'élevaient à 6,67 Md euros. Les principaux dispositifs qui sont l'Apa et les Ssiad représentaient respectivement 48% et 20% de ces dépenses. Par ailleurs, les exonérations de cotisations fiscales représentaient 15%, les aides des caisses de retraite 10%, et les dépenses fiscales et locales 4% chacune (Fragonard, 2011).

1.3 Comparaison à travers cinq dimensions

Cette section vise à saisir les points de divergences et de similitudes entre les systèmes actuels de prise en charge de la dépendance japonais et français à travers l'analyse comparative de cinq dimensions qui caractérisent tout dispositif de protection sociale (Palier, 2005)¹⁴. Ces dimensions permettent de répondre aux questions fondamentales sur la nature de tout système de protection sociale : Qui bénéficie de la prestation ? Quel est le niveau de la prestation ? Quelle est la nature de la prestation ? Comment le dispositif est-il financé ? Comment est-il géré ? Dans cette section, l'analyse est effectuée non pas sur la totalité des dispositifs mais sur le dispositif standard de l'Assurance dépendance, l'Apa et les Ssiad.

Selon Campbell et Ikegami (2002), il existe deux idéaux-types de systèmes de prise en charge de la dépendance : le système de type assistantiel et le système de type assurantiel. Le premier s'organise comme un système d'aide sociale financé par impôt. Les demandes sont gérées par

13. Seules les dépenses effectivement supportées par les contribuables sont concernées par la mesure, ainsi les allocations personnalisées d'autonomie en sont exclues (Kergueris, 2010)

14. Palier (2005) distingue quatre dimensions caractérisant tout dispositif de protection sociale : "critère d'accès", "nature de la prestation", "source de financement", "gestion et organisation". Dans cet article, nous en avons distingué cinq en rajoutant la dimension "critère de définition du montant des services".

une agence locale (gouvernement local) et les besoins et prestations sont définis par un agent social. Les services sont généralement fournis par un prestataire en situation de monopole. Le prestataire peut être une entité publique ou un organisme privé sous contrat. Finalement, les critères d'accès relativement flexibles peuvent prendre en compte en plus du niveau de dépendance, le niveau de revenus et la situation familiale (capacité de l'entourage à apporter de l'aide). Le système de type assurantiel est quant à lui financé par cotisation. L'accès et le montant des prestations sont définis sur des critères objectifs de dépendance et ne tiennent compte ni des revenus, ni du contexte familial. Les services et les fournisseurs sont généralement choisis par les usagers qui bénéficient de l'aide en espèce ou plus précisément sous forme de remboursement ou de co-paiement. Le système de type assurantiel peut se développer progressivement dans le cadre d'un système de santé ou être mis en place de manière totalement indépendante.

Les auteurs soulignent que la principale différence entre les deux systèmes réside dans la manière dont les prestations sont octroyées. Dans le cas d'un système de type assurantiel, les droits individuels des bénéficiaires sont préalablement définis par des critères objectifs et rigides, tandis que dans le cadre d'un système assistantiel, la quantité d'aide est prescrite au cas par cas par un assistant social ou un professionnel médical de manière donc plus flexible.

Dans la réalité aucun système ne correspond à un idéal-type dans sa stricte définition. Les systèmes sont généralement hybrides, combinant des caractéristiques des deux idéaux-types, mais les auteurs font remarquer que ces systèmes tendent généralement à regrouper des spécificités de l'un ou de l'autre des idéaux-types. D'ailleurs, un pays peut opter pour un système unique ou combiner des systèmes suivant des logiques différentes.

Le Japon illustre le cas d'un pays ayant adopté un système de type assurantiel pour la prise en charge de la dépendance. Malgré un système de financement hybride, le système de prise en charge de la dépendance au Japon correspond quasi-parfaitement au système de type assurantiel aussi bien dans les critères d'accès que dans l'organisation et la gestion des prestations.

La prise en charge de la dépendance en France comporte en revanche plusieurs dispositifs qui ne suivent pas nécessairement la même logique. Les principaux dispositifs, à savoir l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie (Apa) et les Services de Soins Infirmiers à Domiciles (Ssiad) combinent également des caractéristiques des deux idéaux-types. Une classification du système français est ainsi difficile à établir. Toutefois, lorsqu'on se réfère au principal élément de différence entre les deux systèmes, c'est-à-dire la manière dont les prestations sont octroyées (droit ou prescription), l'Apa et les Ssiad apparaissent davantage comme appartenant au système de type assistantiel.

1.3.1 Critères d'accès

Les systèmes de prise en charge de la dépendance ciblent généralement les personnes ayant besoin d'aide pour mener une vie décente, mais la définition du besoin n'est pas la même selon les pays : certains prennent en compte la présence d'aidants proches dans l'estimation du besoin, d'autres ne s'intéressent qu'aux incapacités physiques. Les critères de revenus, fréquents dans les systèmes de type assistantiel, sont souvent absents dans les systèmes assurantiels. Finalement, certains pays ajoutent des critères d'âge, généralement fixés à 60 ou 65 ans et plus. La mise en place d'un tel critère n'exclut pas la prise en charge des plus jeunes en perte d'autonomie, mais elle s'organise dans un cadre différent, notamment dans celui du handicap.

Dans le cadre de l'assurance dépendance au Japon, l'accès aux prestations dépend uniquement de l'âge et du niveau de dépendance. L'évaluation du niveau de dépendance s'appuie sur un questionnaire unique pour tout le pays constitué de 74 éléments. L'assurance japonaise distingue deux niveaux de prévention et cinq niveaux de dépendance : les niveaux en prévention 1 et 2, puis les niveaux en dépendance 1 à 5¹⁵ (Table 1.1). Les personnes autonomes ne sont pas classées. Les termes utilisés au Japon *Yôshienshya* et *Yôkaigoshya* signifient littéralement *personnes ayant besoin de soutien et personnes ayant besoin de soin (Care)*. Les personnes en prévention ne sont pas considérées comme des personnes véritablement dépendantes mais comme

15. Les termes en prévention et en dépendance retenus ici sont les mêmes que ceux utilisés dans le rapport du Conseil d'Analyse Stratégique (Gimbert et Malochet, 2011).

des personnes âgées ayant besoin de soutien pour certaines tâches de la vie quotidienne et pour lesquelles des activités préventives pourraient ralentir la perte d'autonomie.

Toutes les personnes âgées de 65 ans et plus identifiées comme étant dépendantes ont accès aux prestations sans qu'aucune condition de ressources ou que la présence d'aidants informels n'interviennent. Lorsque les causes de la perte d'autonomie sont liées à certaines catégories de maladies¹⁶, les prestations peuvent également être octroyées aux personnes âgées de 40 à 64 ans. Les aides complémentaires destinées aux personnes ayant de faibles revenus, qui permettent de réduire le taux de reste à charge ou les frais de logement, sont en revanche soumises aux conditions de ressources. Mais comme il a été souligné plus haut, ces dispositifs ne concernent qu'une part particulièrement limitée des dépenses de dépendance au Japon.

En France, l'Apa octroie des prestations aux personnes âgées de 60 ans et plus qui ont besoin d'être aidées pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requièrent une surveillance régulière¹⁷. L'évaluation du besoin d'aide s'appuie sur la grille Aggir comportant dix éléments et qui classe les personnes en six groupes (Gir 1 à Gir 6) en fonction de leur niveau d'autonomie (Table 1.2). L'Apa est accessible aux personnes dont le niveau de dépendance est défini du Gir 1 au Gir 4. Ainsi, de même que pour l'assurance dépendance japonaise, l'Apa détermine l'accès ou non aux prestations uniquement en fonction de l'âge et du niveau de la perte d'autonomie. Néanmoins, le critère d'âge fixé à 60 ans est moins élevé que pour le Japon.

Les Ssiad apportent des soins infirmiers, des soins d'hygiène générale et des aides à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne sur prescription du médecin. Initialement destinées aux personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes, les Ssiad sont depuis 2004 également accessibles aux adultes âgés de moins de 60 ans présentant un handicap ou at-

16. Cancer en phase terminale; rhumatisme articulaire; sclérose latérale amyotrophique; ossification du ligament longitudinal du postérieur; ostéoporose avec fracture; démence prématuroe; paralysie supranucléaire progressive; dégénérescence cortico-basale; maladie de Parkinson; dégénérescence spinocérébelleuse; sténoses du canal rachidien; progéria; atrophie multi-systématisée; neuropathie diabétique; néphropathie diabétique; rétinopathie diabétique; maladie cérébrovasculaire; artérioscléroses oblitérantes; maladies pulmonaires obstructives chroniques; arthrose avec déformation de l'articulation du genou ou de la hanche.

17. Les conditions d'accès à l'Apa sont données dans le code de l'action sociale et des familles - Art. R232-1 et Art. R232-3

TABLE 1.1 – Les différents niveaux de dépendance au Japon

Niveau	Situation
Prévention 1	Ralentissement de certaines fonctionnalités vitales. Possibilité d'améliorer la situation à travers des services de Préventions.
Prévention 2	Détérioration notoire de certaines fonctionnalités. Possibilité d'améliorer la situation à travers des services de Préventions.
Dépendant 1	Instabilité pour se lever et marcher. Nécessite une assistance partielle pour le bain, la toilette etc.
Dépendant 2	Instabilité pour se lever, marcher et autres. Nécessite une assistance partielle ou totale pour le bain, la toilette etc.
Dépendant 3	Difficulté pour se lever, marcher sans assistance. Nécessite une aide totale pour le bain, les toilettes, s'habiller etc.
Dépendant 4	Ne peut à peine se lever, marcher, etc. Nécessite une aide complète pour les activités de la vie quotidienne telles que le bain, les toilettes, s'habiller etc.
Dépendant 5	Difficulté de communication. Nécessite une prise en charge totale sur toutes les activités du quotidien, notamment pour manger.

Source : Health and Welfare Statistics Association (2011)

teints d'une pathologie chronique (Bertrand, 2010). Mais malgré l'extension de la couverture, les bénéficiaires restent majoritairement des personnes âgées : selon Bertrand (2010), 95% des places étaient destinées aux personnes âgées en 2008. Contrairement à l'assurance dépendance ou à l'Apa, aucune grille d'évaluation n'est utilisée lors de l'évaluation mais les bénéficiaires du Ssiad sont naturellement principalement des personnes de Gir 1 à Gir 4.

Le Japon et la France ont ainsi opté pour la mise en place de systèmes de prise en charge universels accessibles sans condition de ressources, quel que soit le contexte familial. Si des critères d'âge existent dans les deux pays, les prestations restent accessibles pour les plus jeunes dans certains cas spécifiques. Le Japon ouvre ainsi l'assurance dépendance aux personnes à partir de 40 ans et plus mais uniquement si elles sont touchées par des pathologies liées à l'âge. En France, les Ssiad sont accessibles quel que soit l'âge dès lors que la personne présente un handicap ou est atteinte de pathologie chronique.

TABLE 1.2 – Les six groupes de Gir

GIR	Définition
GIR 1	Personnes confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions mentales sont gravement altérées, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
GIR 2	Personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonction mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante ; personnes dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités de se déplacer.
GIR 3	Personnes ayant conservé leurs fonctions mentales, partiellement leur capacité a se déplacer mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seule, l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.
GIR 4	Personnes qui n'assument pas seules leurs transferts mais qui, une fois levees, peuvent se déplacer a l'intérieur du logement ; elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage/ Personnes qui n'ont pas de problème pour se déplacer mais qu'il faut aider pour les activités corporelles ainsi que les repas.
GIR 5	Personnes qui assurent seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentent et s'habillent seules. Elles nécessitent une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
GIR 6	Personnes n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

Source : Makdessi et Eghbal-Téhérani (2011)

1.3.2 Définition du montant des services

Les critères tels que ceux des revenus ou du contexte familial peuvent intervenir pour déterminer l'accès ou non à une aide publique, mais également au moment de la définition du montant de l'aide. Les montants peuvent être fixés selon des critères objectifs préalablement définis ou prescrits par un *Care manager* ou un agent social selon son appréciation.

Au Japon, les prestations sont des droits octroyés aux assurés (aux cotisants) en fonction du niveau de dépendance. En d'autres termes, à niveau de dépendance équivalent, les droits sont les

mêmes pour tous. Les conditions de ressources ou la présence d'aidants informels ne modifient pas le montant de l'aide accessible par les personnes certifiées dépendantes : le taux de reste à charge est fixé à 10%.

Le niveau des prestations accessibles est fixé en fonction du niveau de dépendance en unités de service : un nombre maximum d'unités de service est fixé pour chaque niveau de dépendance, sachant qu'un service coûte un nombre d'unités défini par le ministère. Le niveau de l'aide en termes financiers se calcule en combinant le nombre d'unités et le coût par unités. Le prix d'une unité varie généralement entre 10 et 11 yens selon l'emplacement géographique du prestataire et du type de service. Dans le cadre du nombre d'unités attribuées, l'utilisateur peut lui-même constituer le plan d'aide qu'il souhaite.

**TABLE 1.3 – Plafond et utilisation des services de l'assurance dépendance au Japon
Décembre 2007**

Niveau dépendance	en unités	Plafond		Utilisation moyenne		Ticket modérateur	
		Yens	euros	euros	%	yens	%
Dépendance 5	35 830	358 300	2 834	2 175	77%	217	10%
Dépendance 4	30 600	306 000	2 420	1 869	77%	187	10%
Dépendance 3	26 450	264 500	2 092	1 492	71%	149	10%
Dépendance 2	19 480	194 800	1 541	1 044	68%	104	10%
Dépendance 1	16 580	165 800	1 311	754	57%	75	10%
Prévention 2	10 400	104 000	822	379	46%	38	10%
Prévention 1	4 900	49 000	388	223	58%	22	10%

Note : montant en yens calculé lorsqu'une unité équivaut à 10 yens

Source : Ministère de la santé, du travail et des affaires sociales du Japon (mhlw.go.jp)

De même que pour l'assurance dépendance, le niveau de dépendance (Gir) détermine le montant maximum d'un plan d'aide de l'Apa. Mais contrairement au Japon, l'utilisateur ne constitue pas lui-même son plan d'aide. Le plan d'aide de l'Apa est prescrit par l'équipe médico-sociale du Conseil général en fonction du besoin de la personne âgée dépendante dans la limite du plafond fixé par le niveau Gir. L'équipe médico-sociale a une certaine marge de manœuvre dans l'évaluation du besoin et le contexte familial peut être pris en compte. Par ailleurs, le reste à charge laissé à l'utilisateur dépend du niveau de revenu. Le niveau de revenu n'impacte pas le contenu du

plan d'aide, mais il vient modifier le montant de l'aide d'un point de vue financier.

Les Ssiad ne définissent pas de plafond spécifique en fonction du niveau de dépendance. Si l'accès est déterminé par prescription d'un médecin, le plan d'aide est quant à lui constitué par l'infirmier coordinateur du Ssiad en fonction des besoins de la personne dépendante. De même que pour l'Apa, il n'existe pas de critères objectifs définis dans un cadre légal et c'est à l'infirmier coordinateur que revient le rôle d'évaluer le besoin. Le contexte familial et la présence d'autres aides peuvent être pris en compte. Le niveau de revenu n'a en revanche aucun impact étant donné que les coûts sont couverts en totalité par la Sécurité sociale.

**TABLE 1.4 – Plafond et utilisation moyenne de l'Apa en France
Décembre 2007**

GIR	Plafond euros	Utilisation moyenne		Ticket modérateur	
		euros	%	Euros	%
GIR 1	1 261,59	982	78%	229	23%
GIR 2	1 081,36	771	71%	187	24%
GIR 3	811,02	574	71%	131	23%
GIR 4	540,68	352	65%	74	21%

Source : Vasselle (2008)

Ainsi, aucun des systèmes adoptés par le Japon et la France ne recourt à des critères de revenu ou de contexte familial pour déterminer l'accès aux prestations. Cependant, l'assurance dépendance japonaise est le seul dispositif à octroyer des droits individuels en fonction de critères objectifs préalablement définis sans que le niveau de revenu ou le contexte familial influence le volume et le montant de l'aide. Les plans d'aide de l'Apa et du Ssiad sont respectivement prescrits par l'équipe médico-sociale du Conseil général et l'infirmier coordinateur qui peuvent prendre en compte le contexte familial. Finalement, le critère de revenu n'influence pas l'aide apportée par le Ssiad mais vient modifier l'aide financière apportée par l'Apa.

1.3.3 Nature de la prestation

L'aide peut être accordée sous forme de prestations en nature ou sous forme financière. Par ailleurs, les bénéficiaires de prestations financières peuvent avoir une totale liberté sur l'utilisation ou au contraire être contraints par certaines conditions (Da Roit et Le Bihan, 2010). Finalement, le système social peut prendre en charge tout ou partie des frais, en rémunérant directement le prestataire, en remboursant les bénéficiaires, ou en octroyant des chèques utilisables auprès de prestataires spécifiques. Dans le cas de l'aide sous forme de prestation en nature, elle peut être apportée par des établissements publics (municipalités), des établissements privés mandatés par un organisme public ou par des prestataires privés. Les fournisseurs peuvent être dans un cadre concurrentiel ou bien d'un monopole. Enfin, dans les pays, comme l'Allemagne, où les bénéficiaires ont le choix entre prestation en nature ou financière, la valeur de cette dernière est inférieure à celle de la première (Campbell et Ikegami, 2002).

Au Japon, la prestation financière a été exclue des prestations proposées dans le cadre de l'assurance dépendance aussi bien sous la forme forfaitaire que pour rémunérer l'aide apportée par un proche¹⁸. Les prestations sont uniquement proposées en nature : le bénéficiaire paie directement 10% du prix au prestataire de service, le reste est versé par l'assurance. Les prestataires privés à but lucratif ou non peuvent obtenir le droit d'exercer auprès de la municipalité (*Shichoson*) ou du département (*Todofuken*) en fonction de la nature de l'activité (Campbell et Ikegami, 2003). Accorder aux prestataires privés le droit de fournir des services dans le cadre de l'assurance avait pour objectif d'offrir aux usagers un large choix de prestataires et inciter ces prestataires à améliorer la qualité des services à travers le mécanisme de la concurrence. Les fournisseurs traditionnels d'aide, les établissements publics et les établissements privés mandatés par un organisme public, n'ont pas pour autant totalement disparu. Ils continuent à fournir des prestations, notamment aux personnes en *prévention*.

Les textes (article L232-2 du CASF) définissent l'Apa comme une allocation *qui a le carac-*

18. Un dispositif exceptionnel permet toutefois aux municipalités qui sont géographiquement très isolées de mettre en place une prestation financière. C'est notamment le cas de la ville de Kamikoani du département d'Akita. Sous certaines conditions, l'aidant informel peut bénéficier de prestations financières. Mais Kamikoani fait partie des rares villes qui proposent cette prestation.

tère d'une prestation en nature. Dans la grande majorité des cas, l'utilisateur paie le prestataire de services et touche l'aide de l'Apa par ailleurs. Mais si la prestation est apportée concrètement sous une forme monétaire, elle sert à financer un plan d'aide précis préalablement déterminé avec le Conseil général et le bénéficiaire n'a pas de liberté sur l'utilisation de la prestation : elle vient rembourser tout ou partie des dépenses du plan d'aide élaboré par l'équipe médico-sociale¹⁹. L'aide peut être apportée par un prestataire ou un salarié directement embauché par la personne âgée dépendante. Cette seconde option peut s'effectuer soit en passant par une entreprise mandataire, soit de gré à gré. L'embauche de gré à gré permet par ailleurs d'employer un ou plusieurs membres de la famille et de formaliser une aide informelle à l'exception de celle du conjoint ou du concubin. Les organismes prestataires ou mandataires qui proposent des services d'assistance aux personnes de 60 ans et plus doivent bénéficier d'un agrément qualité soit dans le cadre d'une demande au Préfet soit par une équivalence d'une autorisation du Conseil général. De même qu'au Japon, le marché de l'aide aux personnes âgées dépendantes est ouvert à la concurrence. Les aides sont apportées aussi bien par des prestataires à but lucratif que par des associations à but non lucratif.

Finalement, les Ssiad effectuent des actes infirmiers de soins et des soins d'hygiène. Les actes médicaux infirmiers (AMI) ne peuvent être effectués que par les infirmiers alors que les actes infirmiers de soins (AIS) qui recouvrent les soins d'hygiène de base sont généralement effectués par des aides-soignants. Le personnel d'un Ssiad est principalement constitué d'aides-soignants (75% du personnel en équivalent temps plein) et d'infirmiers (15%). Le Ssiad peut faire appel à des intervenants extérieurs (90% sont des infirmiers libéraux) pour effectuer les AMI. L'aide est donc uniquement apportée sous forme de prestation en nature sans contrepartie de la part de l'utilisateur. Les Ssiad sont principalement gérés par des organismes privés à but non lucratif mais certains le sont par des établissements publics ou des organismes privés à but lucratif. L'autorisation de la création d'un Ssiad ou de l'extension de nouvelles places en Ssiad est délivrée par le Préfet de département après avis du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico Sociale (CROSMS). Malgré un avis favorable du CROSMS, le Préfet est tenu à ne pas autoriser de nouvelles créations de place ou extension dans les zones surdotées définies par la

19. Article L232-3 du Code de l'action sociale et des familles

Mission Régionale de Santé (MRS)(Bertrand, 2010). En d'autres termes, le nombre de places est contrôlé et les structures existantes exercent dans un cadre sans réelle concurrence.

Ainsi, le Japon et la France n'apportent aucune aide financière sans contrainte d'utilisation. Les deux pays ont fait un choix similaire de contrôler l'utilisation des prestations afin de favoriser le développement des services à la personne. Dans le cadre de l'assurance dépendance et de l'Apa, les prestataires exercent dans un contexte concurrentiel, ce qui correspond à une des caractéristiques de l'idéal type assurantiel. Les Ssiad sont en revanche en situation de monopole, davantage une caractéristique d'un système de type assistantiel.

1.3.4 Sources de financement

Il existe principalement deux modes de financement : le financement par impôts et le second par cotisations. Les pays ne s'appuient pas nécessairement sur un seul mode de financement et peuvent combiner les deux, c'est le cas du Japon et de la France.

Dans le cadre de l'assurance dépendance, les prestations sont financées à hauteur de 10% par les utilisateurs et 90% par l'assurance. Le budget de l'assurance dépendance provient en partie des impôts (50%) et en partie des cotisations (50%) versées par toutes les personnes âgées de 40 ans et plus. L'État participe à hauteur de 25%, les départements et les municipalités à hauteur chacun de 12,5%.

L'Apa est financée en grande partie par le budget des départements (environ 70% en 2010)²⁰ et le reste par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Les ressources de la CNSA proviennent de trois origines : des crédits d'assurance maladie constitués par l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie consacré au secteur médico-social (ONDAM médico-social), de la Contribution Solidarité pour l'Autonomie (CSA)²¹, et d'une fraction (0,1%)

20. Une partie du budget des départements proviennent toutefois également de l'Etat.

21. La CSA provient de trois contributions : une contribution de 0,3% des rémunérations versées par les employeurs privés et publics, en contrepartie d'une journée supplémentaire de travail non rémunérée pour les salariés dite journée de solidarité ; une contribution additionnelle de 0,3% au prélèvement social de 2% assis sur les revenus

de la Contribution Sociale Généralisée (CSG)(CNSA, 2010). Selon l'article L 14-10-5 du code de l'action sociale et famille, la CNSA doit consacrer au financement de l'Apa 20% des ressources de la CSA et 94% de celles de la CSG (Rosso-Debord, 2010). En 2010, les dépenses de la CNSA pour l'Apa²² s'élevaient à 1,57 Md euros dont 67% financés par la CSG. Ainsi les dépenses de l'Apa proviennent principalement d'impôts et non de cotisations sociales.

Les dépenses liées aux soins dispensés par les Ssiad, sont prises en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre d'une dotation globale de soins (Chevreul *et al.*, 2009). Le financement de l'Assurance Maladie (Sécurité Sociale) est composé de quatre sources : les cotisations sociales, la CSG, impôts et taxes, et autres sources de financement. En 2011, environ 60% des recettes du régime général provenaient des cotisations sociales dont 40% pour la branche maladie, 20% de la CSG, 11% d'impôts et taxes et le reste d'autres sources de financements (Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, 2011). Les dépenses du Ssiad sont totalement à la charge de la Sécurité Sociale dont environ 30% financées par les impôts (incluant la CSG) et ne représentent aucune charge pour le Conseil général ou l'utilisateur.

Les trois systèmes de prise en charge de la dépendance combinent le financement par impôts et le financement par cotisation. Au Japon, la répartition entre impôts et cotisations est particulièrement équilibrée : 50% par les impôts et 50% par les cotisations. En France, la part financée par les impôts est plus importante pour l'Apa mais moindre pour le Ssiad. Mais il est important de souligner que la nature de la "cotisation" n'est pas la même entre le Japon et la France. Tandis que le financement de l'assurance dépendance japonaise provient de cotisations spécifiquement et uniquement destinées à la dépendance, les cotisations qui financent le système français proviennent principalement de la branche maladie de la sécurité sociale. Les cotisations ne sont pas nécessairement spécifiquement destinées à la dépendance.

du patrimoine; et une contribution additionnelle de 0,3% au prélèvement social de 2% assis sur les produits de placement.

22. Ici, il n'y a pas de distinction entre Apa à domicile et Apa destinée aux personnes en établissement

1.3.5 Gestion

La gestion d'un dispositif peut relever directement de l'État central ou être confiée aux collectivités territoriales. Dans le cas de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, les pays semblent privilégier une organisation à une échelle territoriale limitée et favoriser une gestion de proximité (Martin, 2006). Les échelles peuvent varier d'un pays à l'autre : communes, départements, régions. Par ailleurs, une marge de manœuvre plus ou moins importante peut être laissée aux collectivités territoriales.

Au Japon, la mise en œuvre de l'assurance dépendance est laissée à la municipalité : c'est à elle que revient les responsabilités de collecter les cotisations des personnes âgées de 65 ans et plus ; de fixer le montant des cotisations en fonction du budget prévisionnel ; d'évaluer le niveau de dépendance des personnes qui en font la demande ; de vérifier la validité des demandes d'aide... L'activité d'assureur reste séparée des autres activités de la municipalité (activités liées à la politique locale), ce qui permet à plusieurs villes de regrouper l'activité d'assurance au sein d'une seule entité (Campbell et Ikegami, 2000). Par ailleurs, les municipalités sont également tenues d'apporter des services de prévention aux personnes non-dépendantes. La responsabilité concernant l'octroi des autorisations pour les prestataires de services est partagée entre les départements et les municipalités. Les municipalités gèrent l'octroi des autorisations pour les prestataires de services de quartiers alors que les départements gèrent les prestataires des autres services. Toutefois, la liste des services éligibles à l'assurance, les tarifs, le taux de reste à charge et la répartition des tâches entre les municipalités et les départements sont déterminés par l'État (Ministère de la Santé, du Travail et des Affaires Sociales), et la marge de manœuvre des municipalités reste limitée.

En France, l'Apa est gérée par le Conseil Général tandis que les prestations financées par la Sécurité Sociale (dont les Ssiad) sont sous la responsabilité de l'Agence Régionale de la Santé (ARS).

Si un cadre légal vient définir un montant maximal d'aide par niveau Gir, le Conseil Général

gère l'évaluation du niveau de dépendance, définit les services pris en charge par l'Apa, les tarifs de référence et le montant de l'aide réellement apportée à l'utilisateur. Les tarifs des aides à domicile et des aides à la personne peuvent varier en fonction du prestataire. Un tarif de référence est initialement fixé par le Conseil Général mais les prestataires peuvent demander un ajustement. Ce mécanisme de tarification permet de prendre en compte l'environnement dans lequel se trouve le prestataire : par exemple, les prestataires situés dans une région rurale et prenant en charge des bénéficiaires éloignés les uns des autres, sont généralement confrontés à des coûts de déplacement plus élevés. Ainsi, malgré des directives communes à tous les départements, les conseils généraux gardent une certaine liberté qui engendre des disparités régionales (départementales)²³.

L'organisation et la mise en œuvre des services de Ssiad impliquent l'Etat, la CNSA, le Préfet, l'ARS et les structures de Ssiad. L'évaluation du besoin et la constitution du plan d'aide sont directement effectuées par l'infirmier coordinateur de la structure. Toutefois, le nombre de places créées, le contenu des services qui peuvent être octroyés et la répartition des enveloppes financières, et par conséquent les tarifs, sont déterminés de manière plus centralisée. L'autorisation de la création d'un Ssiad ou de l'extension de nouvelles places est délivrée par le Préfet dans la limite du nombre maximal de places fixé au regard de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale. Le montant des dotations globales et annuelles pour chaque Ssiad, et par conséquent le tarif forfaitaire pour chaque place, est fixé par le Préfet et l'ARS en fonction des enveloppes financières réparties par la CNSA. Finalement, sur la base des pièces justificatives, les services du Ssiad sont remboursés par les caisses départementales d'assurance maladie. Ainsi, si la mise en œuvre est gérée par les structures, le Préfet, l'ARS et les caisses départementales d'assurance maladie, la marge de manœuvre en termes de nature de services, tarifications et nombre de fournisseurs est, comme au Japon, relativement limitée.

La gestion de la mise en œuvre des dispositifs d'aide à la personne âgées dépendantes sont sous la responsabilité d'autorités locales : les municipalités pour l'assurance dépendante, le conseil

23. Les travaux de recherche menés dans le cadre du projet *Modélisation de la demande d'aide à domicile des personnes âgées dépendantes* (Modapa) analysent de manière approfondie la répartition effective des pouvoirs entre les échelons de l'État en France. Voir notamment le rapport de Gramain et Weber (2012).

général pour l'Apa, principalement l'ARS et le Préfet pour les Ssiad. Le degré de marge de manœuvre est particulièrement important pour les Conseils Généraux tandis que les municipalités japonaises et les autorités locales françaises ont moins de souplesse dans la gestion de l'assurance dépendance et les Ssiad.

1.3.6 Systèmes japonais et français : quelles différences ?

Ainsi, partant d'ambitions apparemment communes, le Japon et la France ont adopté des dispositifs très différents.

Le Japon a opté pour un système unique de type assurantiel. Malgré un financement hybride avec 50% des dépenses provenant des impôts et 50% provenant des cotisations, l'assurance dépendance japonaise apparaît comme un exemple d'idéal-type relevant du système assurantiel. L'accès aux services et le montant de l'aide apportée ne s'appuient que sur des critères objectifs de perte d'autonomie. Le niveau des revenus ou le contexte familial n'interviennent pas dans le montant de l'aide octroyée. Dans la limite de ces droits, l'utilisateur japonais a la possibilité de constituer le plan d'aide qu'il souhaite en faisant appel aux prestataires de son choix, la qualité des prestataires devant être assurée par la présence de concurrents. Le montant de l'aide et le type des services accessibles étant préalablement défini, l'assurance dépendance japonaise apparaît comme un système rigide.

Par ailleurs, le dispositif japonais a été conçu de manière à favoriser la demande de services à la personne spécifiques aux personnes âgées dépendantes et par conséquent de développer ce marché. D'importantes discussions avaient été menées au sujet des prestations financières au moment de la mise en place de l'Assurance dépendance. La question portait sur la possibilité de donner aux usagers, de même qu'en Allemagne, la possibilité d'opter pour une prestation monétaire à la place des prestations en nature apportées. Un des arguments en faveur des prestations financières était le manque de services (prestataires) disponibles dans certaines régions. Mais il avait également été avancé que la mise en place d'une prestation monétaire risquerait

de freiner le développement des services formels. Le cas de l'Allemagne a montré qu'en dépit d'une moindre valeur de la prestation financière, les bénéficiaires optaient en grande majorité pour celle-ci, au détriment, donc des prestations en nature. Or le développement de services ne peut s'effectuer sans une demande importante de prestations en nature. La prestation financière ou la possibilité de rémunérer l'aide familiale ont ainsi été abandonnées. Les dépenses publiques aident à solvabiliser la demande orientée vers une catégorie de prestations. Les autorités japonaises spécifient de manière précise les services pris en compte par l'assurance dépendance et par conséquent déterminent les services qu'ils souhaitent développer. En d'autres termes, les politiques japonaises favorisent le développement des services à la personne spécifiquement destinés aux personnes âgées dépendantes mais non les services à la personne de manière générale. A notre connaissance, aucune politique allant dans ce sens n'a été mise en œuvre au Japon.

L'aide au maintien à domicile des personnes âgées en France est plus complexe et plus difficile à classer qu'au Japon. D'une part, elle s'appuie sur des dispositifs suivant des logiques différentes comme l'illustre l'analyse de l'Apa et des Ssiad. D'autre part, ces dispositifs apparaissent eux-mêmes comme des systèmes combinant les caractéristiques des deux idéaux-type.

Sous certains aspects, l'Apa se rapproche d'un système de type assurantiel. Le montant maximal d'un plan d'aide est déterminé uniquement en fonction d'un critère objectif de perte d'autonomie et les services sont fournis par des prestataires dans un cadre concurrentiel comme pour l'assurance dépendance japonaise. Mais les caractéristiques relevant du système de type assurantiel sont également nombreux. Premièrement, le contenu et le niveau d'aide réel du plan sont déterminés en fonction du besoin évalué par l'équipe médico-sociale. Cette évaluation n'implique aucun formulaire et dépend donc de l'appréciation de l'équipe qui peut ou non prendre en compte le contexte familial. Deuxièmement, le montant financier de l'aide, soit le montant d'aide net de reste à charge, varie en fonction du niveau de revenu. L'Apa joue ainsi un rôle plus important de redistribution que le système japonais.

De même que pour l'Apa, les Ssiad partagent des particularités correspondant aux deux

idéaux-types. La nature de services et la tarification sont gérées de manière rigide, laissant peu ou pas de marge de manœuvre aux autorités locales, ce qui correspond davantage à des particularités d'un système de type assurantiel. En revanche, les structures des Ssiad sont en situation de monopole ou du moins font face à une concurrence faible étant donné que le nombre de places est strictement contrôlé. Par ailleurs, le plan d'aide est défini par l'infirmier coordinateur selon les besoins de l'utilisateur. De même que pour l'Apa, l'évaluation est laissée à l'appréciation de l'infirmier coordinateur qui peut être amené à prendre en compte le contexte familial.

L'Apa et les Ssiad apparaissent ainsi comme des dispositifs hybrides. Mais selon Ikegami et Campbell, la principale différence entre les deux idéaux-types réside dans la manière dont les prestations sont octroyées : dans le système assurantiel, les prestations des droits sont accordées selon des critères objectifs définis au préalable, dans le système assurantiel, les prestations sont en revanche prescrites en fonction de l'appréciation des évaluateurs. Or selon cette distinction, l'Apa et les Ssiad se rapprochent davantage d'un système de type assurantiel.

Les caractéristiques de l'Apa traduisent également la volonté des politiques françaises de développer un marché de l'aide à domicile. L'Apa sert à financer des prestations contenues dans un plan d'aide mais cette allocation diverge de l'assurance sur deux éléments. Premièrement, la France ne définit pas spécifiquement le type des services couverts par l'Apa. Cette allocation permet de couvrir des services très variés qui ne sont d'ailleurs pas spécifiquement destinés aux personnes âgées. Il semblerait qu'il n'y ait pas eu de réelle volonté de développer des services pour les personnes âgées mais des services d'aides à domicile de manière plus générale. Deuxièmement, l'Apa autorise l'aide financière aux aidants familiaux dès lors que l'aide est formalisée par un contrat de travail. Cette possibilité souligne davantage une ambition de réduire le chômage que de créer un service dédié.

Ces divergences peuvent s'expliquer par les contextes nationaux divergents : chaque pays est en réalité confronté à des contextes démographique, socio-économique et historique spécifiques. La suite de l'article met en évidence les différences de choix entre le Japon et la France en retraçant

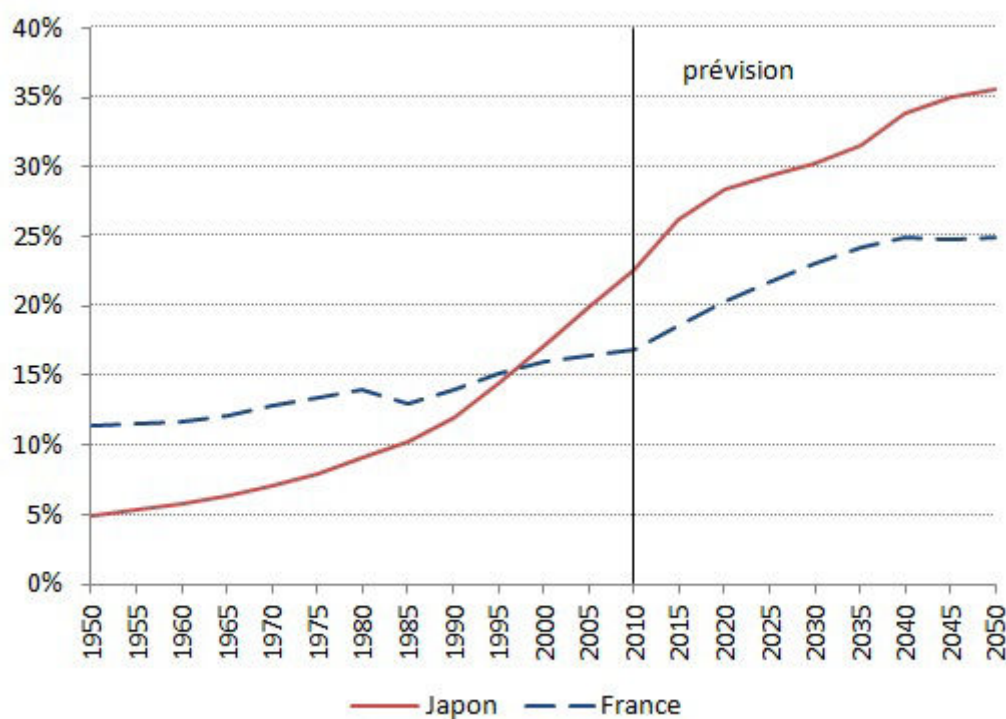
le développement des politiques de maintien à domicile. Les politiques étant par ailleurs menées dans un contexte institutionnel particulier qui découle des choix passés, la section suivante décrit brièvement l'histoire de l'émergence de la protection sociale avant de présenter l'évolution des politiques destinées plus spécifiquement à la dépendance.

1.4 Evolution de la protection sociale

La protection sociale relevant de l'Etat en France comme au Japon est apparue progressivement à partir de la fin du XIX^e siècle mais les dépenses en la matière se sont développées plus tôt et plus rapidement en France. En 1959, elles s'approchaient de 15% du PIB en France contre à peine 5% au Japon (Figure 1.1). Les dépenses japonaises ont commencé à augmenter réellement à partir de 1973, mais le système japonais de protection sociale est toujours resté beaucoup moins généreux que celui de France. Selon Takegawa (2006), le retard japonais en terme de protection sociale par rapport à la France et aux pays occidentaux s'explique par la structure démographique et la conjoncture économique.

Les travaux économétriques menés par Wilensky (1975) montrent que le développement des Etats-providence (la hausse des dépenses de protection sociale) dépend non seulement du développement économique du pays mais également du niveau de vieillissement de la population (notamment la part des personnes âgées de 65 ans et plus) : d'une part la nécessité d'une protection sociale croît avec l'augmentation de la part des personnes âgées, d'autre part une protection sociale au niveau national ne peut réellement apparaître que si l'économie a atteint un certain niveau de développement économique. Takegawa (2006) soutient quant à lui que la conjoncture économique dans laquelle se trouve le pays dans les débuts de l'Etat-providence détermine la générosité et la façon de penser la protection sociale du pays. Un pays en croissance économique a tendance à développer une protection sociale généreuse tandis qu'un pays en récession ou ayant subi un choc économique aura au contraire tendance à opter pour un système moins généreux limité à la protection des plus nécessiteux.

FIGURE 1.1 – Evolution de la part des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population totale (1950-2050)



Source : World Population Prospects : The 2010 Revisions ; United Nations, Population Division

S'il est aujourd'hui le pays où le vieillissement de la population est le plus avancé, au milieu du XX^e siècle le Japon était encore considéré comme un pays jeune. En 1950, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus en France dépassait déjà 10% alors qu'elle atteignait à peine 5% au Japon. Les incitations à mener des politiques sociales étaient ainsi plus limitées au Japon et malgré une croissance particulièrement importante de l'économie entre l'après-guerre et les années 1970, la protection sociale japonaise ne s'est pas développée de manière importante. Les dépenses sociales japonaises ne commencent réellement à croître qu'à partir des années 70, soit à la période où la part des personnes âgées de 65 ans et plus dépasse le seuil de 7%. Mais l'année 1973 étant également marquée par une crise, le gouvernement japonais freine, dès les années suivantes, les initiatives d'amélioration des droits afin de limiter l'expansion des dépenses. En d'autres termes, le gouvernement n'ayant pas mis en place des dispositifs nécessairement gén-

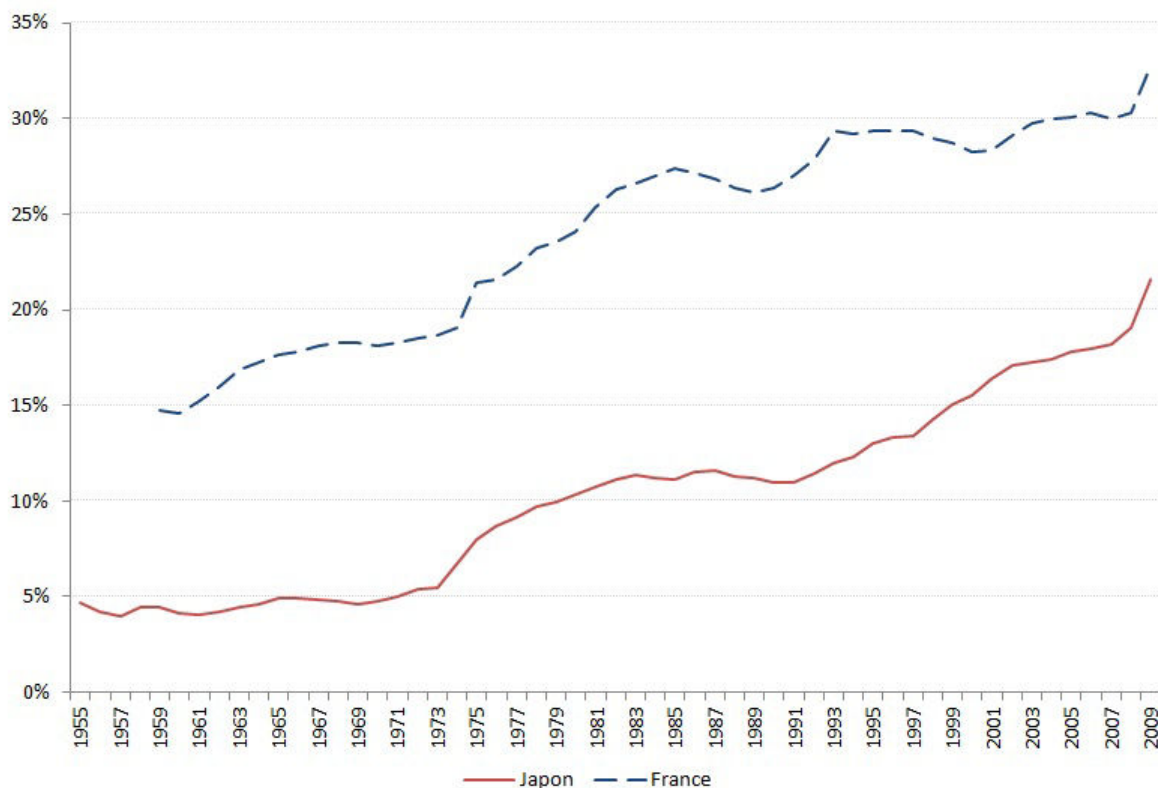
reux pendant la période de développement économique de l'après-guerre, la protection sociale est globalement caractérisée par une plus faible générosité.

Avec un niveau de vieillissement bien plus élevé, les incitations à développer les systèmes de protection sociale étaient plus importantes plus tôt en France. Ainsi les dépenses augmentent de manière importante avec la mise en place de la Sécurité sociale après la Seconde Guerre Mondiale (André, 2002). Profitant de la période des Trente Glorieuses, la France mène des progrès constants des garanties légales et des améliorations des droits acquis. Le niveau des prestations des dépenses de santé et de retraite a notamment connu une forte progression au cours des années 60 (Palier, 2005) (Figure 1.2). Une fois les dispositifs mis en place, les dépenses augmentent automatiquement avec la hausse de la part des personnes âgées. La France est ainsi rapidement devenue un pays à forte protection sociale.

1.4.1 La protection sociale au Japon

Les premières initiatives publiques de protection sociale au niveau national apparaissent au Japon entre la fin du 19^{ème} siècle et le début du 20^{ème} siècle. La règle de *kyūkyū* (secours au nom de la compassion) est un exemple de dispositif élaboré pour les personnes démunies sur l'Archipel. Mis en place en 1874, il avait pour objectif d'offrir du riz aux personnes célibataires vivant dans la pauvreté extrême, aux personnes âgées de 70 ans et plus ne pouvant plus travailler, aux personnes handicapées, aux malades et aux enfants dans le besoin de moins de 13 ans. La première loi concernant l'assurance santé est mise en place en 1922. Elle est alors destinée aux ouvriers. Les lois d'assurance santé destinées à d'autres catégories de la population se sont développées au fur et à mesure en commençant par les agriculteurs, les pêcheurs et les cols blancs. De même que pour l'assurance dépendance, le système de retraite n'était initialement prévu que pour une certaine catégorie de personnes. A l'ère Meiji (1867-1912), seuls les militaires et les fonctionnaires bénéficient d'un système de retraite. Celui destiné aux pêcheurs apparait en 1939, puis celui pour les employés en 1941. A la fin des années 50, l'assurance santé et la retraite deviennent obligatoires pour tous avec la création de l'assurance santé nationale et la re-

**FIGURE 1.2 – Dépenses de la protection sociale (en % du PIB)
(1959-2009)**



Source : DREES-CPS, bases 1970 (1959-1985), 2000 (1981-2009), 2005 (2006-2011) et 2010 (2009-2012) pour les dépenses de protection sociale en France; Insee-CNA base 2010 sur toute la période pour le PIB. National Institute of Population and Social Security Research (NIPSSP) pour les dépenses de protection sociale au Japon; Economic and Social Research Institute, Cabinet Office, Government of Japan pour le PIB, bases 1990 (1955-1994), 1995 (1994-2009).

Note : les données proviennent de sources différentes sans ajustement pour garantir une comparabilité totale. Selon un travail incluant les ajustements (sur les années 1980-2012) et produit par NIPSSP, les dépenses japonaises semblent légèrement sous-estimées de -0,7 point et les dépenses française sur-estimées de +1 point. L'écart entre les dépenses japonaises et françaises devrait donc être réduit de +1,7 point.

traite nationale destinées aux personnes ne bénéficiant d'aucun autre système (Kato *et al.*, 2009).

Mais avec une faible part des personnes âgées, les dépenses sociales japonaises sont restées stables en terme de pourcentage du PIB entre 1955 et le début des années 1970.

En 1973, sous une pression croissante de la demande publique, le gouvernement japonais a finalement adopté des mesures ayant pour objectif d'accroître la générosité de la protection

sociale, notamment des retraites et de l'assurance santé : le montant des retraites a été revu à la hausse et un mécanisme d'ajustement du montant en fonction de l'évolution du prix a aussi été adopté suite à cette réforme ; la part des dépenses prises en charge par l'assurance santé est passée de 50 à 70% pour les moins de 75 ans et à 100% pour les 75 ans et plus (Izuhara, 2003; Kato *et al.*, 2009). L'année 1973 a même été désignée comme "l'An Un du Social" (*Fukushi Gannen*). Mais comme le soulignent Takegawa (2006) et Makita (2010), l'année 1973 a également été marquée par une crise économique. Après une courte période de développement de la protection sociale, le gouvernement a été tenté de rétablir les valeurs traditionnelles d'entraide familiale afin de contenir l'évolution des dépenses publiques : en 1981, le budget des aides sociales est réduit ; et en 1982 un reste à charge pour les dépenses de santé est réintroduit pour les 75 ans et plus (Makita, 2010).

1.4.2 La protection sociale en France

En France, des aides dispensées aux plus démunis existent au niveau local à la fois sur la base d'œuvres de charité et sur une base communale depuis le Moyen-Âge, mais aucune loi nationale d'assistance n'est mise en place en France avant la deuxième moitié du XIX^e siècle. C'est dans le cadre de la "concurrence" qui oppose l'Eglise à l'Etat que les autorités de la III^e République commencent à organiser, contrôler et renouveler l'intervention sociale qui relevait jusqu'alors principalement de la bienfaisance (Elbaum, 2008). La France met en place, entre 1889 et 1913, des lois d'assistance publique visant à aider les enfants maltraités, les vieillards, les infirmes, les incurables, les femmes en couches, les familles nombreuses et nécessiteuses... Puis, un ensemble de lois sur les assurances sociales obligatoires (incluant l'assurance maladie) est voté entre 1928 et 1930, mais leur mise en œuvre reste à cette époque incomplète. Enfin, l'assurance sociale s'impose comme la modalité privilégiée avec la création du régime général de la Sécurité Sociale en 1945 (Palier, 2005).

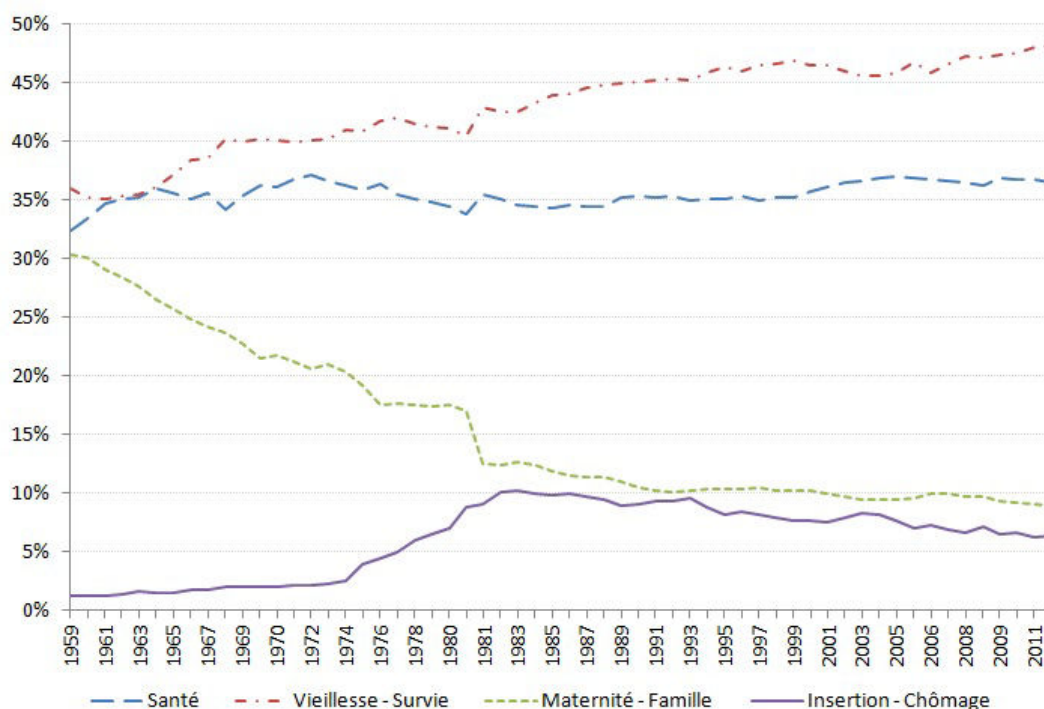
Pendant les Trente Glorieuses, les différents gouvernements français et les partenaires sociaux ont multiplié les décisions tendant à augmenter le niveau et la générosité des prestations, impli-

quant une hausse quasi continue des dépenses de santé et de retraite. Les dépenses ont également continué à croître pendant les années 70, mais cette progression ne s'explique pas nécessairement par une plus grande générosité des dispositifs. Ce sont surtout le fonctionnement des institutions déjà en place, la croissance des personnes âgées et le chômage qui ont conduit à la hausse des dépenses (Palier, 2005). Premièrement, les évolutions des techniques et des pratiques médicales ont participé à l'augmentation des dépenses de santé. Deuxièmement, les personnes qui avaient suffisamment cotisé pour recevoir des pensions de plus en plus importantes ont commencé à partir à la retraite induisant une hausse des dépenses de retraite. Finalement, la hausse du chômage qui a marqué la fin de cette période a conduit à une hausse des dépenses destinées à couvrir ce risque. On peut noter que les dépenses liées au chômage ont augmenté de manière importante entre 1974 et le milieu des années 80. Alors que les dépenses d'insertion professionnelle ou de chômage ne représentent que 2% des dépenses de la protection sociale en 1970, elles atteignent presque 10% en 1983 (Figure 1.3).

1.5 Evolution des politiques d'aides aux personnes âgées

La dépendance apparaît réellement comme un sujet majeur dans les débats publics japonais et français à la fin des années 80 (Campbell et Ikegami, Martin 2001), même si certains dispositifs existaient avant cette période. Entre les années 1950 et 1980, les deux pays ont pris des initiatives de mise en place de l'aide à domicile, d'amélioration et de développement d'établissements pour personnes âgées. Les discussions et politiques menées après les années 80 marquent surtout une rupture par une réelle volonté de promouvoir et faciliter le maintien à domicile. La prise en charge publique de la dépendance s'appuyait jusque-là principalement sur l'entrée des personnes âgées en hébergement, en établissements spécialisés pour les personnes âgées voire dans les hôpitaux pour le cas du Japon. Ce n'est qu'à partir des années 80 que les deux pays commencent à adopter des mesures d'envergure au profit de l'aide à domicile. A première vue, les deux pays suivent donc un parcours similaire : politiques de développement et d'amélioration des hébergements pour les personnes âgées jusqu'à la fin des années 80, puis apparition de politiques d'envergure pour l'aide à domicile entre la fin des années 80 et le début des années 2000.

FIGURE 1.3 – Evolution de la structure par risque de la protection sociale en France (1959-2012)
(en % des dépenses annuelles totales)



Source : DREES-CPS, base 1970 (1959-1970 et 1970-1981), base 2000 (1981-2006), base 2005 (2006-2009) et base 2010 (2009-2012), Insee-CNA, base 2010.

Mais les deux pays diffèrent non seulement sur l'ampleur des politiques menées mais également sur les objectifs recherchés.

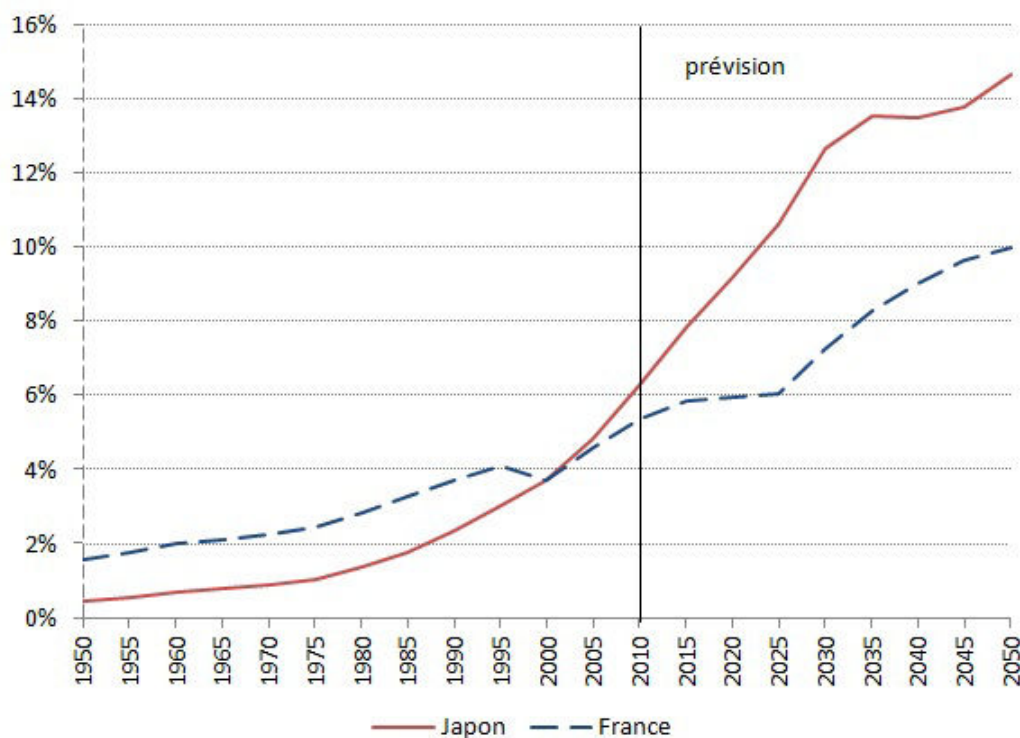
D'une part les politiques antérieures ont joué un rôle important sur les réformes menées entre les années 1990 et 2000. Globalement caractérisées par une politique nationale peu généreuse, les mesures menées en faveur de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées sont restées très limitées au Japon jusqu'à la fin des années 1990, engendrant une situation de pénurie de services d'aide. Cette situation renforce la nécessité d'une réforme dans le pays : les politiques de santé menées entre les années 1970 et 1980 combinées à un manque d'aide face au problème de la dépendance ont conduit à développer un phénomène d'hospitalisation sociale. Or ce phénomène est un des éléments justifiant la mise en place d'une assurance dépendance nationale.

Sans mettre en œuvre des réformes importantes, la France semble quant à elle avoir mis en place davantage de dispositifs dès les années 1970. Cela a créé des freins pour mener une politique globale et structurée. Il est moins coûteux de compléter un système avec des mesures incrémentales et de mettre à profit les politiques existantes plutôt que de réformer entièrement un système dans son ensemble. Dans les années 1990, il était plus simple pour la France de créer un dispositif supplémentaire (Prestation Spécifique Dépendance qui sera remplacée par l'Apa) plutôt que de revoir l'intégralité du système qui s'organisait d'ores et déjà autour de dispositifs d'aide et d'assurance sociale.

Dans la même logique que pour le développement de la protection sociale, la démographie et le contexte économique ont eu des implications concrètes dans l'évolution des politiques destinées aux personnes âgées dépendantes. L'évolution démographique détermine l'ampleur de la nécessité d'une politique d'aide : plus la part des personnes âgées de 80 ans et plus augmente au sein de la population, plus la pression du public auprès du gouvernement est importante.

Le processus de vieillissement japonais qui a commencé relativement tard s'est en revanche effectué à un rythme particulièrement soutenu. Le Japon est passé d'une société vieillissante (part des personnes âgées de 65 ans et plus de 7%) à une société âgée (part des personnes âgées de 65 ans et plus supérieure à 14%) en seulement 24 ans alors que cette évolution s'est effectuée sur plus de cent ans en France (Pison, 2009). L'évolution de la proportion des personnes âgées de 80 ans et plus suit une tendance similaire avec un léger décalage dans le temps : le taux japonais initialement plus faible qu'en France dépasse le niveau de ce dernier au début des années 2000 (Figure 1.4). Selon les prévisions de l'ONU, l'écart devrait continuer à se creuser dans les prochaines décennies. En 2030, la part des personnes âgées de 80 ans et plus devrait représenter presque 13% de la population alors qu'elle n'en représenterait que 7% en France. Dans les années 1990, le Japon s'est retrouvé dans une situation préoccupante avec un besoin d'aide à la dépendance plus marqué qu'en France. Cela explique probablement en partie l'ampleur des réformes menées en 1989.

FIGURE 1.4 – Evolution de la part des personnes âgées de 80 ans et plus dans la population totale (1950-2050)



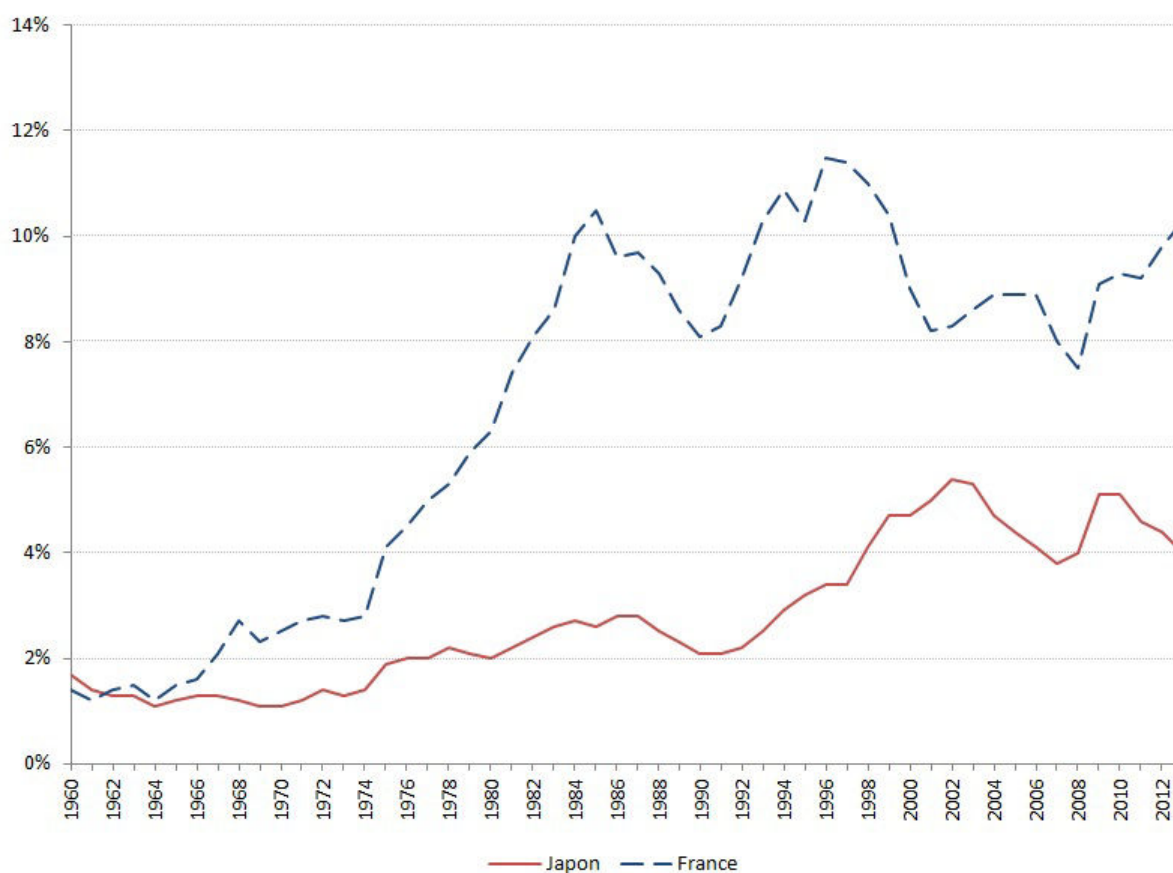
Source : World Population Prospects : The 2010 Revisions ; United Nations, Population Division

Finalement, la conjoncture économique peut accélérer ou freiner les décisions politiques. La présence d'autres préoccupations, notamment celle de l'emploi, peut venir atténuer les efforts destinés à la vieillesse ou du moins influencer la manière dont les politiques sont menées.

Au Japon, la première politique d'ampleur menée en faveur des personnes âgées dépendantes a été lancée à la fin des années 80, soit pendant la période de la bulle financière. Cette politique était particulièrement généreuse mais également peu réfléchie quant à la manière de la financer. En France, la crise des années 1970 a eu un fort impact sur le marché de l'emploi. La hausse du taux de chômage qui avait commencé progressivement à partir de la fin des années 1960 s'est fortement accélérée pendant la décennie qui a suivi le premier choc pétrolier (Figure 1.5). Le

chômage est depuis resté relativement élevé : entre 1984 et 2008, le taux de chômage moyen était de 9,5% en France contre 3,5% au Japon. De nombreuses politiques destinées à la prise en charge de la dépendance ont en réalité été pensées davantage pour créer de l'emploi, ou a minima avec un double objectif.

**FIGURE 1.5 – Evolution du taux de chômage
(1960-2013)**



Source : National and/or European Labour Force Surveys are the main source for the "Labour Force" Statistics database (1960-1982) ; OECD "Labor Force Statistics" 2007 et 2011 (1983-1995) ; OECD "Employment Outlook" (1996-). Données récupérées sur ipss.co.jp (National Institute of Population and Social Security Research).

1.5.1 Au Japon : de l'absence d'aide à l'assurance dépendance

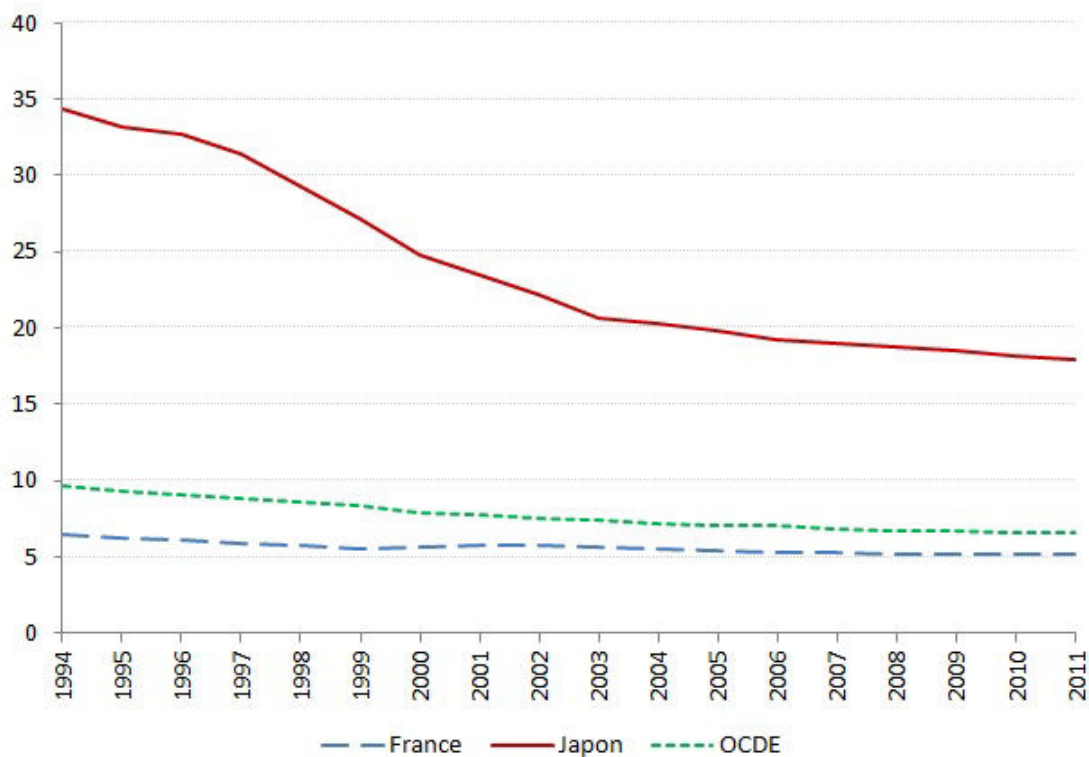
Au Japon, une loi d'aide aux personnes âgées (Rojin Fukushi Ho) a été adoptée en 1963 : des aides en faveur de la prise en charge en établissement et des aides favorisant le maintien à domicile ont été mises en place par les municipalités pour les personnes ayant de faibles revenus et/ou sans aide familiale (Hisazuka et Yamada, 2011; Suga, 1996). En 1982, l'accès à l'aide à domicile, a été élargi. Le critère de revenu a été assoupli sans pour autant être supprimé complètement (Suga, 1996) : l'aide était toujours limitée aux personnes ayant de faibles revenus, mais le seuil d'accès a été relevé. Parallèlement, l'aide jusqu'alors gratuite est devenue payante. Suite à cette mesure, les aides à domicile ont connu une première phase d'expansion, mais c'est surtout à partir de la fin des années 80 avec la politique du *Gold Plan* qu'elles se sont réellement développées. Jusqu'à cette période, la prise en charge publique des personnes âgées dépendantes s'appuyait principalement sur l'aide en établissement qui elle-même s'avérait insuffisante.

Cette quasi absence de politique de la dépendance (à domicile ou en établissement) alors que les dépenses médicales étaient intégralement prises en charge par l'assurance santé (ou du moins en grande partie suite à la réintroduction d'un reste à charge en 1982) a contribué à créer un phénomène d'*hospitalisation sociale*. En effet, face à une situation où les établissements d'hébergement étaient limités uniquement aux personnes particulièrement démunies, de nombreuses familles qui n'arrivaient pas à s'occuper de leur parent dépendant décidaient de les maintenir à l'hôpital. En 1989, il n'y avait que 16 places en établissement d'hébergement pour 1000 personnes âgées de 65 ans et plus²⁴ sans compter les places dans les hôpitaux. A titre indicatif, à la même époque, la France comptait 42 places en maisons de retraite pour 1000 personnes âgées de 65 ans et plus²⁵. Le nombre moyen de jours d'hospitalisation était particulièrement élevé comparé à n'importe quel pays de l'OCDE. Les données antérieures à 1994 ne sont pas disponibles ; à cette époque le nombre moyen de jours d'hospitalisation au Japon atteint presque 35 jours contre 13 jours en Allemagne, six jours en France et cinq jours en Suède. Cette situation inefficace engendrait une augmentation des dépenses de santé (Figure 1.6).

24. source : National Institute of Population and Social Security Research (NIPSSP)

25. source : INSEE

FIGURE 1.6 – Nombre moyen de jours d'hospitalisation
(1994-2011)



Source : OECD Health Data

Ainsi, lorsqu'en plein boom économique de la fin des années 1980, le gouvernement Hashimoto a proposé la mise en œuvre du Gold Plan dans le cadre d'une promesse de campagne électorale, le Japon disposait peu d'aide destinée aux personnes âgées dépendantes. Le Gold Plan consistait à octroyer des allocations budgétaires à quelques programmes et à fixer des objectifs décennaux. L'ambition était d'augmenter de manière significative les services d'aide à domicile, le nombre de lits en établissement, les soins de jours pour adultes... En s'appuyant sur le système existant, le gouvernement proposait ainsi de développer et élargir la couverture d'une aide qui était jusqu'alors essentiellement destinée aux personnes âgées ayant de faibles revenus. En réalité, le parti au pouvoir ne semble pas avoir accordé beaucoup d'importance à l'efficacité de ce projet, la manière dont les programmes seraient administrés voire la manière de le financer (Campbell et Ikegami, 2009). Mais si la promesse n'a pas été envisagée de manière sérieuse,

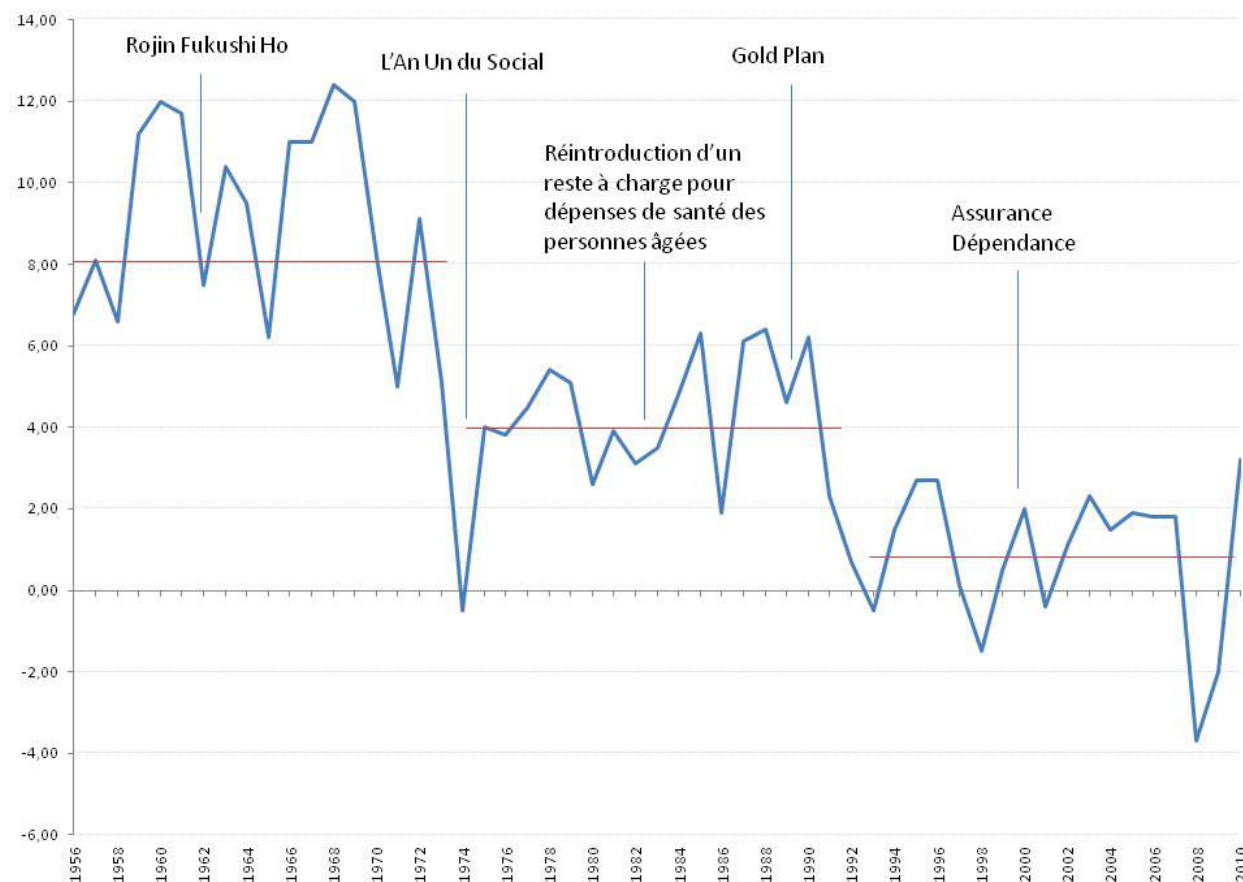
l'augmentation de l'offre a conduit à une intensification de la demande auprès des gouvernements locaux. La mise en œuvre du *Gold Plan* a non seulement permis de développer des aides, mais surtout de mettre en évidence une demande existante. Comme le soulignent Campbell et Ikegami (2009), une fois le programme lancé, il est difficile de revenir en arrière. Même après l'éclatement de la bulle financière au début des années 1990, le gouvernement s'est retrouvé dans l'obligation de poursuivre les initiatives en cours. Il ne pouvait plus revenir à une situation d'absence de politique d'aide à la dépendance, mais la généralisation de l'approche du service direct semblait difficilement réalisable compte tenu de l'évolution à venir du nombre de personnes âgées. Ainsi le Gold Plan lancé sans grande réflexion concernant la mise en œuvre et son financement a conduit les autorités à revoir entièrement le système en place au cours des années 1990.

Lors de cette décennie, le pays s'est trouvé confronté à une progression particulièrement rapide du nombre des 80 ans et plus mais aussi à une hausse des dépenses de santé engendrée par l'absence de systèmes efficaces de prise en charge de ces personnes. Face à d'importants problèmes budgétaires, il est devenu impératif et urgent pour le pays d'assurer une nouvelle source de financement mais également de mettre en place un système efficace permettant de désengorger les hôpitaux, réduire les dépenses de santé et limiter les dépenses liées à la dépendance. L'objectif n'était pas de transférer la charge des hôpitaux vers des maisons de retraite mais de retarder au maximum l'entrée en établissement en améliorant surtout l'aide au maintien à domicile.

Dès lors, le Japon a intégralement revu son système de prise en charge de la dépendance et a mené une politique d'envergure en rupture avec celles qui avaient été jusqu'alors menées : il adopte en 1997-2000 un système assurantiel obligatoire de la dépendance. Selon Masuda (2003), la réforme de l'assurance dépendance constitue la plus grande réforme politique japonaise en matière de protection sociale depuis celle de la retraite en 1955. La mise en place d'une politique de telle ampleur remplaçant radicalement le système existant s'explique par l'importance du défi mais très certainement aussi par le peu d'initiatives nationales menées au préalable.

Initialement, les deux types de système, assurantiel et assistantiel, ont été envisagés. Dans

FIGURE 1.7 – Evolution de la croissance du PIB réel au Japon (1955-2010)



Source : Cabinet Office, Government of Japan

la seconde moitié des années 1990, l'idée de mettre en place un impôt social et laisser les municipalités gérer les services était encore considérée comme une option, mais plusieurs raisons ont conduit le gouvernement japonais à finalement opter pour une *assurance dépendance* (Masuda, 2003; Campbell et Ikegami, 2003).

Premièrement, le choix d'un système de type assurantiel permettait d'assurer des droits individuels aux personnes âgées et d'éviter les phénomènes de stigmatisation liée à la prise en charge menée par les municipalités. Initialement limitées aux personnes ayant de faibles revenus ou n'ayant pas de famille, l'aide publique apportée par les municipalités était associée à une

image péjorative et stigmatisante. Deuxièmement, un système de type assurantiel centralisé, garantissant les mêmes droits pour tous, permettait de lutter contre les disparités territoriales. Les municipalités, qui historiquement géraient les aides destinées aux personnes âgées, appliquaient des critères d'accès différents et octroyaient les services au cas par cas de manière arbitraire. Avec l'assurance dépendance, la mise en œuvre est de nouveau laissée aux municipalités, mais leur marge de manœuvre est particulièrement limitée : l'évaluation, les services accessibles, le montant des aides sont définis au niveau national. Troisièmement, dans la période qui a suivi l'éclatement de la bulle financière de la fin des années 1980, augmenter les impôts était apparu politiquement plus difficile à faire accepter que la mise en place d'une assurance sociale avec des cotisations sociales obligatoires (Masuda, 2003). Finalement, l'instauration d'une assurance dépendance découle de la volonté de distinguer les dépenses de santé de celles liées à la dépendance afin de garantir une gestion efficace de chacun des systèmes. Le développement d'un système efficace de prise en charge des personnes âgées dépendantes visait ainsi la réduction des dépenses de santé liées à l'hospitalisation sociale.

1.5.2 En France : une évolution continue de l'aide à la dépendance

Dans le cas français, les premiers services d'aide ménagère sont apparus dans les années 1950 et ont été officialisés par le rapport Laroque de 1962. Le VIème plan économique et social de 1971 a pris en compte le rapport Laroque et proposé le développement des services d'aide ménagère et de services de soins à domicile. Mais l'élan visant à développer des politiques d'aide au maintien à domicile pour améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées a été freiné par la montée du chômage dans les années 1975 (Ennuyer, 2007). Les considérations de maîtrise des dépenses et de lutte contre le chômage ont conduit la France à mener des politiques fragmentées qui ne suivent pas nécessairement une même logique.

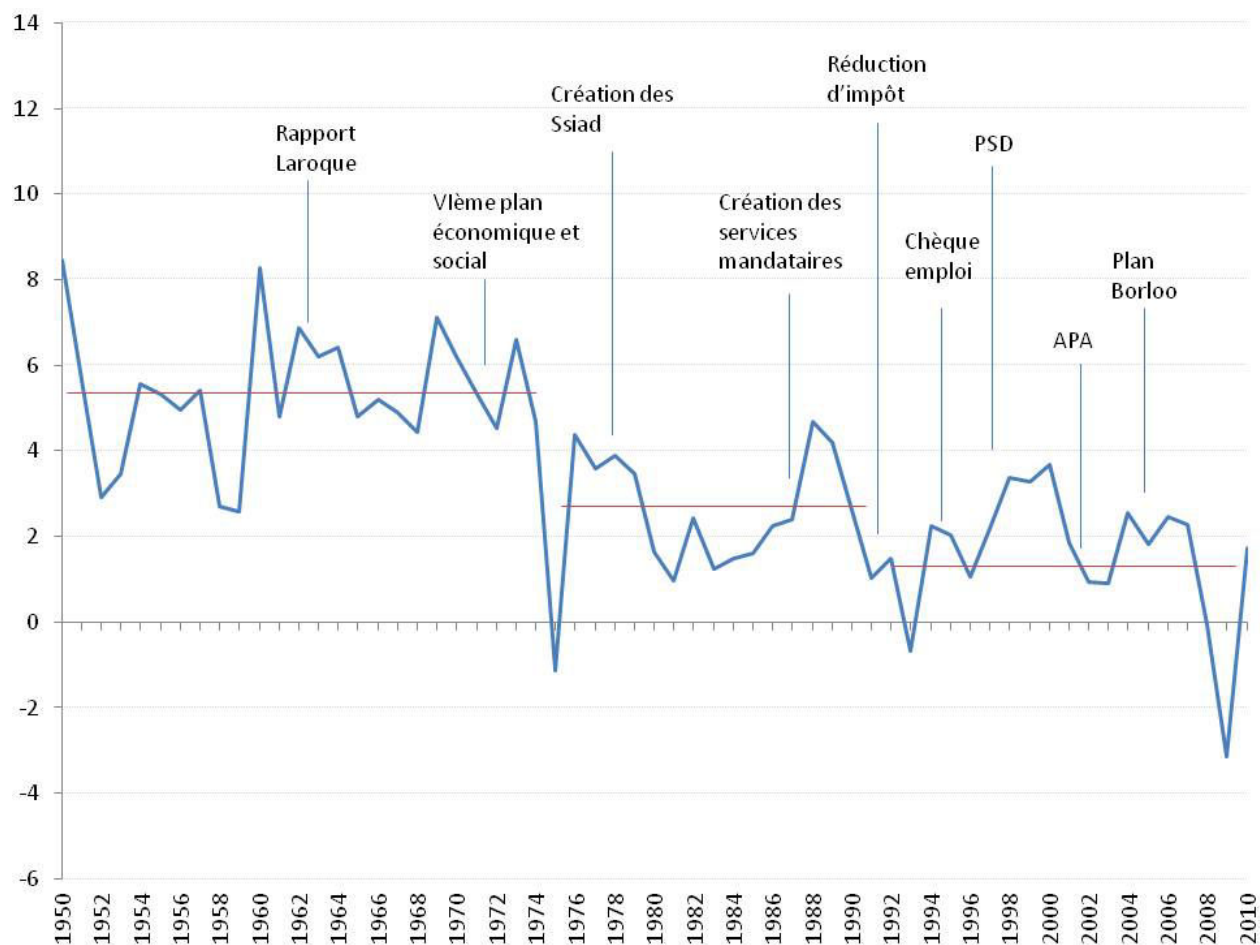
Premièrement, le maintien à domicile s'est orienté vers une médicalisation de la vieillesse renvoyant les personnes en perte d'autonomie au statut de *personne malade*. A la fin des années 70, les Ssiad ont été créés dans le cadre de la Sécurité Sociale avec l'objectif de prévenir

ou différer une hospitalisation ou une institutionnalisation. Ils se sont fortement développés au cours des années 1980 : le nombre de places en Ssiad est passé de 3000 en 1980 à 23 000 en 1984. Le personnel soignant des Ssiad dispense des soins médicaux et d'hygiène aux personnes âgées malades et dépendantes sous prescription médicale (Bressé, 2004).

Deuxièmement, à partir du milieu des années 80, la prise en charge des personnes âgées a été considérée comme un potentiel gisement d'emplois. Le gouvernement français a installé des politiques en lien avec la prise en charge de la dépendance mais également rattachées à des objectifs de création d'emplois. Ces politiques visaient à réduire le chômage et le travail au noir en incitant les entreprises privées à exercer dans le champ du social : les services mandataires sont créés en 1987 ; la réduction d'impôt sur le revenu d'un montant de 50% des dépenses engagées pour des services à domicile est adoptée en 1991 ; le chèque emploi service qui permet la simplification des formalités relatives à l'emploi d'un salarié à domicile apparaît en 1994 ; finalement, le marché des services à domicile est ouvert aux entreprises à but lucratif en 1996 (Ennuyer, 2007; Jany-Catrice, 2010; Carbonnier, 2009). Ces politiques visaient davantage la création d'emplois que la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes et ont conduit à développer une offre non-professionnalisée ou précarisée de l'emploi.

Finalement, la question de la dépendance des personnes âgées revient dans le débat public comme un sujet social à part entière à partir de la fin des années 80 avec le rapport Braun. Plusieurs autres rapports ont repris cette thématique entre 1989 et 1993 préconisant des mesures suivant généralement la logique d'aide sociale, mais finalement aucun projet n'aboutit réellement avant 1997 (Martin, 2001). Après une première phase de mise en œuvre d'une Prestation Expérimentale Dépendance (PED) instituée par la loi du 25 juillet 1994, la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) est adoptée en 1997 comme une réforme transitoire (Le Bihan-Youinou, 2010). La PSD finançait les plans d'aide conçus par une équipe médico-sociale selon le niveau de dépendance et des revenus. Mais ce dispositif était restrictif à plusieurs niveaux : la PSD ne concernait que les personnes en Gir 1 à 3 et donc excluait les niveaux de dépendance moyens et faibles ; le seuil des ressources était bas ; et finalement l'aide était récupérable sur les successions.

FIGURE 1.8 – Evolution de la croissance du PIB réel en France (1955-2010)



Source : INSEE

La PSD permettait de financer les aides fournies par des prestataires, des salariés mandataires ou des salariés embauchés en gré à gré (y compris des membres de la famille excepté le conjoint). La PSD apparaît ainsi comme une politique complémentaire des politiques d'emplois citées plus haut. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (Apa) qui a remplacé le PSD suite à l'adoption de la loi du 20 juillet 2001 (Rosso-Debord, 2010) représente une continuité de la PSD. En outre, elle élargit le périmètre des personnes concernées en incluant les personnes classées en Gir 4 et supprime la récupération sur la succession, ce qui lui a permis de se développer bien plus rapidement que la PSD. Finalement, la loi relatif à l'adaptation de la société au viellisse-

ment qui devrait être mise en vigueur mi 2015 revalorise les plafonds de l'aide et renforce en particulier l'aide pour les personnes en Gir 1 et Gir 2. Dans le cadre de l'Apa, il est possible d'employer un ou plusieurs membres de sa famille sous condition qu'un contrat de travail soit établi. Cette possibilité semble davantage souligner une volonté de réduire le chômage que de créer des services de prise en charge de qualité.

Contrairement au Japon, le système de prise en charge de la dépendance en France s'est développé de manière progressive sans réforme fondamentale. L'Apa et la PSD sont venues compléter des systèmes déjà existants. Ce sont surtout la superposition de ces différents systèmes suivant des logiques différentes qui tendent à brouiller les objectifs des autorités françaises en matière de prise en charge de la dépendance. Cette absence de politique globale peut s'expliquer par une pression démographique moins importante, par la pluralité des dispositifs déjà existants, mais également par la présence de considérations politiques différentes, notamment celle de l'emploi. De nombreuses décisions ont été prises dans l'optique de réduire le chômage plutôt que d'améliorer réellement la qualité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

1.6 Conclusion

A travers la comparaison du Japon et de la France, cette étude a présenté deux manières différentes de mener des politiques d'aide au maintien à domicile et mis en évidence des éléments expliquant ces divergences.

Le Japon illustre l'exemple d'un pays ayant adopté un système unique de prise en charge de la dépendance. Les soins de santé et soins de longue durée sont apportés dans le cadre d'une même offre. Il met la personne âgée dépendante au cœur de la politique et développe des services dédiés uniquement à cette perte d'autonomie. Le système d'aide au maintien à domicile en France est au contraire fragmenté. Les soins de santé et les soins de longue durée ne sont pas nécessairement apportés dans un même cadre. Par ailleurs, les politiques de développement d'aide à domicile visent les services d'aide de manière globale sans qu'ils ne soient spécifiquement

dédiés aux personnes âgées dépendantes.

L'analyse de l'évolution des politiques dans le contexte démographique et économique du pays a permis de souligner l'importance du contexte national dans la compréhension des différents choix. Face à une problématique apparemment commune, les pays s'inscrivent dans des réalités et des considérations différentes qui les poussent à adopter des solutions dissemblables. Confronté à une évolution particulièrement rapide du vieillissement de la population et à un manque d'aide publique, le Japon a mené une réforme d'ensemble particulièrement importante afin d'améliorer considérablement la prise en charge à domicile et ainsi limiter les dépenses budgétaires de prise en charge en établissements ou dans les hôpitaux. Avec un taux de chômage marqué et un vieillissement de la population qui a commencé plus tôt mais de manière plus progressive, la France a mené des politiques d'aide aux personnes âgées dépendantes de manière incrémentale avec toujours un double objectif de créer des emplois en complément d'une prise en charge de la perte d'autonomie.

Cette étude, menée à un niveau institutionnel, ne permet pas d'appréhender clairement les prestations que peut recevoir un individu en fonction de sa situation familiale et financière. Il est à ce stade difficile de conclure sur la pertinence d'un système par rapport à l'autre du point de vue de l'utilisateur. Ce travail constitue ainsi une première étape dans le cadre d'une plus large compréhension des différences entre les systèmes français et japonais. En outre, cette étude, à travers ces deux exemples, souligne le caractère clé du contexte historique afin d'appréhender toute politique publique.

Bibliographie

- ANDRÉ, C. (2002). Etat providence et compromis institutionnalisés. des origines à la crise contemporaine. *Recherches*, pages 144–152.
- BERTRAND, D. (2010). Les services de soins infirmiers à domicile en 2008. *Etudes et Resultats*, 739.
- BILLAUD, S., BOURREAU-DUBOIS, C., GRAMAIN, A., LIM, H., WEBER, F. et XING, J. (2012). La prise en charge de la dépendance des personnes âgées à domicile : dimensions territoriales des politiques publiques. *Rapport MIRE/DREES sur la partie monographique de l'enquête Territoire*.
- BRESSÉ, S. (2004). Les services de soins infirmiers à domicile (ssiad) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002. *Etudes et résultats*.
- BURAU, V. D., THEOBALD, H. et BLANK, R. H. (2007). *Governing home care : A cross-national comparison*. Edward Elgar Publishing.
- CAMPBELL, J. C. et IKEGAMI, N. (2000). Long-term care insurance comes to japan. *Health Affairs*, 19(3):26–39.
- CAMPBELL, J. C. et IKEGAMI, N. (2002). Choices, policy logics and problems in the design of long-term care systems. *Social Policy & Administration*, 36(7):719–734.
- CAMPBELL, J. C. et IKEGAMI, N. (2003). Japan's radical reform of long-term care. *Social Policy & Administration*, 37(1):21–34.
- CAMPBELL, J. C. et IKEGAMI, N. (2009). Les enseignements politiques tirés de l'expérience d'autrui et des échanges internationaux en matière d'assurance sociale des soins de santé de longue durée : Allemagne , Japon et République de Corée. *Revue Internationale de Sécurité Sociale*, 62:73–94.
- CARBONNIER, C. (2009). Réduction et crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile, conséquences incitatives et redistributives. *Economie et statistique*, 427(1):67–100.

- CHEVREUL, K., BAHRAMI, S., LUCIER, S. et LELOUARNE, J. (2009). Les patients en service de soins infirmiers à domicile (ssiad), le coût de leur prise en charge et ses déterminants. *Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, Paris 2009.*
- CNSA (2010). Pour une politique de prévention au service de l'autonomie. *CNSA RAPPORT 2010.*
- COLOMBO, F., LLENA-NOZAL, A., MERCIER, J. et TJADENS, F. (2011). *OECD Health Policy Studies Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care : Providing and Paying for Long-Term Care.* OECD Publishing.
- COMMISSION DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (2011). Les comptes de la sécurité sociale. Rapport public.
- DA ROIT, B. et LE BIHAN, B. (2010). Similar and yet so different : Cash-for-care in six european countries' long-term care policies. *Milbank Quarterly*, 88(3):286–309.
- DUÉE, M. et REBILLARD, C. (2006). La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. *INSEE*, pages 613–619.
- ELBAUM, M. (2008). *Economie politique de la protection sociale.* Presses Universitaires de France.
- ENNUYER, B. (2007). 1962-2007 : regards sur les politiques du «maintien à domicile». *Gérontologie et société*, 123(4):153–167.
- FRAGONARD, B. (2011). Stratégie pour la gouvernance de la dépendance des personnes âgées—rapport du groupe n 4 sur la prise en charge de la dépendance. *Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale.*
- GIMBERT, V. et MALOCHET, G. (2011). Les défis de l'accompagnement du grand âge. Conseil d'Analyse Stratégique.
- HEALTH AND WELFARE STATISTICS ASSOCIATION (2010/2011). *Journal of Health and Welfare Statistics.* Health and Welfare Statistics Association.

- HISAZUKA, J. et YAMADA, S. (2011). *Shakai Hoshyo Ho - Kaitai Shinsho (Le droit de la Sécurité sociale - l'ouvrage de démentèlement)*. Horitsu Bunka Shya.
- IZUHARA, M. (2003). Social inequality under a new social contract : Long-term care in japan. *Social Policy & Administration*, 37(4):395–410.
- JANY-CATRICE, F. (2010). La construction sociale du «secteur» des services à la personne : une banalisation programmée ? *Sociologie du travail*, 52(4):521–537.
- KATO, T., KIKUCHI, Y., KURATA, S. et MAEDA, M. (2009). *Social Security Law*. Yuhikaku Arma.
- KERGUERIS, M. (2010). Rapport d'information - Services à la personne : bilan et prospective. *Rapport du Sénat*, 589.
- LE BIHAN-YOUIYOU, B. (2010). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en france. vers la création d'un cinquième risque ? *Informations Sociales*, 157(3):124–133.
- MAKDESSI, Y. et EGHBAL-TÉHÉRANI, S. (2011). Les estimations GIR dans les enquêtes Handicap-Santé 2008-2009. Rapport technique, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
- MAKITA, M. (2010). Gender roles and social policy in an ageing society : the case of japan. *International Journal of Ageing and Later Life*, 5(1):77–106.
- MARTIN, C. (2001). Les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes. *Travail, genre et sociétés*, (2):83–103.
- MARTIN, C. (2006). Prendre soin des personnes âgées dépendantes : le défi européen et le modèle français. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 32(3):495–509.
- MASUDA, M. (2003). *Kaigo Hogen Minaoshi no Souten (Les enjeux de la réforme de l'assurance dépendance)*. Horitsu Bunka Shya.
- PALIER, B. (2005). *Gouverner la sécurité sociale*. Presses Universitaires de France.

- PISON, G. (2009). Le vieillissement démographique sera plus rapide au sud qu'au nord. *Population & sociétés*, 457.
- ROSSO-DEBORD, V. (2010). La prise en charge des personnes âgées dépendantes. *Rapport d'information*, 2647.
- SUGA, Y. (1996). Nihon homu herupu ni okeru kaigo fukushi no keiseishi (l'histoire de la création de l'aide à domicile comme aide sociale au japon). *Shakai Kankei Kenkyu*, 1(2):87-122.
- VASSELLE, A. (2008). Rapport d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque. *Rapport du Sénat*, 447.
- WILENSKY, H. (1975). *The Welfare State and Equality : Structural and Ideological Roots of Public Expenditures*. Berkeley : University of California Press.
- ZAIMAN, C., LE GARREC, M., BOUVET, M. et KOUBI, M. (2012). Comptes nationaux de la santé - 2011. Drees.

Chapitre 2

Prise en charge de la dépendance à domicile : une comparaison par les cas-types¹

Résumé

Cet article met en exergue les similitudes et les divergences de la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile entre le Japon et la France en se plaçant du point de vue de l'utilisateur. Le travail comparatif s'appuie d'une part sur des entretiens semi-directifs menés auprès des professionnels de la santé et du social et d'autre part sur un projet des cas-types. L'étude montre un système de prise en charge japonais particulièrement standardisé, aussi bien dans le processus d'évaluation que dans la composition des aides. Le système français, moins standardisé, semble accorder une plus grande importance aux inégalités de ressources.

1. Ce article a été publié dans La Revue de l'Ires : Ishii, K. (2014). La prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile en France et au Japon : quelles différences?. La Revue de l'Ires, 79 (4), 3-33

2.1 Introduction

Si la croissance de la part des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population a soulevé de nombreuses interrogations au sujet des retraites et des dépenses de santé, celle des personnes âgées de 80 ans et plus prévue dans les prochaines décennies entraîne de nombreuses problématiques liées à la dépendance. En effet, la dépendance, définie comme le besoin d'aide des personnes âgées à accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne, progresse avec l'âge et augmente particulièrement à partir de 80 ans (Duée et Rebillard, 2006).

À l'heure actuelle, quel que soit le pays, la prise en charge de la dépendance repose fortement sur l'aide informelle apportée par les enfants adultes (jeunes seniors de 50 à 65 ans), dont une majorité de femmes (Colombo *et al.*, 2011). Or, d'une part le nombre de seniors de 50 à 65 ans augmente moins rapidement que celui des personnes âgées de 80 ans et plus, d'autre part la participation des femmes sur le marché du travail, et notamment celle des femmes âgées, tend à croître. Le taux d'emploi des femmes âgées de 55 à 64 ans des pays de l'OCDE est passé de 41,7% en 2005 à 45,4% en 2010. La demande d'aide de soins et d'aide quotidienne devrait ainsi croître alors que le stock d'aide informelle devrait diminuer, augmentant la probabilité pour de nombreux pays de l'OCDE de se retrouver dans une situation de *Care deficit*.

Le cas japonais est particulièrement préoccupant car il est marqué par un niveau de vieillissement démographique encore jamais atteint. Si le processus de vieillissement a commencé plus tard qu'en France, il s'est en revanche effectué à un rythme extrêmement élevé. Depuis le début des années 2000, le Japon est le pays où le vieillissement est le plus avancé et son avance sur le reste du monde devrait se maintenir au cours des prochaines décennies. En 2010, la part des personnes âgées de 65 ans et plus représentait 23% de la population japonaise, contre 18% en Europe de l'Ouest et 13% en Amérique du Nord. Face à cette évolution, les pouvoirs publics ont progressivement mis en place des mesures visant à intégrer la question de la dépendance dans le périmètre des politiques publiques pour finalement adopter un système d'assurance à la dépendance obligatoire en 2000. Au sein de ce cadre institutionnel, les autorités japonaises ont affiché leur volonté de privilégier l'aide à domicile par rapport à celle en établissement.

Autour de 2025-2030, les prévisions centrales de l'ONU montrent que la structure démographique française devrait ressembler à celle du Japon de 2010. Si la France s'appuie aujourd'hui sur une combinaison de dispositifs sans système unique, la création d'un *risque de la dépendance* comme *cinquième risque*² de la Sécurité sociale est une option qui a été soulevée et le débat n'est pas encore clos. L'analyse des différences entre le système japonais et le système français apporte des éléments de réflexion pour la mise en place éventuelle d'une assurance dépendance en France.

L'objectif de cet article est ainsi de comparer les solutions adoptées par la France et le Japon en termes de prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile. À l'instar de Le Bihan et Martin (2006), nous adoptons une méthode comparative au niveau individuel. En effet, alors que les études au niveau institutionnel permettent d'identifier les caractéristiques convergentes et divergentes des systèmes et de saisir l'évolution générale, l'analyse au niveau individuel permet d'appréhender les caractéristiques des systèmes en étudiant précisément les prestations auxquelles un usager peut prétendre en fonction de son niveau de dépendance et de sa situation socio-économique et familiale.

Le travail comparatif de cet article s'articule autour de deux approches : l'examen du processus de prise en charge et l'analyse de plans d'aide constitués pour des situations concrètes. Le premier repose sur des entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels de la santé et du social. L'intérêt est particulièrement porté sur la procédure d'évaluation. Le second, qui se focalise sur la logique de composition des plans et l'impact des revenus du bénéficiaire sur l'aide publique s'appuie quant à lui sur la méthode des cas-types. Celle-ci consiste à construire des cas concrets puis à analyser les réponses apportées à chaque situation. D'après notre étude, le système japonais de prise en charge apparaît comme un système particulièrement standardisé aussi bien dans le processus d'évaluation que dans la composition des aides. À travers l'adoption de réglementations strictes, le gouvernement japonais impose une vision claire de la prise en charge. Il favorise la prise en charge mixte qui combine l'aide à domicile et celle en centre d'ac-

2. Les quatre branches actuelles de la Sécurité sociale sont la branche maladie, la branche accidents du travail et maladies professionnelles, la branche retraite et la branche famille.

cueil de jour. En revanche, le niveau de revenus n'étant pas systématiquement pris en compte, l'effort pour lutter contre les inégalités de revenus reste limité. En France, une logique de prise en charge systématique n'apparaît pas au niveau national. En revanche, la France semble accorder une plus grande importance aux inégalités de ressources.

L'article débute par une présentation historique des politiques de prise en charge de la dépendance et une description des dispositifs actuellement en œuvre au Japon et en France (sections 2.2 et 2.3). La section suivante expose l'approche méthodologique de la comparaison (section 2.4). Finalement les résultats sont présentés en trois parties. La première met en exergue les différences qui apparaissent dans le processus d'évaluation des besoins et de définition du plan (section 2.5). Les deux suivantes présentent la composition des plans d'aide (section 2.6) et l'impact des revenus de la personne âgée dépendante sur l'aide perçue (section 2.7).

2.2 La prise en charge de la dépendance au Japon

Au Japon, les premiers dispositifs spécifiques à la dépendance sont formalisés à la fin des années 1980. Dans un premier temps, ce sont des dispositifs appartenant à la logique de l'aide sociale qui sont mis en place avec le *Gold Plan*. Cependant, face aux difficultés budgétaires et à l'augmentation importante du nombre de personnes dépendantes, le Japon adopte en 1997-2000 un système assurantiel obligatoire de dépendance (Campbell, Ikegami, 2003). Il s'inspire alors de l'exemple de l'Allemagne qui avait d'ores et déjà opté pour un système assurantiel (assurance pour les soins) en 1990-1995 (Campbell, Ikegami, Kwon, 2009). Le Japon se distingue néanmoins du système allemand aussi bien sur l'organisation, les critères d'accès que sur la nature des prestations (l'assurance allemande offre le choix entre prestation en nature et prestation financière tandis que le Japon ne prévoit qu'une prestation en nature).

Depuis la mise en place de l'assurance dépendance obligatoire en avril 2000, toutes les personnes âgées de 40 ans et plus cotisent de manière mensuelle, en fonction de leurs revenus, auprès de l'assurance et toutes les personnes dites dépendantes ont accès aux services éligibles à l'assurance, sans aucune condition de ressources. Est considérée comme dépendante toute personne

âgée de 65 ans et plus dont une perte d'autonomie est identifiée lors d'une évaluation spécifique. Une personne âgée de 40 à 64 ans peut également être considérée comme dépendante si elle est touchée par une maladie généralement liée à la vieillesse³.

L'assurance japonaise distingue sept niveaux de dépendance : les niveaux en prévention 1 et 2, puis les niveaux en dépendance 1 à 5⁴. Les termes utilisés au Japon sont *Yôshienshuya* et *Yôkaigoshuya*, qui signifient littéralement *personnes ayant besoin de soutien et personnes ayant besoin de soin (Care)*. Les personnes en prévention ne sont pas considérées comme des personnes véritablement dépendantes mais comme des personnes âgées ayant besoin de soutien pour certaines tâches de la vie quotidienne et pour lesquelles des activités préventives pourraient ralentir la perte d'autonomie. Les personnes autonomes ne sont pas classées.

Les prestations sont en grande majorité fournies par des prestataires privés à but lucratif ou non, ayant obtenu un agrément, et en partie par des établissements publics notamment les municipalités. Outre la cotisation que l'assuré continue de verser, une participation à hauteur de 10 % du coût du service est demandée aux utilisateurs, le reste étant à la charge de l'assurance. Les prestations sont dispensées en nature et, sauf pour de rares cas, le dispositif japonais ne prévoit pas de prestation en espèces. La rémunération d'un aidant proche n'est pas prévue dans ce système.

Le niveau des prestations attribuées (ou plus exactement accessibles à 10% des tarifs) est déterminé en fonction du niveau de dépendance : un nombre maximum d'unités de services est fixé pour chaque niveau de dépendance, sachant qu'un service *coûte* un nombre d'unités défini par le ministère⁵ (table 2.1). Dans la limite des droits octroyés, l'assuré peut librement combiner

3. Cancer en phase terminale; rhumatisme articulaire; sclérose latérale amyotrophique; ossification du ligament longitudinal du postérieur; ostéoporose avec fracture; démence prématuroe; paralysie supranucléaire progressive; dégénérescence cortico-basale; maladie de Parkinson; dégénérescence spinocérébelleuse; sténoses du canal rachidien; progéria; atrophie multi-systématisée; neuropathie diabétique; néphropathie diabétique; rétinopathie diabétique; maladie cérébrovasculaire; artérioscléroses oblitérantes; maladies pulmonaires obstructives chroniques; arthrose avec déformation de l'articulation du genou ou de la hanche.

4. Les termes en prévention et en dépendance retenus ici sont les mêmes que ceux utilisés dans Gimbert, Malochet (2011). Dans le système japonais, le niveau 1 de dépendance regroupe les personnes les plus autonomes, et le niveau 5 les personnes les plus touchées par la dépendance.

5. À titre indicatif, une aide ménagère de 45 minutes équivaut environ à 235 unités.

les services (table 2.2) dont il souhaite bénéficier. Le tarif d'un service est déterminé à l'aide du nombre d'unités fixé pour ce service par le ministère et du prix en yens d'une unité. Une unité de services correspond environ à dix yens et varie en fonction de l'emplacement géographique du prestataire. Chaque assuré cotise ainsi selon ses moyens alors que les droits sont octroyés selon le niveau de dépendance.

TABLE 2.1 – Plafond mensuel de services accessibles par niveau de dépendance

Niveau dépendance	en	10 yens/unité		10,7 yens/unité	
	unités	yens	euros	yens	euros
Prévention 1	4 900	49 000	388	52 430	415
Prévention 2	10 400	104 000	822	111 280	880
Dépendance 1	16 580	165 800	1 311	177 406	1 403
Dépendance 2	19 480	194 800	1 541	208 436	1 648
Dépendance 3	26 450	264 500	2 092	283 015	2 238
Dépendance 4	30 600	306 000	2 420	327 420	2 589
Dépendance 5	35 830	358 300	2 834	383 381	3 032

Note : Une personne dépendante au niveau dépendance 2 peut accéder à des services jusqu'à hauteur de 19 480 unités. Le plafond des prestations accessibles est de 194 800 yens (1 541 euros en parité de pouvoir d'achat 2010) dans le cas où une unité coûte 10 yens et de 208 436 yens (1 648 euros) dans le cas où elle coûte 10,7 yens. Le reste à charge est de 10 % du montant des services, soit 19 480 yens dans le premier cas et 20 843 yens dans le deuxième.

Source : mhlw.go.jp ; oecd.org pour le taux de change

TABLE 2.2 – Services proposés dans le cadre de l'assurance dépendance

Services à domicile	Service d'aide ménagère à domicile Service d'aide physique à domicile Service de bain à domicile (bains ambulants) Service de nuits (visite de nuit) Soins infirmier à domicile Service de rééducation à domicile
Services d'accueil de jour	Centre d'accueil journalier Centre de rééducation
Services d'accueil temporaire	Centre d'accueil temporaire Centre d'accueil temporaire médicalisé Centre d'accueil pour personne atteinte de démence
Autres aides	Etablissements multifonctionnels Location d'équipements spécialisés Vente d'équipements spécialisés Rénovation du logement (adaptation)

Si le fonctionnement général de l'assurance dépendance n'applique pas de progressivité du

ticket modérateur⁶, d'autres modalités sont toutefois prévues pour aider les personnes ayant des difficultés financières. Ces aides permettent de plafonner le reste à charge en fonction des revenus ou de réduire le reste à charge de certaines prestations. Outre ces modalités, un système supplémentaire d'aide sociale *Seikatsu Hogo* apporte des aides aux plus démunis. Ceux qui bénéficient du *Seikatsu Hogo* sont exonérés du reste à charge et de la cotisation.

2.3 La prise en charge de la dépendance en France

De la même manière qu'au Japon, la question de la dépendance devient une question prégnante en France à la fin des années 1980. Le débat est lancé avec la préparation du rapport de Théo Braun de la Commission nationale d'études sur les personnes âgées dépendantes. Il sera suivi de nombreux rapports, mais aucun projet n'aboutit avant le milieu des années 1990. Après une première phase de mise en œuvre d'une prestation expérimentale dépendance (PED) instituée par la loi du 25 juillet 1994, la loi qui met en place la prestation spécifique dépendance (PSD) est adoptée en 1997 (Le Bihan-Youinou, 2010). La PSD permettait de financer, en fonction du niveau de dépendance et des revenus, un plan d'aide conçu par une équipe médico-sociale. Critiquée pour être trop restrictive et dissuasive, la PSD a été remplacée par l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa) avec l'adoption de la loi du 20 juillet 2001 (Rosso-Debord, 2010). D'une part, la PSD était récupérable sur les successions. D'autre part, cette aide était réservée aux personnes classées en groupes iso-ressources (Gir) 1 à 3. Le Gir désigne différents niveaux de perte d'autonomie : le Gir 6 regroupe les personnes autonomes et le Gir 1 les personnes les plus lourdement touchées par la dépendance, c'est-à-dire les personnes "confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants". L'Apa élargit le périmètre des personnes concernées en incluant les personnes classées en Gir 4 et enlève la récupération sur la succession. L'Apa s'est alors développée beaucoup plus rapidement que la PSD.

Les premiers dispositifs exclusivement destinés aux personnes âgées dépendantes sont donc

6. C'est-à-dire le taux de participation des bénéficiaires.

apparus en 1997, mais les efforts publics en matière de prise en charge des personnes âgées dépendantes en France ne se traduisent pas uniquement par des dispositifs qui leur sont exclusivement dédiés. Contrairement au Japon, la prise en charge des personnes âgées dépendantes ne s'organise pas autour d'un système unique, mais à travers l'imbrication de plusieurs dispositifs faisant intervenir divers acteurs dans le financement et dans l'organisation : elle s'appuie aussi bien sur les dispositifs spécifiques à la dépendance que sur d'autres systèmes, notamment l'assurance santé, l'assistance sociale et les mesures fiscales. Parmi ces nombreux dispositifs, l'Apa et les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) sont les plus importants en termes de dépenses budgétaires.

L'Apa définit la dépendance comme l'état d'une personne âgée de 60 ans et plus qui a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou requiert une surveillance régulière. L'évaluation de la dépendance dans le cadre de l'Apa s'appuie sur la grille Aggir (déjà utilisée dans le cadre de la PSD) qui classe les personnes en six groupes (Gir 1 à Gir 6) en fonction de leur niveau d'autonomie. Selon les critères d'accès à l'Apa, seules les personnes en Gir 1 à 4 sont considérées comme étant dépendantes.

L'Apa finance tout ou partie d'un plan d'aide proposé par l'équipe médico-sociale du Conseil général en fonction du niveau de dépendance et des besoins du demandeur, dans la limite du plafond fixé par le Gir. L'accès à cette allocation n'est soumis à aucune condition de ressources, mais le ticket modérateur dépend des revenus. Il peut varier de 0 à 90% des dépenses et il représentait en moyenne 21 à 24% des dépenses (selon les différents Gir) en 2007 (Vasselle, 2008).

Lorsque la perte d'autonomie est accompagnée de problèmes de santé nécessitant une intervention infirmière, une personne dépendante peut également bénéficier des soins des Ssiad⁷ ou des services polyvalents d'aides et de soins à domicile (Spasad⁸). Les Ssiad sont des services médico-sociaux qui, sous prescription du médecin, apportent à domicile des prestations de soins infirmiers et d'hygiène générale aux personnes âgées de 60 ans ou plus. Depuis 2004, ces services

7. Les éléments concernant le Ssiad s'appuient sur les propos recueillis auprès de Anne-Marie Laumay, infirmière coordinatrice du Ssiad de Valbonnais, sur l'étude de Bertrand et Falinower (2011) et de Chevreul, Bahrami, Lucier et al. (2009).

8. Les Spasad ne constituaient que 2% des services de soins infirmiers à domicile en 2008 (Bertrand, Falinower, 2011). Dans la suite du texte, le terme Ssiad est utilisé pour désigner l'ensemble des services.

peuvent également être apportés aux adultes de tout âge présentant un handicap ou atteints d'une maladie chronique. Les frais des soins apportés par le Ssiad sont pris en charge par l'Assurance maladie dans le cadre d'une dotation globale de soins (Chevreul, Bahrami, Lucier et al., 2009).

Parallèlement à l'Apa et au Ssiad, d'autres dispositifs permettent de procurer de l'aide à ceux qui ne peuvent accéder à l'Apa, de réduire le reste à charge des bénéficiaires ou d'augmenter le volume d'aide. L'aide sociale aux personnes âgées ou la réduction d'impôts pour l'emploi de personnel à domicile sont des exemples parmi d'autres. L'aide sociale aux personnes âgées prévoit des aides ménagères aux personnes âgées de 60 ans et plus, ayant de faibles revenus et ne pouvant bénéficier de l'Apa (en raison d'un faible niveau de perte d'autonomie). La réduction d'impôts permet également de défiscaliser 50% des sommes déclarées pour l'emploi de personnel à domicile. Cette mesure n'est pas uniquement destinée aux personnes âgées dépendantes, mais le montant des exonérations est plus important pour les foyers avec des enfants, des enfants handicapés ou des personnes âgées de plus de 65 ans (Kergueris, 2010).

2.4 Méthodologie de la comparaison

La suite de l'article compare les systèmes de prise en charge entre le Japon et la France en se plaçant du point de vue de l'utilisateur. Contrairement aux études institutionnelles, les études au niveau individuel permettent d'analyser l'aide apportée à un individu selon ses caractéristiques et d'examiner comment elle est concrètement mise en œuvre. Elles mettent ainsi en exergue différentes logiques peu visibles à travers des études au niveau institutionnel.

Notre approche comparative se traduit par deux éléments : 1) l'examen du processus de prise en charge ; 2) l'analyse des plans d'aide constitués pour des situations concrètes de dépendance à travers un projet des cas-types. La démarche est dans l'esprit proche des travaux de Le Bihan et Martin (2006) qui ont effectué une étude comparative du système de prise en charge de la dé-

pendance dans six pays d'Europe (Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède⁹).

Le processus de prise en charge a été étudié à travers des entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels de la santé et du social (voir encadré page 92). Des acteurs intervenant à différentes étapes du processus ont été interrogés sur le déroulement de la prise en charge d'un usager. Ce travail permet d'identifier un schéma précis des différentes étapes et d'appréhender la logique qui sous-tend chacune de ces étapes. L'intérêt est particulièrement porté sur la procédure d'évaluation et l'articulation entre cette évaluation et le plan d'aide.

Encadré

Profession des personnes interrogées

En France :

- Chef de service autonomie du Conseil général territorial de la Matheysine (Isère) ;
- Infirmières coordinatrices du Ssiad de Valbonnais (Isère) ;
- Responsables ADMR (Isère et Mayenne) ;
- Médecin coordinateur (Isère) ;
- Instructeur prestations d'aide sociale au Conseil général (Alpes de Haute-Provence).

Au Japon :

- Care Manager spécialisé pour les personnes en prévention (municipalité de Itoh) ;
- Care Managers rattachés à un prestataire de service (Itoh, Kobe) ;
- Responsables de département des services pour les personnes âgées à la Municipalité (Itoh) ;
- Directeur de prestataires de services (Olympia) et membre du comité d'évaluation (Kobe) ;
- Responsables de prestataires de services (J. Elderly) (Tokyo).

Dans une seconde partie de l'étude, les plans d'aide sont analysés à travers la méthode des cas-types. Celle-ci consiste à construire des exemples de cas concrets et d'étudier les réponses qui leur sont apportées dans chaque pays. L'objectif est d'une part de mettre en évidence les logiques qui orientent la composition des plans d'aide et d'autre part d'analyser l'impact des revenus sur l'aide. Suivant l'approche de Le Bihan et Martin (2006), sept cas parmi ceux utilisés

9. Leur étude portait sur des territoires (des sites) et non sur des pays : Rome, Barcelone, Ile-et-Vilaine, Stockholm et Münster. Le territoire du Royaume-Uni est resté anonyme.

dans leurs travaux ont été retenus pour notre étude¹⁰ (table 2.3). Des informations sur le niveau de dépendance, les ressources et la présence ou non d'un soutien familial y sont précisées. La sélection des cas a été effectuée en veillant à maintenir un équilibre entre le nombre de cas avec et sans dépendance psychique. Les quatre premiers sont des situations de dépendance sans dépendance psychique. Les trois suivants sont au contraire des cas avec dépendance psychique. Enfin, chacun des cas a été décliné en deux situations de ressources. Les niveaux de ressources définis par décile dans le projet de Le Bihan et Martin (2006) ont été actualisés à l'aide des données des revenus disponibles en 2005 par unité de consommation publiées par l'OCDE (voir l'encadré page 95 pour un exemple détaillé d'un cas-type¹¹).

Les cas ont été soumis à des professionnels pour établir les plans d'aide. Le projet a été mené en 2011 au Japon et en 2012 en France. Au Japon, deux Care Managers de Kobe ont été sollicités. Les Care Managers aident les personnes âgées dépendantes à constituer les plans d'aide et coordonnent les différents services. En France, les plans d'aide ont été dans un premier temps constitués par une équipe médico-sociale d'un Conseil général et par des infirmières coordinatrices de Ssiad en Isère. Les réponses ont été apportées sous le format qu'ils souhaitaient, à savoir le format sur lequel ils avaient l'habitude de travailler.

10. Ils correspondent aux cas 1, 2, 4, 5, 6, 7 et 12 de leur projet. Le nombre de cas a été restreint à sept pour des raisons de disponibilité des professionnels qui ont accepté de travailler sur le projet.

11. La description détaillée de tous les cas types est disponible dans le rapport remis à l'Agence d'objectifs de la CFE-CGC.

TABLE 2.3 – Présentation résumée des sept cas-types

Cas-type, nom, âge	Situation Familiale	Situation clinique	Dépendance
1. Monsieur A (68 ans) (68 ans)	Habite avec sa mère (83 ans)	Insuffisance Cardiaque; amputé d'une jambe (non appareillé)	Difficulté pour la toilette, hygiène corporelle, s'habiller et se déshabiller. Se déplace en fauteuil roulant électrique.
2. Madame B (79 ans)	Veuve 2 enfants à 100km.	Fractures du fémur à répétition; plaie de la face dorsale du gros orteil; dépressive	Se déplace avec des cannes; de moins en moins autonome; alitée toute la journée; elle ne fait plus la toilette; difficultés à s'habiller seule; fuites urinaires.
3. Madame D (71 ans)	Marié (conjoint autonome) Vit aussi avec sa mère (86 ans) un fils dans la même commune	Alcoolique; fracture du col du fémur; oscille entre dépressive et agressive	Se déplace péniblement avec un déambulateur; autonome sauf pour la toilette et l'habillage du bas (aidé par conjoint); ne peut sortir de son logement sans aide.
4. Monsieur E (69 ans)	Marié (conjoint autonome). 3 enfants dont une fille au chômage et à proximité.	Accident cardio-vasculaire cérébral ischémique; hémiphégie droite et aphasie; souffre de dépression	Se déplace avec déambulateur; assure partiellement l'habillage; besoin d'aide pour le bas du corps, passage du fauteuil à une chaise.
5. Madame O (68 ans)	Mariée (conjoint autonome) Deux filles habitent à proximité.	Alzheimer	Assise ou alitée 24h/24; Ne parle pas, ne reconnaît plus ses proches, ne mange pas seule.
6. Monsieur T (88 ans)	Marié (conjointe autonome) Deux enfants à proximité	Dégénérescence neurologique	Ne peut se déplacer, s'habiller, se lever seul; incontinent; mange avec une petite aide; conjointe déprimée
7. Monsieur J (80 ans)	Vit avec sa fille et son gendre (à la retraite)	Alzheimer à un stade avancé.	Parfaitement valide; Déambule et nécessite surveillance permanente; besoin d'aide pour le lever, le coucher, la toilette et s'alimenter.

Source : (Martin *et al.*, 2002a)

Encadré

Exemple d'un cas-type

Madame B (Cas 2) a 79 ans. Elle est veuve depuis quelques mois. Madame B a eu une fracture du col du fémur en 1988. On a constaté en 2001 une reprise de la fracture du col. Puis en 2010, elle a souffert d'une luxation de la prothèse pour laquelle elle a dû être hospitalisée. Sur les trois derniers mois, Madame B a été de nouveau hospitalisée pour une plaie de la face dorsale du gros orteil et des douleurs des membres inférieurs. Elle ne marche plus seule et est alitée toute la journée dans un lit médical. Une hospitalisation à domicile a été mise en place. Madame B est dépressive et semble avoir perdu le goût de vivre. Elle ne fait absolument plus sa toilette, elle a des difficultés à s'habiller seule et ne se déplace plus à l'extérieur de son domicile. Elle parvient à assurer seule son élimination mais avec un bassin urinal. Elle a aussi des fuites urinaires.

Situation 1 : Madame B a des ressources d'environ 972 euros par mois (décile 2). Elle n'est pas propriétaire de son logement et a peu de patrimoine mobilier.

Situation 2 : Madame B dispose d'un revenu mensuel supérieur à 2 603 euros (décile 10). Il comprend une retraite d'un montant d'environ 1 639 euros, une pension de reversion (de son mari) d'un montant d'environ 702 euros et un revenu de placement d'un montant d'environ 467 euros.

Lors de l'identification des plans d'aide dans le cadre du projet, les Care Managers japonais ont été confrontés à des difficultés dues à la liberté laissée aux usagers et aux mécanismes des aides supplémentaires. Premièrement, contrairement au cas de la France où le plan d'aide est défini par l'équipe médico-sociale et/ou l'infirmier coordinateur du Ssiad, au Japon ce sont les usagers qui constituent eux-même leur plan avec les conseils d'un Care Manager. Certains usagers utilisent tous leurs droits alors que d'autres limitent l'utilisation pour des raisons de préférence (préférence de l'aide informelle à l'aide formelle, par exemple) ou budgétaires. Le plan d'aide constitué au Japon pour un même cas peut ainsi varier en fonction des revenus alors que les plans proposés dans le cadre de l'Apa et du Ssiad sont les mêmes quels que soient les revenus. Deuxièmement, les aides complémentaires ne sont pas octroyées automatiquement en fonction du niveau des revenus mais nécessitent des démarches supplémentaires pour chaque type d'aide. Les critères d'accès sont parfois flous (Seikatsu Hogo¹²) et certaines aides ne sont accessibles que si l'utilisateur fait appel à un prestataire avec un statut juridique spécifique.

12. S'il existe des critères de ressources et de capital, la décision finale est prise au cas par cas.

Pour contourner ces difficultés, il a été demandé aux Care Managers de préparer deux séries de plans d'aide. Dans la première, les Care Managers ont constitué les plans d'aide qu'ils considéraient comme étant les plus appropriés en fonction de la situation de la personne dépendante, en supposant que le bénéficiaire ait la possibilité d'utiliser pleinement ses droits. Le niveau des revenus n'a pas été pris en compte pour la constitution de ces plans d'aide. Ils ont été désignés comme des plans standards (table 2.4). Dans un second temps, afin de rendre compte de l'impact des aides complémentaires financières sur le plan d'aide, il a été demandé aux Care Managers de constituer pour les cas 2, 3 et 4, plusieurs plans en prenant en considération les différentes aides supplémentaires dont pourraient bénéficier l'utilisateur et cohérents avec la réalité (table 2.6). Les deux situations financières prévues initialement n'ont donc pas été mobilisées pour la préparation des plans japonais.

2.5 Les évaluations du degré de dépendance et du besoin : quelle procédure ?

Au Japon, la procédure d'évaluation du niveau de dépendance s'avère particulièrement lourde et longue. Elle fait intervenir différents acteurs : l'assistant social qui complète une grille d'évaluation contenant 74 éléments, le médecin qui émet un avis et le comité d'évaluation qui valide le niveau de dépendance en fonction des deux éléments précédents. La même grille d'évaluation est utilisée au niveau national. Théoriquement, le niveau de dépendance est déterminé uniquement en fonction des capacités physiques et cognitives. En pratique, l'assistant social a la possibilité de préciser certains éléments dans le dossier d'évaluation qui peuvent influencer la décision du comité. Ces éléments peuvent porter sur la situation familiale, la présence ou non d'aidant familial ou la gravité du niveau de démence. Le niveau de dépendance qui en ressort détermine le plafond du plan d'aide. La définition du plan intervient dans une seconde étape mais n'implique pas d'évaluation à proprement parler. Dans la limite du plafond fixé selon le niveau de dépendance, les personnes aidées sélectionnent et combinent les services parmi ceux catalogués (définis) par l'assurance dépendance. Les Care Managers conseillent les bénéficiaires dans le choix des services et coordonnent les prestataires mais la décision revient aux bénéfi-

ciaires qui ont également la possibilité de contacter directement les prestataires sans passer par un Care Manager¹³. Les bénéficiaires n'utilisent pas nécessairement la totalité de leurs droits, mais il existe un lien direct entre le niveau de dépendance et les droits octroyés à chaque individu.

La France distingue deux circuits d'accès à la prise en charge : le premier à destination de l'Apa et le second vers les soins du Ssiad.

L'évaluation du niveau de dépendance pour l'Apa est également formalisée mais relativement plus simple qu'au Japon. Elle est effectuée par un membre de l'équipe médico-sociale du Conseil général à l'aide d'une grille unique (grille Aggir) qui contient dix éléments. Suite à la détermination du niveau de dépendance, lorsque celui-ci est défini au Gir 1 à 4, l'équipe médico-sociale procède à l'évaluation des besoins et établit un plan d'aide en fonction du niveau Gir, des besoins et des souhaits de la personne âgée. Cette deuxième étape se distingue de l'intervention des Care Managers au Japon qui jouent un rôle de conseil mais ne prennent aucune décision. En France, c'est l'équipe médico-sociale qui définit le plan d'aide dans la limite du plafond. La décision du plan revient au Conseil général. Différentes pratiques ou contraintes budgétaires au niveau du Conseil général peuvent intervenir dans la définition du plan. Le bénéficiaire donne un avis consultatif et peut accepter ou refuser le plan. Dans le cas de l'Apa, le plafond défini par le niveau Gir ne correspond donc pas à un droit systématiquement octroyé au bénéficiaire.

Les soins du Ssiad sont quant à eux dispensés sur prescription du médecin. Si en principe le niveau Gir ne limite pas l'accès à ces soins, en pratique les Ssiad refusent la prise en charge des personnes en Gir 5 ou 6. L'élaboration du plan d'aide et sa mise en œuvre sont coordonnées par l'infirmier coordinateur en fonction des besoins du patient. La situation familiale tout autant que l'aide apportée par l'Apa peuvent être prises en compte lors de cette élaboration.

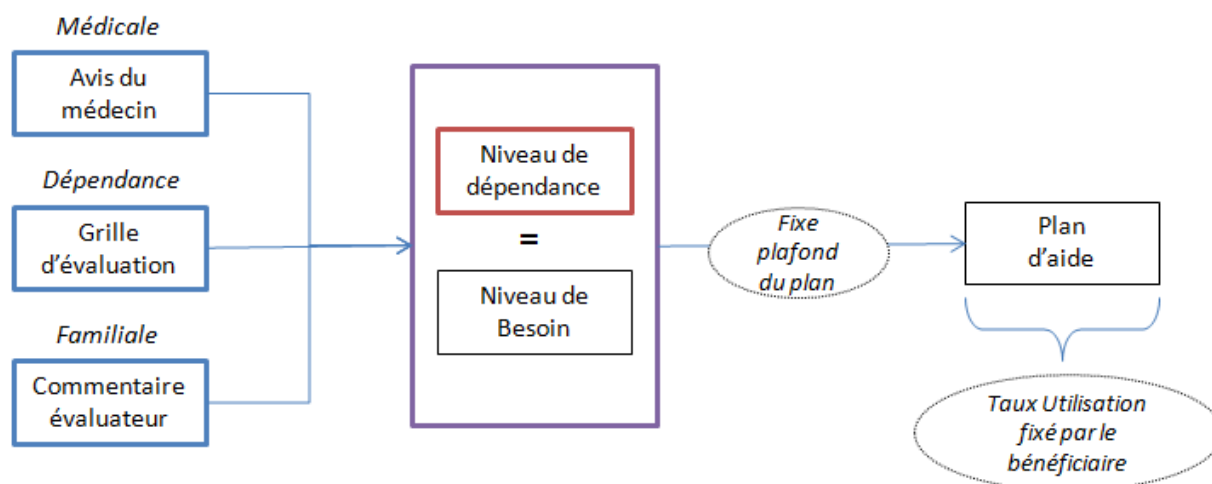
Ainsi que l'illustre la figure 2.1, le niveau de dépendance identifié à travers le processus d'évaluation de l'assurance dépendance japonaise et le niveau Gir en France ne revêtent pas la

13. En réalité il est extrêmement rare qu'un bénéficiaire de l'assurance dépendance ne fasse pas appel à un Care Manager.

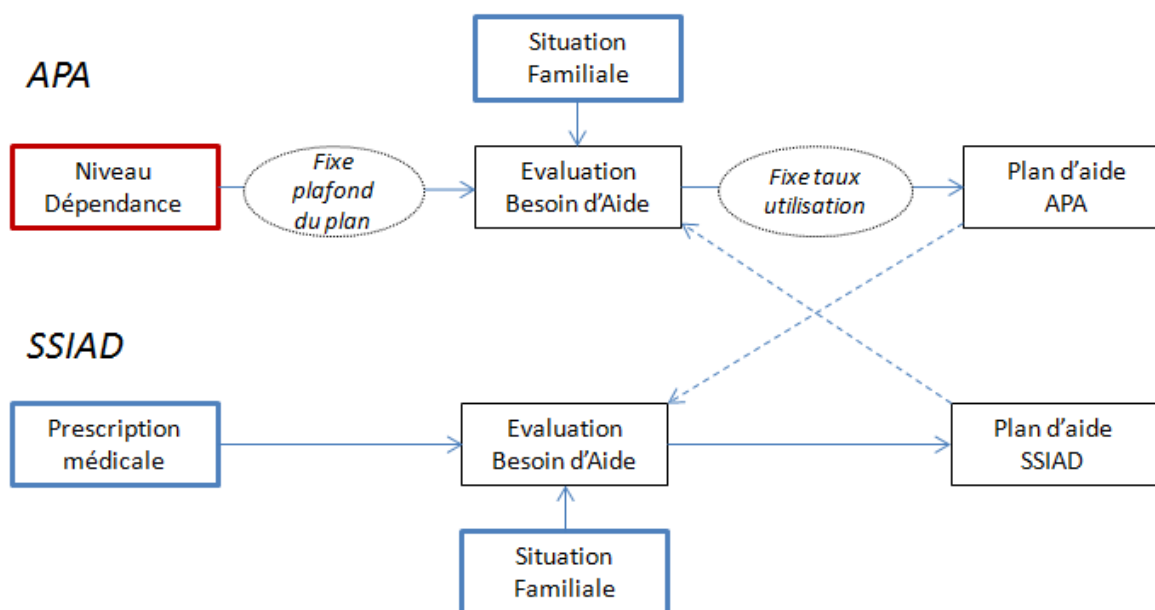
même signification. Le niveau de dépendance japonais prend en compte la dimension médicale, la dimension de la dépendance et familiale (même si la prise en compte de la dimension familiale est moins explicite) et ne se distingue pas du niveau de besoin d'aide. En France, seul un des trois éléments définit le niveau Gir. La situation familiale intervient dans une deuxième étape lors de la constitution des plans. Finalement la dimension médicale ne concerne que la prise en charge par le Ssiad.

Un fort niveau de formalisation de la procédure d'évaluation apparaît comme un élément caractérisant aussi bien le Japon que la France. Le système japonais semble cependant marqué par un degré de formalisme au niveau national plus important : il existe un lien direct entre le niveau de dépendance, qui résulte d'une évaluation formalisée, et les droits octroyés au bénéficiaire. En France, cette articulation est moins évidente : si l'étape d'évaluation du niveau de la dépendance (Gir) s'effectue de manière codifiée, le niveau Gir n'attribue pas directement de droit à la personne dépendante. Le Gir constitue un des éléments de décision pour l'équipe médico-sociale du Conseil général et l'infirmier coordinateur du Ssiad.

FIGURE 2.1 – Procédure d'évaluation au plan d'aide au Japon et en France



(a) Japon



(b) France (pour les personnes en GIR 1 à 4)

Source : auteur

Encadré 3

Éléments de comparaison international

Martin et Le Bihan (2008) distinguent trois catégories de pays en fonction du processus d'évaluation du besoin. La première catégorie de pays, illustrée par l'Allemagne, ne distingue pas l'évaluation de la dépendance et l'évaluation du besoin : le niveau de dépendance estimé reflète directement le besoin d'aide et détermine la quantité du plan. Le dispositif d'évaluation de la Suède se place à l'opposé puisqu'aucun niveau de dépendance n'est explicitement mentionné et l'évaluateur identifie directement le plan d'aide nécessaire. Très peu formalisée, l'évaluation du besoin est effectuée par le Care Manager dans le cadre d'une discussion avec la personne âgée. Les pays de la troisième catégorie distinguent l'étape d'évaluation du niveau de dépendance et l'étape d'identification du besoin : le niveau de dépendance et le besoin d'aide sont dissociés. Cette catégorie regroupe la France, l'Angleterre, l'Espagne et l'Italie. Si ces pays sont dans une même catégorie, ils présentent toutefois quelques caractéristiques différentes. Comme expliqué plus haut, en France, l'évaluation de la dépendance s'effectue de manière formalisée à travers un questionnaire unique alors qu'en Angleterre les Care Managers ont de même qu'en Suède une liberté d'appréciation plus importante. En Espagne et en Italie, le système d'évaluation est complexe et varie selon les territoires. En raison d'une faible capacité d'offre, la relation entre niveau de dépendance et aide proposée reste faible. Selon cette catégorisation, la procédure d'évaluation au Japon se rapproche davantage du système allemand. Le processus d'évaluation est toutefois plus complexe qu'en Allemagne qui ne fait intervenir qu'un médecin.

2.6 La définition des plans d'aide : quelle logique ?

La nature des services proposés semble identique entre les deux pays : des aides ménagères, des aides à la personne, des services de soins infirmiers, des aides techniques pour le maintien à domicile (à l'instar de l'installation de barres de soutien), des séjours en centre d'accueil de jour et en établissement d'hébergement provisoire. Mais la définition des plans d'aide suit-elle la même logique au Japon et en France ? Les plans d'aide français sont ici comparés aux plans d'aide japonais standards, à savoir des plans d'aide que les managers considèrent les plus appropriés en supposant que l'assuré peut maximiser ses droits¹⁴ (tables 2.4 et 2.5¹⁵).

14. Le niveau des revenus du bénéficiaire n'intervient pas dans le contenu de ces plans d'aide.

15. Conversion des montants japonais en parité de pouvoir d'achat 2010 (OECD).

Les plans d'aide élaborés pour les sept cas-types par des Care Managers de Kobe et des professionnels d'Isère semblent diverger sur la manière de combiner les services. Les différences apparaissent d'une part sur la fréquence d'emploi de la prise en charge mixte, c'est-à-dire une prise en charge combinant l'aide apportée à domicile et l'utilisation de centre d'accueil de jour ou d'hébergement temporaire, et d'autre part sur l'utilisation de l'aide ménagère.

Les plans d'aide de Kobe montrent un emploi fréquent de la prise en charge mixte alors que celle-ci est très peu mise en œuvre en Isère. Hormis un cas où la conjointe était réticente à accepter l'aide extérieure (cas 6), tous les plans contiennent au moins un service en dehors du domicile. Les centres d'accueil de jour et d'hébergement temporaire ont en revanche été très peu sollicités dans les plans prévus pour l'Isère. Les soins du Ssiad sont systématiquement dispensés à domicile et les services en centre d'accueil n'ont été suggérés que dans deux plans d'Apa (cas 6 et 7).

Nos résultats en Isère sont cohérents avec ceux obtenus en Ille-et-Vilaine par Le Bihan et Martin (2006). Les auteurs ont constaté un faible emploi des services d'accueil de jour ou temporaire en raison d'un coût important restant à la charge de l'utilisateur. Le coût total d'une prise en charge en centre d'accueil n'est pas nécessairement plus élevé en Isère, mais l'assurance japonaise finance une part plus importante de ces coûts que l'Apa. Les dépenses laissées à l'utilisateur sont par conséquent plus élevées en Isère. La fréquence d'utilisation de la prise en charge mixte au Japon s'explique ainsi par le faible coût restant à la charge de la personne âgée dépendante. Elle semble par ailleurs traduire une volonté du gouvernement japonais de développer et d'inciter ce mode de prise en charge.

Par ailleurs, l'analyse de la composition des plans d'aide montre une fréquence d'utilisation divergente de l'aide ménagère. Les services isérois prévoient systématiquement de l'aide ménagère alors qu'elle n'est incluse que dans très peu de cas à Kobe. En effet, en France, l'aide ménagère et l'aide corporelle (telles que l'aide à la toilette ou l'habillage) constituent les principaux éléments des plans d'aide de l'Apa. Dans certains cas, les conjoints ou parents cohabitant bénéficient

également d'aides ménagères à travers d'autres dispositifs destinés aux personnes âgées en Gir 5 ou 6¹⁶. Dans les plans constitués pour l'Isère, l'Apa se concentre sur les aides corporelles et sur la présence pour les cas d'Alzheimer. L'aide ménagère dans les cas de Kobe ne concernait en revanche que deux cas sur sept. L'aide ménagère est avant tout incluse dans les plans destinés aux personnes vivant seules. Dès lors que le bénéficiaire habite avec une personne autonome, le plan d'aide est orienté vers l'aide corporelle et l'accueil de jour qui propose aussi bien des aides corporelles que des exercices physiques.

La fréquente utilisation de l'aide ménagère dans les plans d'aide en Isère par rapport à ceux de Kobe ne reflète pas un usage particulièrement important de cette forme d'aide en Isère mais au contraire un emploi limité au Japon où le ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales restreint son utilisation à des situations spécifiques. L'utilisation de l'aide ménagère étant fortement règlementée dès lors que la personne âgée dépendante est en cohabitation avec une personne autonome, les Care Managers japonais orientent le plan d'aide vers d'autres services.

L'analyse de la combinaison des aides tend à souligner le caractère particulièrement standardisé du système japonais. Les personnes âgées dépendantes ont accès à un panier de services prédéterminés selon leurs niveaux de dépendance. Les services qui n'ont pas été spécifiquement prévus par le ministère ne peuvent pas être intégrés dans les plans d'aide. L'utilisation des services peut également être soumise à des contraintes en fonction de l'environnement familial. Du fait de son manque de souplesse, ce système peut être critiqué notamment dans la prise en charge de cas particuliers qui nécessitent des aides non prévues par l'assurance. En France, une grande souplesse est laissée aux Conseils généraux et aux Ssiad dans la manière d'établir les plans d'aide afin de les adapter aux besoins de la personne aidée. Toutefois, des contraintes en matière budgétaire et d'offres viennent limiter l'accès à certaines catégories de services, notamment ceux d'accueil de jour.

16. Notamment les aides sociales aux personnes âgées ou les aides de la Caisse de retraite.

TABLE 2.4 – Plans d'aide des cas-types au Japon

Cas	1 Monsieur A		2 Madame B		3 Madame D		4 Monsieur E		5 Madame O		6 Monsieur T		7 Monsieur J		
Pathologie	Insuffisance Cardiaque; Jambe amputée		Fracture du col; luxation de la prothèse; plaie de la face dorsale du gros orteil; dépressive		Alcoolique; insuffisance hépatique avec une cirrhose; fracture du col du fémur; dépressive		Accident cardio- vasculaire cérébral ischémique; hémiphégie droite et aphasie; dépression		Alzheimer		Dégénrences Neurologique		Alzheimer Avancé		
Habite	Avec sa mère (83 ans)		Seule		conjoint et mère (86 ans)		conjointe (73 ans)		Conjoint (75 ans)		Conjointe (76 ans)		Fille (60 ans) et gendre		
Niveau dépendance	Prévention 2		Dépendance 3		Dépendance 3		Dépendance 2		Dépendance 4		Dépendance 4		Dépendance 5		
Plafond d'unités	10 400		26 750		26 750		19 480		30 600		30 600		35 830		
Unités utilisées	7 221		25 259		21 275		15 945		28 155		3 320		32 160		
Taux d'utilisation	69,4%		94,4%		79,5%		81,9%		92,0%		10,8%		89,8%		
Panier de services	Quantité	Coût	Quantité	Coût	Quantité	Coût	Quantité	Coût	Quantité	Coût	Quantité	Coût	Quantité	Coût	
- Aide corporelle	Heures/mois	8	209 €	11	471 €	2	142 €			10	472 €				
- Aide ménagère	Heures/mois			22	426 €	4									
- Ré-éducation à domicile	Heures/mois							2,5	642 €						
- Soins infirmier	Heures/mois			2	144 €	2	144 €					4	277 €		
- Centre d'accueil de jour	Jours/mois			5	398 €	8	637 €			21	1 866 €				
- Centre d'accueil rééducation	Jours/mois	4	41 €												
- Centre d'accueil démence	Jours/mois												20	2 026 €	
- Centre de séjour court	Jours/mois			8	719 €	8	719 €	8	524 €				8	651 €	
- Location de matériel	Unité	1	40 €			1	40 €								
Prestation Assurance Dépendance		290 €		2 158 €		1 682 €		1 166 €		2 338 €		277 €		2 677 €	
- Hébergement	Jours/mois			8	20 €	8	20 €	8	20 €					8	20 €
- Repas (Séjour)	Jours/mois			8	87 €	8	87 €	8	87 €					8	87 €
- Repas (Accueil de jour)	Jours/mois			5	26 €	8	41 €	0		21	108 €			20	103 €
Frais repas et hébergement		0 €		133 €		148 €		107 €		108 €		0 €		210 €	
Ticket modérateur		10%		10%		10%		10%		10%		10%		10%	
Prise en charge assurance standard		261 €		1 942 €		1 514 €		1 049 €		2 104 €		249 €		2 409 €	
Reste à charge assurance		29 €		216 €		168 €		117 €		234 €		28 €		268 €	
Reste à charge repas & hébergement		0 €		133 €		148 €		107 €		108 €		0 €		210 €	
Cotisation		41 €		41 €		41 €		41 €		41 €		41 €		41 €	
Dépenses pour la personne (mensuel)		70 €		390 €		357 €		265 €		383 €		69 €		519 €	
Aide nette de la cotisation (mensuel)		220 €		1 901 €		1 473 €		1 008 €		2 063 €		208 €		2 368 €	
Taux de reste à charge total		24,1%		17,0%		19,5%		20,8%		15,7%		24,8%		18,0%	

2.7 L'impact des revenus sur l'aide publique perçue

Une logique de co-paiement sous-tend l'articulation des financements publics et des contributions financières aussi bien dans le cadre de l'assurance dépendance japonaise que dans celui de l'Apa. Appliquant un ticket modérateur fixe à 10%, l'assurance japonaise est a priori un système sans mécanisme de progressivité, contrairement à l'Apa qui est très progressif (ticket modérateur qui varie entre 0 à 90%). Toutefois, aussi bien au Japon qu'en France, d'autres modalités ou dispositifs participent à la prise en charge de la dépendance et viennent modifier la participation des bénéficiaires. La suite de l'article s'intéresse non pas au ticket modérateur mais au coût total laissé à la charge du bénéficiaire et à l'aide nette qu'il perçoit compte tenu de ses revenus.

2.7.1 Le montant de l'aide publique au Japon

Le niveau de revenus de la personne aidée influence la valeur de l'aide à travers trois canaux : les cotisations, les aides supplémentaires et le taux d'utilisation.

Premièrement, l'assurance dépendance ne prévoit aucune progressivité du ticket modérateur mais applique une cotisation progressive¹⁷. Toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, qu'elles soient bénéficiaires d'une aide ou non, versent une cotisation fixée par la municipalité qui augmente avec les revenus¹⁸ (encadré page 106). Elle constitue une charge pour l'assuré qui n'utilise aucun service, mais dès lors qu'il bénéficie d'une prestation supérieure à un seuil¹⁹, la cotisation peut être considérée comme une partie du reste à charge. Elle introduit donc de la progressivité sur le reste à charge de l'utilisateur. D'après les scénarios de notre étude, l'application de différents niveaux de cotisation à des plans standards nous permet de mettre en évidence une fluctuation

17. Cet article ne tient pas compte de la participation des personnes âgées français au financement de l'Apa ou des Ssiad travers les cotisations ou les impôts. Il intègre en revanche les cotisations des assurés dans le cadre de l'assurance dépendance au Japon qui sont plus aisément identifiables. Ce choix est critiquable. En effet, les cotisations et les impôts étant progressifs dans les deux pays, la prise en compte des cotisations uniquement pour le Japon amplifie la progressivité du système japonais par rapport au système français. Mais l'étude montre que le système japonais est moins progressif que celui de la France malgré la prise en compte de cette cotisation. Ainsi, l'intégration des cotisations japonaises ne modifie pas profondément les résultats. Elle tend uniquement à atténuer l'écart de progressivité entre les deux systèmes.

18. La cotisation de Kobe variait de 19 à 74 euros selon les revenus en 2011.

19. Seuil = cotisation/0,9. Le ticket modérateur étant défini à 10%, l'utilisation des prestations à hauteur de ce seuil équivalait à percevoir une aide d'un montant correspondant à la cotisation.

des restes à charges nettes entre 16% et 40%. L'écart du taux de reste à charge entre les faibles revenus (personnes versant la cotisation la plus faible) et les revenus élevés (personnes versant la cotisation maximale) est au minimum de 2 points de pourcentage (cas 7) et au maximum de 22 points (cas 1)²⁰.

Encadré 4

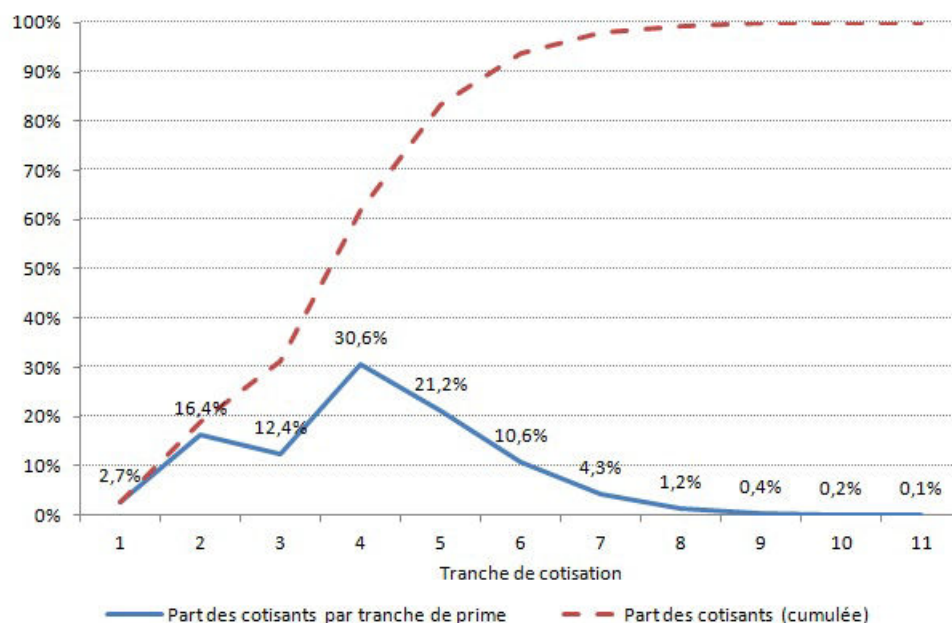
Le niveau des cotisations de l'assurance dépendance

Le niveau de cotisation d'un assuré est un prorata d'un montant de référence (le prorata pouvant aller de 0,5 pour les plus faibles revenus à 2 pour les plus aisés). Les municipalités peuvent prévoir de six à une dizaine de niveaux différents. Kobe en prévoit neuf. La cotisation à Kobe peut varier de 19 euros à 74 euros par mois en fonction des revenus, la cotisation de référence étant de 37 euros. Les cotisations des trois premières tranches s'appliquent aux assurés dont aucun membre du ménage n'est imposable. Ce sont également les personnes qui peuvent potentiellement bénéficier d'aides supplémentaires. Ainsi, la cotisation minimale et celle de la troisième tranche ont été retenues pour les cas faibles avec aide, le premier pour les assurés bénéficiant de la protection sociale Seikatsu Hogo et le second pour les autres. D'après les données du ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales, 30% des assurés de première catégorie (âgés de 65 ans et plus) versent une prime correspondant à l'une des trois premières tranches. La prime de référence correspond à la quatrième tranche qui s'applique aux assurés non imposables mais dont un membre du foyer l'est. Les personnes imposables mais dont les revenus nets annuels (goukei shotoku kingaku) sont inférieurs à 11 666 euros versent la prime de la cinquième tranche. Les cotisants de ces deux tranches représentent plus de 50% des assurés âgés de 65 ans et plus (voir la figure 2) et correspondraient aux situations de faibles revenus, sans pour autant pouvoir bénéficier d'aides supplémentaires. La prime de référence a donc été retenue pour les cas faibles sans aide de ce projet. Celles appliquées aux cas standard et importants sont respectivement de 46 euros (5 868 yens qui correspond à la tranche 6) et de 74 euros (9 388 yens qui correspond à la prime maximale).

Deuxièmement, les différentes aides financières supplémentaires offrent la possibilité aux personnes ayant de faibles revenus de réduire les dépenses à leur charge. Il convient toutefois de mettre en avant le Seikatsu Hogo : cette aide sociale est destinée aux personnes particulièrement démunies et permet aux bénéficiaires d'être intégralement exonérés des cotisations et frais de prestations de l'assurance dépendance. Les personnes concernées bénéficient également de rédu-

20. Les détails de ces données sont disponibles auprès de l'auteur sur demande.

FIGURE 2.2 – Part des assurés par tranche de prime en 2011 au Japon



Note : 30,6% des assurés de la première catégorie (personnes âgées de 65 ans et plus) versent les primes de la quatrième tranche. 60% des assurés de la première catégorie versent une cotisation égale ou inférieure à celle de la quatrième tranche.

Source : mhlw.go.jp

tion pour les frais annexes engendrés par le plan d'aide mais non pris en charge par l'assurance (notamment les frais d'hébergement et les frais de repas des centres d'accueil). Cette aide n'est attribuée que selon des critères stricts : si la décision est prise au cas par cas, le demandeur doit théoriquement épuiser son capital avant de pouvoir en bénéficier. Les autres aides, à l'accès moins restrictif, plafonnent la valeur du reste à charge ou financent une partie des dépenses de prestations ou des frais annexes supportés par l'utilisateur.

Finalement, malgré l'existence d'aides financières complémentaires, une personne ayant de faibles revenus peut être contrainte de limiter son utilisation de l'assurance dépendance. Les aides financières ne sont pas automatiquement attribuées en fonction des revenus, mais doivent faire l'objet d'une demande spécifique. L'utilisateur peut être réticent à effectuer ces démarches en raison de la lourdeur administrative ou par peur de la stigmatisation. Enfin, malgré un faible

niveau de revenus, celui-ci peut rester trop élevé pour que l'utilisateur puisse bénéficier d'aides supplémentaires. Or, si la personne aidée ne bénéficie d'aucune aide supplémentaire, le taux de reste à charge (hors cotisation) est le même quel que soit le niveau de revenu. Une personne ayant de faibles revenus peut alors être amenée à réduire l'utilisation des services afin de limiter le montant de reste à charge tandis qu'une personne aisée sans contrainte financière peut optimiser davantage le plan d'aide. À ticket modérateur constant, la diminution du taux d'utilisation réduit mécaniquement l'aide apportée. Cette dernière peut être supérieure pour les personnes aisées que pour celles ayant des revenus plus faibles.

Si la cotisation et les aides supplémentaires tendent à augmenter l'aide consacrée aux personnes ayant de faibles revenus, le système du ticket modérateur fixe favorise une variabilité du taux d'utilisation qui profite davantage aux personnes aisées. Les cinq plans d'aide prévus pour le cas 2 illustrent des configurations auxquelles les Care Managers sont confrontés au quotidien et montrent ces différents mécanismes (tableau 2.6). La dépendance de Madame B est évaluée au niveau dépendance 3, ce qui lui ouvre le droit de bénéficier d'un plan correspondant à 26 750 unités. Les cinq configurations traduisent des situations financières différentes. Dans le tableau 2.6, elles sont classées par ordre croissant.

Dans la situation faible sans aide, la personne âgée dépendante a de faibles revenus et ne bénéficie d'aucune aide supplémentaire. Elle réduit alors les dépenses restant à sa charge en limitant son taux d'utilisation de l'assurance à 6 885 unités (soit 25,7% du plafond d'unités). Sa prise en charge revient au total à 657 euros, dont 481 euros financés par l'assurance dépendance et 176 euros par l'utilisateur.

Dans la situation faible avec aide (1), l'utilisateur bénéficie d'aides supplémentaires qui viennent baisser le taux restant à sa charge, mais il maintient un plan d'aide réduit afin de limiter ses dépenses. Sa cotisation est plus faible pour la situation faible sans aide. Le contenu du plan d'aide est le même que pour la situation précédente, mais il ne reste plus que 100 euros à sa charge.

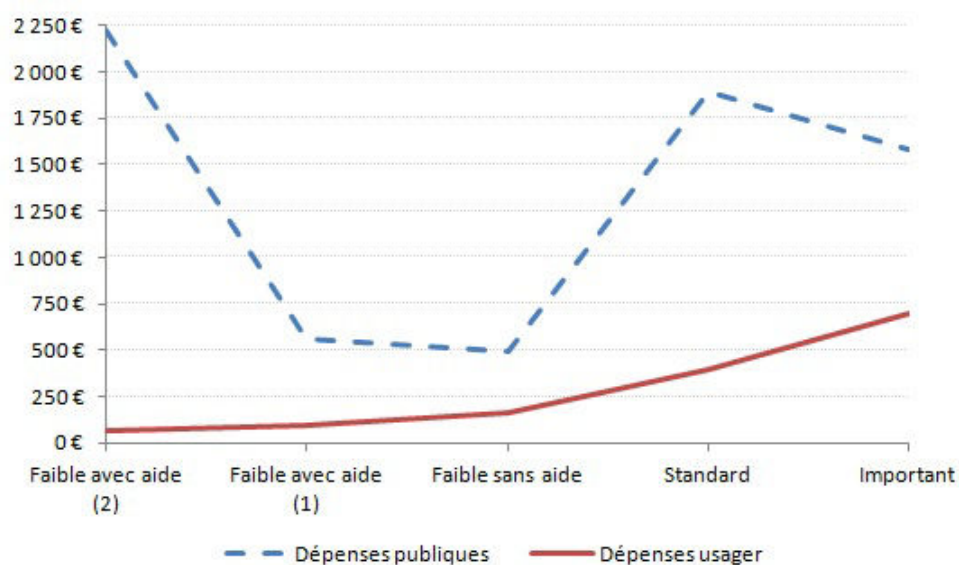
Le plan d'aide faible avec aide (2) correspond à la situation où l'utilisateur est financièrement démuné et peut bénéficier de l'aide sociale (Seikatsu Hogo). Le bénéficiaire est alors exonéré de la quasi-totalité des frais. Dans ce contexte, malgré un faible revenu, la personne âgée dépendante peut utiliser la totalité des droits de l'assurance dépendance avec une faible voire aucune dépense personnelle. Ici, le taux d'utilisation atteint 94% (équivalent au plan standard) mais l'utilisateur ne participe aux dépenses qu'à hauteur de 46 euros (soit 2% des dépenses totales), le reste (2 246 euros) étant financé par l'assurance dépendance et le Seikatsu Hogo.

Les deux dernières situations concernent les personnes suffisamment aisées pour bénéficier de la totalité de l'aide. Dans la situation standard, l'utilisateur maximise l'utilisation de ses droits alors que dans la situation important, il constitue le plan d'aide qui lui correspond le plus sans se soucier des coûts à sa charge. La différence entre les deux configurations réside dans les dépenses annexes engendrées par le plan d'aide et qui ne rentrent pas dans le cadre de l'assurance dépendance. Les restes à charge de ces deux plans sont respectivement de 396 et 701 euros. Ils sont bien supérieurs aux autres plans, mais les dépenses publiques sont elles aussi importantes (1 896 euros et 1 583 euros).

Dans cet exemple du cas 2, les dépenses de l'utilisateur augmentent avec les revenus mais les dépenses publiques sont particulièrement importantes pour les personnes les plus démunies et les personnes aisées (figure 2.3). Premièrement, l'aide consacrée aux personnes particulièrement démunies est la plus importante en raison des aides financières supplémentaires destinées aux plus démunis. Deuxièmement, les Care Managers ont constitué les plans d'aide sous l'hypothèse que le taux d'utilisation des services à niveau de dépendance et à taux de reste à charge équivalent est plus important pour les personnes ayant des revenus élevés. Ainsi le taux d'utilisation des services, et par conséquent l'aide publique est particulièrement importante pour les personnes les plus aisées.

L'aide apportée dans la configuration standard et faible avec aide (2) est respectivement

FIGURE 2.3 – Dépenses publiques et dépenses de l'utilisateur au Japon (cas 2)



Source : auteur

quatre et cinq fois plus importante que celle apportée à l'utilisateur qui ne bénéficie d'aucune aide supplémentaire. Si les configurations ne constituent pas une illustration nécessairement représentative, elles rendent compte de situations rencontrées par les professionnels de terrain. L'analyse des différentes situations pour les cas 3 et 4 montre une tendance équivalente avec toutefois un écart des dépenses publiques entre l'aide standard et l'aide faible sans aide moins marqué.

L'effort public inclut la part du plan d'aide financée par l'assurance dépendance nette de la cotisation et les aides supplémentaires consacrées aux personnes ayant de faibles revenus. La nature progressive de la cotisation et les aides supplémentaires tendent à augmenter l'effort public destiné aux moins aisés. En revanche, les personnes ayant des contraintes financières et ne bénéficiant pas ou peu d'aides supplémentaires peuvent être amenées à réduire le taux d'utilisation. Les dépenses prises en compte par l'assurance dépendance sont par conséquent également moins importantes. Le cumul de ces différents éléments conduit à un système japonais généreux pour les plus démunis et les personnes aisées, et moins généreux pour la classe moyenne, comme le montre la forme en U de la courbe des dépenses publiques (figure 2.3).

TABLE 2.6 – Plans d'aide pour le case 2 - illustration de cinq situations différentes

Cas	Cas 2 - Madame B									
Pathologie	Fracture du col ; luxation de la prothèse ; plaie de la face dorsale du gros orteil ; dépressive									
Habite	Seule									
Situation Financière	Faible avec aide-2		Faible avec aide-1		Faible sans aide		Standard		Important	
Plafond d'unités	26 750									
Unités utilisées	25 259		6 885		6 885		25 259		23 286	
Taux d'utilisation	94,4%		25,7%		25,7%		94,4%		87,1%	
Panier de services	Quantité	Coût	Quantité	Coût	Quantité	Coût	Quantité	Coût	Quantité	Coût
- Aide corporelle H/mois	11	471 €	4,5	257 €	4,5	257 €	11	471 €		
- Aide ménagère H/mois	22	426 €	4,5		4,5		22	426 €		
- Soins infirmier H/mois	2	144 €					2	144 €		
- Centre d'accueil de jour J/mois	5	398 €	4	319 €	4	319 €	5	398 €		
- Centre de séjour court J/mois	8	719 €					8	719 €		
- Etabl. multifonctionnel mois									1	1 842 €
Prestation AD		2 158 €		576 €		576 €		2 158 €		1 842 €
- Portage de repas unité/mois			17	60 €	17	60 €				
- Hébergement J/mois	8	20 €					8	20 €	8	158 €
- Repas (Séjour) J/mois	8	87 €					8	87 €	8	76 €
- Repas (Accueil de jour) J/mois	5	26 €	4	21 €	4	21 €	5	26 €	22	209 €
Frais repas et hébergement		133 €		81 €		81 €		133 €		443 €
Ticket modérateur	10%		10%		10%		10%		10%	
Aide assurance standard	1 942 €		518 €		518 €		1 942 €		1 658 €	
Aides complémentaires	303 €		67 €		0 €		0 €		0 €	
Reste à charge assurance	0 €		6 €		58 €		216 €		184 €	
Reste à charge repas & héberg.	46 €		66 €		81 €		133 €		443 €	
Cotisation	0 €		28 €		37 €		46 €		74 €	
Dépenses pour la personne (mois)	46 €		100 €		176 €		395 €		701 €	
Aide nette de cotisation (mois)	2 245 €		557 €		481 €		1 896 €		1 584 €	
Part dépenses pour la personne	2,0%		15,2%		26,8%		17,2%		30,7%	

2.7.2 Le montant de l'aide publique en France

L'Apa et le Ssiad constituent les principaux dispositifs de la prise en charge de la dépendance en France, mais d'autres mesures peuvent modifier l'aide réellement perçue par une personne âgée dépendante. Dans un premier temps, cette section cible l'impact des revenus sur l'aide dans le cadre classique de l'Apa et du Ssiad, puis dans un second temps élargit l'analyse aux réductions d'impôts dans le cadre des dépenses d'emploi de personnel à domicile.

Les plans d'aide de l'Apa et du Ssiad sont constitués en fonction des besoins de l'utilisateur sans tenir compte du niveau des revenus. Quelle que soit la situation financière (situation 1 ou 2 de la table 2.5), les plans d'aide sont identiques. Concernant la répartition du financement, l'Apa applique un ticket modérateur progressif en fonction des revenus tandis que les dépenses liées aux prestations du Ssiad sont intégralement financées par la Sécurité sociale.

Ainsi la répartition est progressive avec une participation au financement des usagers de 0 à 90% des dépenses des plans d'aide qui ne comportent pas de soins du Ssiad. Dans le cadre des cas-types, les tickets modérateurs varient de 11 à 90%. Lorsque le plan comporte des soins du Ssiad, l'ampleur de la progressivité est plus faible. Les taux de reste à charge des plans d'aide incluant des soins du Ssiad (cas 2, 4, 5 et 6) se situent dans l'étude entre 5% et 47%. Au final, pour un même plan d'aide, la participation de l'utilisateur au financement augmentant avec les revenus, l'aide nette perçue par le bénéficiaire est maximale pour les personnes démunies et décroît progressivement pour être minimale pour les plus aisées.

Le niveau des revenus, en revanche, peut venir fortement modifier ce constat lorsque le cadre d'analyse est étendu aux mesures fiscales. 50% des sommes versées pour des services à la personne peuvent être déduites de l'impôt sur les revenus dans la limite de 562,5 euros par mois (soit 6 750 euros par an) et par foyer ayant une personne âgée de 65 ans et plus. Pour un foyer avec plus d'une personne âgée d'au moins 65 ans, la limite s'élève à 625 euros par mois (7 500 euros par an).

Cette mesure fiscale concerne principalement les personnes aisées. En effet, les personnes

qui souhaitent en bénéficier doivent être capables d'avancer les dépenses pendant plus d'un an et avoir des revenus suffisamment importants pour être assujetties à l'impôt sur les revenus. Du point de vue de l'utilisateur, cette mesure équivaut à une aide apportée par l'État avec une participation du bénéficiaire de 50% et un plafond d'utilisation de 1 125 ou 1 250 euros par mois.

Cette mesure offre ainsi plusieurs possibilités à celui qui en bénéficie. D'une part, il peut limiter le taux de reste à charge à 50% ou moins (dans le cas où le plan d'aide contient des prestations du Ssiad). L'utilisateur dont le ticket modérateur de l'Apa est supérieur à 50% peut renoncer à l'Apa et privilégier l'utilisation de la réduction d'impôts. D'autre part, il peut augmenter le volume du plan d'aide. Le plafond de l'Apa pour le Gir 1 étant de 1 261,59 euros et le taux moyen d'utilisation d'environ 78%, il est fort probable que le plan d'aide proposé par l'Apa soit inférieur au plafond prévu dans le cadre de la mesure fiscale. L'utilisateur peut privilégier la mesure fiscale, voire combiner les deux.

La superposition des différents dispositifs conduit à une courbe en U des dépenses publiques françaises en fonction des revenus de l'utilisateur. L'aide nette est particulièrement importante pour les moins aisés qui bénéficient de l'Apa sans contrepartie et pour les plus aisés qui peuvent bénéficier de la réduction d'impôts.

La prise en compte de l'ensemble des dispositifs souligne que le système de prise en charge reste inégal avec une classe moyenne moins favorisée que les foyers les plus aisés. Toutefois la France semble être moins inégalitaire pour les plus faibles revenus. Premièrement, la prise en compte des revenus est systématique. Les personnes ayant de faibles revenus bénéficient ainsi automatiquement d'une aide plus importante, contrairement au système japonais qui exige des démarches supplémentaires. Deuxièmement, l'écart des dépenses publiques entre les personnes aisées et les personnes bénéficiant d'un minimum d'aide reste plus modéré. Dans le cadre des cas-types, il ne dépasse pas 600 euros par mois en France tandis qu'au Japon, il peut atteindre plus de 1 400 euros. Finalement, hormis pour les plans d'aide qui comportent des soins du Ssiad, les personnes aisées contribuent au financement au moins à hauteur de 50% tandis qu'au Japon,

le ticket modérateur peut aisément être inférieur à 20%.

2.8 Conclusion

Notre méthode de comparaison par les cas-types appréhende l'aide dont peut réellement bénéficier une personne âgée dépendante en fonction de sa situation et ainsi met en évidence la logique sous-tendant les deux systèmes. Nous focalisons notre étude sur deux axes qui nous semblent être des points essentiels : le niveau de formalisation et la prise en compte des inégalités de revenus par les dispositifs d'aide.

Un dispositif soumis à des procédures spécifiques et à des réglementations strictes est considéré comme étant marqué par un degré important de formalisation. À cet égard, la France présente davantage les caractéristiques propres à un système assistantiel, tandis que le Japon présente celles d'un système d'assurance sociale. Un système de type assistantiel prend en compte le niveau de revenus et la situation familiale (capacité à apporter de l'aide), et par conséquent apporte des solutions aux besoins de la personne âgée dépendante de manière plus flexible. Le fonctionnement d'un système de type assurantiel est quant à lui conditionnel à des droits individuels préalablement définis, impliquant ainsi une plus grande rigidité du système mais également une liberté plus importante pour l'utilisateur. L'assurance dépendance japonaise apparaît ainsi comme un système particulièrement formalisé. À travers l'application de critères stricts, le ministère impose une vision claire de la prise en charge et incite le développement de services spécifiques. L'importance relative de la prise en charge mixte, combinant la prise en charge à domicile et en centre d'accueil de jour, est également la conséquence d'un mode de tarification privilégiant son utilisation. En revanche, ce système manque de souplesse et peut porter préjudice pour des cas particuliers qui nécessitent des aides non prévues dans le cadre de l'assurance. Avec l'adoption de l'Apa, le système de prise en charge français est également marqué par un plus grand degré de formalisation qu'auparavant, mais il reste bien plus souple que le système japonais : une grande liberté est laissée aux Conseils généraux et aux Ssiad. En outre, une logique de prise en charge claire n'apparaît pas au niveau national, ce qui peut générer des inégalités territoriales plus fortes.

La prise en compte des revenus dans l'attribution des aides reflète l'importance qu'accordent les gouvernements à la lutte contre les inégalités de revenus. Le système japonais paraît moins soucieux de ce type de disparités. Si les cotisations varient selon les revenus, le ticket modérateur est le même quels que soient les revenus. Par ailleurs, le système d'assurance prévoit des mécanismes d'aides supplémentaires pour les personnes moins aisées mais leur attribution doit faire l'objet d'une demande supplémentaire. Au final, l'effort public peut être particulièrement important pour les plus démunis et les personnes aisées. Par contre, les classes moyennes, ne bénéficiant d'aucune aide supplémentaire, apparaissent défavorisées par rapport au reste de la population. Dans le cas français, la prise en compte de l'ensemble des dispositifs souligne également un système de prise en charge en forme de U. Toutefois la France semble accorder un poids plus significatif à la question des disparités sociales.

Rappelons au final que cette étude se focalise sur la prise en charge à domicile. Or la prise en charge en établissement peut également représenter une part importante de l'aide apportée par le système mis en œuvre par l'État. En 2010, 23% des bénéficiaires de l'assurance dépendance japonaise et 40% des bénéficiaires de l'Apa étaient en établissement. Une étude élargissant l'analyse à la prise en charge en établissement serait donc nécessaire pour une compréhension plus fine des logiques de prise en charge de la dépendance.

2.9 Appendice

2.9.1 Cas-type 1

Monsieur A a 68 ans. Il est célibataire et a toujours vécu avec sa mère qui a 83 ans.

Situation clinique Monsieur A souffre d'insuffisance cardiaque (insuffisance, coronarienne, arythmie, antécédent de phlébite). Il a eu deux accidents cardiovasculaires, le premier il y a 15 ans, et un second (ischémique) récemment. Suite à une artérite des membres inférieurs, il a été amputé de la jambe gauche. Il n'est pas appareillé. Il est rentré depuis un an, contre l'avis de sa mère qui avait souhaité qu'il entre en maison de retraite.

Niveau de dépendance Monsieur A a besoin d'aide pour la toilette et l'hygiène corporelle, ainsi que pour s'habiller et se déshabiller. Pour le reste (manger, éliminer, se lever, se coucher et se déplacer à l'intérieur de son logement et à l'extérieur), de même que pour communiquer (bonne cohérence, bonne orientation dans le temps et dans l'espace), il est relativement autonome. Il se déplace à l'extérieur en fauteuil roulant électrique. Son sommeil et son appétit sont corrects. Pour les courses, il est aidé par sa mère et le voisinage.

Ressources situation 1 Monsieur A était employé comme manutentionnaire dans une petite entreprise local. Il a une pension de retraite de 1 328 euros (moyenne décile 4) par mois. Sa mère est propriétaire de sa maison (qui vaut 84 600²¹) et bénéficie de la pension de son mari d'environ 486 euros (moyenne décile 2).

Ressources situation 2 Il a un revenu supérieur à 2 603 euros par mois (moyenne décile 9 pour 1 unité), qui inclut une pension de retraite de 1 952 euros (75% du revenu), des loyers à hauteur de 780 euros (30%) par mois et des placements financiers à hauteur de 520 euros (20%) par mois. Il est propriétaire de sa maison. L'ensemble du budget du ménage ne dépasse pas 4 168 euros (moyenne décile 10 pour 1 unité).

2.9.2 Cas-type 2

Madame B à 79 ans. Elle est veuve depuis quelques mois et a 2 enfants. Ils habitent l'un et l'autre à plus de 100 km. Ce sont les enfants qui font la demande d'aide pour leur mère.

Situation de Madame B jusqu'en mars 2011

Situation Clinique Madame B a eu une fracture du fémur en 1988. En 2001, on a constaté une reprise de la fracture du col. Puis en 2010, elle a souffert d'une luxation de la prothèse. Elle a dû être hospitalisée. Elle vient de rentrer de sa convalescence. Elle a par ailleurs été opérée récemment et avec succès de la cataracte.

21. 49 fois le revenu du ménage

Niveau de dépendance Madame B doit s'aider de deux cannes anglaises pour se déplacer. Elle a des difficultés à accomplir certains mouvements et ne parvient pas à s'accroupir. Elle se lève et se couche seule, mais a besoin d'une sangle pour l'aider à soulever ses deux membres inférieurs. Elle a une flexion de la hanche droite. Sa hanche gauche est aussi peu mobile. En revanche, Madame B ne souffre pas au niveau de ses membres supérieurs. Madame B pèse 83 kg pour 1 mètre 70. Madame B ne parvient pas à faire sa toilette complète seule, ce qui la gêne beaucoup. Elle n'a d'ailleurs pas été faite depuis son retour à l'hôpital il y a un mois. Elle est, en revanche, autonome pour s'habiller, manger et éliminer. Madame B se lève tard le matin et ne prend qu'un repas principal vers 17h englobant ceux du midi et du soir. Elle n'a pas de difficulté pour communiquer.

Situation de Madame B 3 mois plus tard

Elle a été de nouveau hospitalisée pendant 15 jours pour une plaie de la face dorsale du gros orteil et des douleurs des membres inférieurs. Cette plaie est fortement handicapante. Elle ne marche plus seule et est alitée toute la journée dans un médical. Une hospitalisation à domicile a été mise en place. Madame B est dépressive et semble avoir perdu le goût de vivre. Elle ne fait absolument plus sa toilette, elle a des difficultés à s'habiller seule et ne se déplace plus à l'extérieur de son domicile. Elle parvient à assurer seule son élimination mais avec un bassin urinal. Elle a aussi des fuites urinaires.

Ressources situation 1 Madame B a des ressources d'environ 972 euros par mois (moyenne décile 2). Elle n'est pas propriétaire de son logement et a peu de patrimoine mobilier.

Ressources situation 2 Madame B dispose d'un revenu mensuel supérieur à 2 603 euros (moyenne décile 9). Il comprend une retraite d'un montant d'environ 1 639 euros (63%), une pension de reversion (de son mari) d'un montant d'environ 702 euros (27%) et un revenu de placement d'un montant d'environ 467 euros (18%).

2.9.3 Cas-type 3

Madame D a 67 ans. Son conjoint, retraité, vit avec elle et lui apporte un soutien important. La mère de Madame D (90 ans) séjourne au domicile dans l'attente d'une place en maison de retraite. Elle est à peu près autonome, mais n'apporte aucun aide dans les tâches quotidiennes. Madame D a un enfant qui habite dans la même commune mais il est très pris par ses propres problèmes. C'est le médecin traitant qui a conseillé Monsieur D de faire une demande d'aide.

Situation clinique Madame D est alcoolique et continue à boire. Elle souffre d'insuffisance hépatique avec une cirrhose évoluée et des troubles biologiques hépatiques sérieux. Elle souffre de surcharge pondérale (85kg pour 1,60m). Elle a pris plus de 10kg en un an. A cause de son alcoolisme, il lui arrive d'avoir des crises de colère et de devenir agressive. Madame D a fait une

fracture du col du fémur il y a un an. On lui a posé un clou plaque en février 2011. Elle est de retour a son domicile depuis avril 2011.

Niveau de dépendance Madame D est très fatigable, oscillant entre phase dépressive et agressive. Tout déplacement lui coûte des efforts. Elle se déplace péniblement avec un déambulateur. Elle a aussi un fauteuil roulant, mais qu'elle ne peut pratiquement pas utiliser dans son appartement qui est petit et très encombré. Madame D est autonome pour la plupart des actes sauf la toilette et l'habillage du bas du corps. Elle est, pour cela, aidée pour l'instant par son conjoint. Madame D ne peut sortir de son logement sans l'aide d'un tiers. Le conjoint de Madame D s'occupe des courses et des repas. Il fait rarement le ménage et l'appartement est dans un grand désordre. Monsieur D donne des signes évidents d'épuisement et a de plus en plus à faire face à la situation, ce qui l'a conduit à faire une demande d'aide. La dépendance et le rejet caractérisent la relation entre les deux époux.

Ressources situation 1 La famille D a un revenu mensuel de 1 458 à 1 943 euros (moyenne décile 2 entre 1,5 à 2 unités de consommation). Ils ne sont pas propriétaires de leur appartement et comptent utiliser l'héritage de Madame D pour couvrir les frais d'hébergement de sa mère. Le fils de Madame D est chômeur de longue durée et touche le RMI.

Ressources situation 2 Monsieur et Madame D ont deux pensions de retraite qui cumulés (avec celles de la mère de Madame D) donnent environs 2 997 euros (décile 5) de ressources mensuelles. Ils sont propriétaires de leur appartement (valeur 224 775 euros²²).

Le fils de Madame D est avocat et dispose d'un salaire supérieur à 4 168 euros (moyenne décile 10) par mois. Il est propriétaire de son logement (qui vaut 333 440 euros²³). Il est marié, sa femme est au foyer, et père de trois enfants qui sont au lycée et/ou commencent leurs études.

2.9.4 Cas-type 4

Monsieur D a 69 ans. il vit avec son épouse, une femme de 73 ans, autonome. Le couple a 3 enfants, dont une fille au chômage depuis 6 mois qui habite à proximité et assure une présence quotidienne au domicile de ses parents. Le couple habite une maison isolée près d'un petit village.

Situation clinique Monsieur E a fait un accident cardio-vasculaire cérébral ischémique qui a provoqué une hémiplégié droite et une aphasie. Monsieur E est sorti de l'hôpital à la suite de cet accident en novembre 2000. Il souffre de dépression.

22. 75 fois le revenu

23. 80 fois le salaire

Monsieur E pèse 105 kg. Six mois plus tard, il récupère progressivement son aphasie et parvient à s'exprimer et à se faire comprendre. L'évolution des conséquences de son accident est très incertaine. Six mois après sa sortie de l'hôpital, il reste encore très diminué.

Niveau de dépendance Monsieur E se déplace avec un déambulateur. Il séjourne dans la journée dans un fauteuil roulant qu'il parvient à déplacer dans un rayon très limité en raison des limitations fonctionnelles du membre supérieur droit.

Monsieur E commence depuis quelques semaines à pouvoir assurer partiellement son habillage. Il a besoin d'aide pour habiller le bas de son corps. Il n'y a pas d'incontinence. Il doit être aidé pour passer du lit au fauteuil, mais peut assurer le passage du fauteuil à une chaise. Il semble que Monsieur E prenne néanmoins souvent des risques du fait qu'il évalue mal le danger : tendance à marcher trop vite, à manger trop vite, à s'habiller trop vite.

Madame E donne des signes de fatigue, voire d'épuisement.

La fille de Monsieur et Madame E a fait une demande d'aide pour son père.

Ressources situation 1 Monsieur et Madame E bénéficient de faibles ressources, 1 734 euros par mois (moyenne décile 3). Ils ne sont pas propriétaire de leur maison, dont le loyer est très modeste. Les enfants : une fille au chômage. La deuxième fille est secrétaire et touche un salaire d'environ 1 899 euros par mois (moyenne décile 7). Leur fils est ouvrier et touche un salaire d'environ 1 498 euros par mois (décile 5).

Ressources situation 2 Monsieur et Madame E ont des ressources confortables, environ 2 849 euros (décile 7) par mois. Ils sont propriétaire de leur maison (valeur 153 846 euros²⁴). Les enfants : La fille aînée est au chômage. La deuxième est enseignante et touche un salaire supérieur à 2 603 euros (moyenne décile 9) par mois. Le fils est instituteur et touche un salaire supérieur à 2 603 euros (moyenne décile 9).

2.9.5 Cas-type 5

Madame O a 68 ans. Elle vit avec son conjoint âgé de 75 ans autonome (avec deux prothèses de hanches et deux prothèses de genoux). Le couple a eu 3 enfants. Le couple habite un appartement dans une petite résidence de banlieue. Monsieur O demande de l'aide pour sa femme.

Situation clinique Madame O est atteinte de la maladie d'Alzheimer depuis 2007 et cette maladie a évolué très rapidement. Madame O a connu des épisodes d'agitation, d'agressivité, de

24. 54 fois le revenu

désorientation et elle a été placée dans une institution médicalisée en Octobre 2007. Elle en est sortie en janvier 2009, à la demande de son mari qui considérait qu'elle ne recevait pas les soins appropriés. Le placement de Madame O a été financé en prélevant sur l'épargne du ménage. La tutelle de Madame O a été confiée à son mari.

Niveau de dépendance Madame O a besoin d'aide jour et nuit. Actuellement, Madame O est assise ou alitée 24 heures sur 24. Elle ne parle plus, n'ouvre plus les yeux et ne reconnaît plus ses proches. Elle est agressive. Elle est incontinente et ne mange pas seule. Madame O a besoin d'une aide permanente et totale pour se nourrir, pour l'habillage et les soins d'hygiène. Monsieur O prépare les repas, fait les courses, les lessives. Il a en charge l'ensemble de l'activité domestique sauf le ménage. Il donne le petit-déjeuner à sa femme. Leurs deux filles habitent à proximité et rendent visite à leur père une fois par semaine. Elles n'apportent aucune aide à leur mère dont elles acceptent mal la maladie.

Ressources situation 1 Monsieur et Madame O disposent d'un revenu d'environ 2 248 euros par mois (moyenne décile 5). Ils sont locataires de leur appartement et disposent d'une épargne de 20 232 euros²⁵.

Ressources situation 2 Monsieur et Madame O disposent d'un revenu d'environ 3 258 euros (moyenne décile 8) par mois. Ils sont propriétaires de leur appartement (environ 70 m², valeur 127 062 euros²⁶). Ils disposent de 9 774 euros d'épargne²⁷.

Ressources de la famille La fille aînée de Monsieur et Madame O est divorcée ; elle ne travaille pas, elle a un fils de 15 ans et vit en concubinage avec un artisan dont les revenus mensuels sont d'environ 2 390 euros mensuels (moyenne décile 4). La seconde fille de Monsieur et Madame O est mariée avec deux enfants. Elle travaille à mi-temps. Les revenus du foyer sont de 3 542 euros (décile 6).

2.9.6 Cas-type 6

Monsieur T a 88 ans. Il vit avec sa femme qui est âgée de 76 ans. Monsieur et Madame T habitent dans un appartement dans une grande ville. Le couple a eu deux enfants, une fille qui est pharmacienne en officine et un fils qui est praticien hospitalier. Les deux enfants vivent dans la même ville que leurs parents, mais ils ont une relation conflictuelle avec eux. Ils sont mariés et ont chacun deux enfants. La fille de Monsieur T demande de l'aide pour son père.

25. 9 fois le revenu

26. 39 fois le revenu

27. 5 fois le revenu

Situation clinique Monsieur T souffre d'une dégénérescence neurologique qui crée des déséquilibres à la marche. Monsieur T est désorienté. Les échanges qu'il a avec son épouse sont limités. Monsieur T et sa femme vivent en parfaite harmonie. Madame T refuse de voir la dégradation des capacités de son mari. Elle refuse toute aide pour prendre soins de son mari. Madame T souffre d'hypertension. Elle est déprimée, elle a perdu 5 kg dans l'année qui vient de s'écouler et elle est suivie par un psychiatre.

Niveau de dépendance Monsieur T reste assis pendant la journée et ne peut se déplacer seul. Il ne peut ni s'habiller, ni se laver seul. Il est incontinent. Il souffre d'une surdité partielle. Il mange avec une petite aide Madame T assure l'ensemble des tâches domestiques (linge, repas, ménage). Elle participe aux soins d'hygiène de son mari.

Ressources situation 1 Monsieur et Madame T disposent d'environ 2 849 euros (moyenne décile 7) de retraite mensuelle. Ils sont propriétaires d'un appartement de 80 m² (valeur 361 823 euros²⁸) et disposent d'une épargne de 25 641 euros²⁹.

Ressources situation 2 Monsieur et Madame T disposent d'environ 3 258 euros (moyenne décile 8) de revenus mensuels (retraite et revenus du patrimoine). Ils sont propriétaires d'un appartement de 80 m² (valeur 361 823 euros³⁰) et un portefeuille de titre de 211 770 euros³¹.

Ressources de la famille Le fils de Monsieur et Madame T a un revenu mensuel de 2 603 euros (moyenne décile 9 pour 1 unité). Sa femme ne travaille pas. Les revenus du ménage de la fille de Monsieur et Madame T sont supérieurs à 6 252 euros (moyenne décile 10) par mois.

2.9.7 Cas-type 7

Monsieur J a 80 ans. Il vit avec sa fille (qui a 60 ans) et son mari, dans leur appartement. La fille de Monsieur J et son mari sont tous deux à la retraite.

Situation clinique Monsieur J souffre de maladie d'Alzheimer a un stade avancé. Il est parfaitement valide et déambule tout au long de la journée. Il nécessite une surveillance permanente. Il est très désorienté. Il ne fait plus la différence entre le jour et la nuit, et se lève très fréquemment pendant la nuit. Il ne reconnaît plus personne. Il fait régulièrement des fugues. Il est incontinent.

Niveau de dépendance Monsieur J a besoin d'aide pour le lever et le coucher, pour la toilette et pour s'alimenter. Sa fille, qui assure l'essentiel de la prise en charge, est dans un état d'épuisement avancé (1,70 m et 50 kilos).

28. 127 fois le revenu

29. 9 fois le revenu

30. même que pour la situation 1

31. 65 fois le revenu mensuel

Ressources situation 1 Le revenu du ménage (Monsieur J, sa fille et son gendre) est d'environ 2 311 euros par mois (moyenne décile 3). Il a un patrimoine de 53 153 euros³². Son gendre et sa fille ne possèdent pas leur appartement.

Ressources situation 2 Le revenu du ménage (Monsieur J, sa fille et son gendre) est d'environ 4 344 euros par mois (décile 8). Monsieur J a un patrimoine de 99 912 euros³³. Son gendre et sa fille possèdent leur appartement (d'une valeur de 1 133 784 euros³⁴).

32. 23 fois le revenu

33. 23 fois le revenu du ménage

34. 261 fois le revenu du ménage

Bibliographie

- BERTRAND, D. et FALINOWER, I. (2011). Les services de soins infirmiers à domicile en 2008. *Série Statistiques*, (160).
- CAMPBELL, J. C. et IKEGAMI, N. (2003). Japan's radical reform of long-term care. *Social Policy & Administration*, 37(1):21–34.
- CAMPBELL, J. C. et IKEGAMI, N. (2009). Les enseignements politiques tirés de l'expérience d'autrui et des échanges internationaux en matière d'assurance sociale des soins de santé de longue durée : Allemagne , Japon et République de Corée. *Revue Internationale de Sécurité Sociale*, 62:73–94.
- CHEVREUL, K., BAHRAMI, S., LUCIER, S. et LELOUARNE, J. (2009). Les patients en service de soins infirmiers à domicile (ssiad), le coût de leur prise en charge et ses déterminants. *Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville, Paris 2009*.
- COLOMBO, F., LLENA-NOZAL, A., MERCIER, J. et TJADENS, F. (2011). *OECD Health Policy Studies Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care : Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Publishing.
- DUÉE, M. et REBILLARD, C. (2006). La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. *INSEE*, pages 613–619.
- GIMBERT, V. et MALOCHET, G. (2011). Les défis de l'accompagnement du grand âge. Conseil d'Analyse Stratégique.
- KERGUERIS, M. (2010). Rapport d'information - Services à la personne : bilan et prospective. *Rapport du Sénat*, 589.
- LE BIHAN, B. et MARTIN, C. (2006). A comparative case study of care systems for frail elderly people : Germany, spain, france, italy, united kingdom and sweden. *Social policy & administration*, 40(1):26–46.
- LE BIHAN-YOUIYOU, B. (2010). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en france. vers la création d'un cinquième risque ? *Informations Sociales*, 157(3):124–133.

- MARTIN, C. et LE BIHAN, B. (2008). *Où va la protection sociale ?*, chapitre Comment comparer les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes en Europe ?, pages 289–311. PUF.
- MARTIN, C., LE BIHAN, B., JOËL, M.-E., COLOMBINI, A. *et al.* (2002a). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède. une étude de cas-types. *Etudes et résultats*, (176):1–12.
- MARTIN, C., LE BIHAN, B., JOËL, M.-E., COLOMBINI, A. *et al.* (2002b). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède. une étude de cas-types. *Etudes et résultats*, (176):1–12.
- ROSSO-DEBORD, V. (2010). La prise en charge des personnes âgées dépendantes. *Rapport d'information*, 2647.
- VASSELLE, A. (2008). Rapport d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque. *Rapport du Sénat*, 447.

Chapter 3

Japanese long-term care insurance: equal services for equal needs?

Abstract

In April 2000, a new public long-term care insurance (LTCI) system was launched in Japan. By replacing a social welfare-nature program by a mandatory public insurance, the Japanese government aimed to provide “equal services for equal needs”. Now that LTCI has been in place for more than 10 years, it is legitimate to examine whether its access is guaranteed to all. Using the third wave of Japanese Study of Aging and Retirement (JSTAR) conducted in 2011, this article analyses potential reasons of non-use of LTCI. The study highlights two reasons of non-use : cultural norms and low income. The results show that i) the presence of coliving daughters-in-law and daughters living in the same town reduces the probability of applying for LTCI certification and ii) elderly who have low income are less likely to take the steps in order to benefits from LTCI.

3.1 Introduction

In April 2000, facing a rapidly aging population, the Japanese government implemented a mandatory public long-term care insurance (LTCI) with the aim of lessening the burden of caregiving in the family by spreading the responsibility for elderly care more evenly across society (Yong and Saito, 2012). The purpose of relieving caregivers is twofold. Firstly, informal caregiving may be a hurdle to labour participation. Hence, discharging family caregivers from the burden of care for the elderly should encourage participation in the labour market, especially among women (Shimizutani et al., 2008). Secondly, family elderly care can be the cause of *nursing fatigue* for caregivers, which could affect caregivers' health or even lead to elderly abuse (Yuhara, 2011). Transferring a part of the burden from the family to formal caregivers is also an attempt to increase the quality of elderly care and avoid family-caregivers' burn-out. However, this policy is likely to relieve family caregivers only if the elderly in need access and use the LTCI services, regardless of the presence of potential caregivers or their financial situation.

Using the third wave of Japanese Study of Aging and Retirement (JSTAR) conducted in 2011, this article attempts to identify factors determining of the use and non-use of LTCI services.

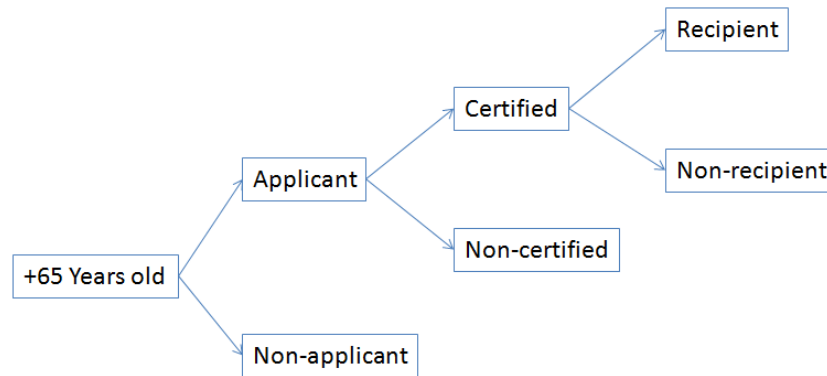
Prior to the new scheme, publicly funded long-term care was provided by each municipality as part of the social welfare policy program. Although political efforts had been conducted since the 1980's in order to expand services and provide care to all frail older persons, the definitions of eligibility, the types and the amount of services provided varied largely between localities (Tamiya et al., 2011). The social welfare-nature program was still confined to care receivers in lower income households and not necessarily available to those who could be cared for by the family (Shimizutani et al., 2008; Campbell and Ikegami, 2000). The Japanese government tackled those inequalities and proposed the objective of "equal services for equal needs" by providing care based upon a system of mandatory contributions and uniform entitlements all over the country (Izuhara, 2003). Since April 2000, all insured people who are certified as *needing care* are entitled to receive care services regardless of the family structure or the level of in-

come. However, potential barriers may still remain leading to non-take-up. Also, the shift from a scheme favouring lower income households to a mandatory insurance system with uniform entitlements may be less beneficial for low income population.

The phenomenon of non-take-up deserves serious attention from policy-makers for at least two reasons (Van Oorschot, 1998). First, it implies a fundamental injustice because of the inequality that exists between applicants and non-applicants in redeeming their rights. Second, it indicates ineffectiveness in the scheme. One of the objectives of the LTCI is to lessen the burden on family carers. Therefore, non-take-up caused by the existence of potential informal caregivers would be an indication that the program does not fully reach its targets. A better understanding of this phenomenon and the role played by adult children is important for formulating revisions of LTCI which are scheduled regularly.

In LTCI, non-take-up can arise at two different stages in the process. As illustrated in figure 3.1, the procedure to access LTCI services can be split into two steps: the certification and the arrangement of the services. In order to use the services provided by LTCI, a potential recipient has to apply for the assessment of his health status. In the case he is certified as needing care, he can rely on a care-manager to arrange services according to his needs and rights defined by the level of dependance. Non-take-up can therefore arise before or after the certification. Some potential recipients do not apply for the certification (primary non-take-up) while some do not use any services or use very little services even though they are certified (secondary non-take-up).

Since the establishment of the LTCI in 2000, a growing literature has been working on publicly funded elderly care. Tamiya et al. (2002) conducted a survey in May 2000 in order to analyze the type of services used by certified parents, depending on the presence and kinship of family caregivers. Using a survey of 2,530 family caregivers conducted in 2006 in nine regions, Suzuki et al. (2008) examined how LTCI was affecting caregiver burden. They highlighted the existence of positive effects of using LTCI services for family caregivers. Hanaoka and Norton (2008) studied how children caregivers affect the use of formal care for their elderly parents,

Figure 3.1: Procedure for LTCI

Source: author

focusing on the differential effects for gender, marital status, and children's opportunity costs. For their analysis, the authors used data from the 2001 wave of the Nihon University Japanese Longitudinal Study of Aging (NUJL-SOA). Their results showed that gender appeared to have quantitatively different, but qualitatively similar negative effect among unmarried children. Besides, the presence of less educated unmarried children had negative effects on the probability of having any formal long-term care while the presence of married daughters with a high opportunity cost had positive effects. These studies focus on the use of services at the second stage or without considering the different stages. To our knowledge, no article however has analyzed non-take-up at the first stage of the procedure of application.

This paper extends the previous literature by examining the reason of primary non-take-up in LTCI in Japan. Our approach is close to that of Hanaoka and Norton (2008), but they studied the use of LTCI services while this paper focus on primary take-up. Using binomial probit models, we attempt to analyse i) the role played by adult children according to different characteristics (living place, gender, marital status and level of education) and ii) whether lower income households are disadvantaged.

Our results highlight two reasons for primary non-take-up: cultural norms and low income.

Firstly, the presence of traditional caregivers, that is to say daughters and daughters-in-law, tends to reduce the probability of applying for LTCI certification when they are living close enough to bring care. For the elderly coliving with a child, the presence of a daughter-in-law decreases the probability to ask for LTCI certification. Among children who do not live with the parents but who live in the same town, daughters also negatively affect parents take-up. Daughters-in-law who are living close but who are not coliving do not affect the decision to apply. Secondly, the elderly who do not pay any taxes nor social charges are less likely to apply for LTCI certification. Since only those who have very low revenues do not pay taxes nor charges, this result indicates that the LTCI program tends to exclude the lowest income population.

The remainder of this paper is organized as follows. Section 3.2 reviews the previous literature and describes the potential causes of non-take-up in LTCI. Section 3.3 and 3.4 present the data and the empirical specification. Finally, section 3.5 presents the results and section 3.6 concludes.

3.2 Background

The question of interest is “what are the factors determining the use of LTCI’s services?”. In the literature, most of the studies analyzing formal care utilization had examined the nature of the relationship between informal and formal care, that is to say, whether they are complements or substitutes. Since the 1980’s, a great interest was carried on whether expanding publicly financed long-term care would increase the total care received by disabled persons or only increase public costs without such results (Christianson, 1988; Ettner, 1994; Pezzin et al., 1996; Stabile et al., 2006). More recently, a growing literature has been analyzing the opposite causality which is the role of informal care on the use of formal care (Van Houtven and Norton, 2004; Bolin et al., 2008; Bonsang, 2009).

As noticed by Bonsang (2009), theoretical models related to these studies rely mainly on family-decisions and a health production function (Grossman, 1972; Van Houtven and Norton, 2004) or the ability by the elderly person to perform activities of daily living function (Stabile et al., 2006). In these models, the use of formal care is a consequence of family-decision under

budget and time constraints, but barriers such as non-financial procedure costs, lack of information or stigma are not explicitly included nor analyzed¹. Yet, Izuhara (2003) suggested that the non-use of LTCI's services may be the consequence of such barriers. It would be therefore relevant to analyse the non-use of formal care as a take-up problem relying on a basic cost/benefit framework as Moffitt (1983) model. The participation or not in a social program is a utility-maximizing decision: eligible people take up a program if the expected benefits exceed the costs which include non-financial costs.

Generally, three causes are mentioned in the literature of non-take-up : process costs (out of pocket costs, time required to become enrolled, complexity of the claiming process), stigma and ignorance or lack of information (Remler et al., 2001; Currie, 2004). These inter-related factors can occur at three different levels : the client level, the administration level and the scheme or structure level (Van Oorschot, 1998). Non-take-up can be the direct result of specific behaviour of a client. Conceptually, it is assumed that eligible people take-up a program when the benefits exceed the costs but the perceived benefits and costs vary among the clients according to different factors (financial situation, family structure, health, knowledge of the program or their perception of cultural norms...). Besides, clients act within a specific administrative context which can strongly influence their knowledge, perceptions and experiences. Using complex application forms, using humiliating or degrading ways of handling claims, combining the service with a fraud control function are all examples of how take-up can be affected at the administration level. We can assume that the incentive for the administrators to complexify the process increases under high financial constraints. Finally, the organization and context in which administrators and clients act are defined by the scheme or structure designed by the policy makers.

The adoption in Japan of the LTCI seems to have reduced several elements of non-take-up at different levels. Since April 2000 long-term care in Japan is no longer allocated by the state but has become a part of a contract based upon a system of mandatory contributions and uniform entitlements (Izuhara, 2003). One of the aims of introducing the concept of contract was to remove the stigma attached to the traditional notion of means-tested social welfare. More-

1. Stigma or cultural norms could be however included as a cost for not providing care or in family preference.

over, by defining explicit and uniform entitlement for everyone, LTCI also considerably reduced administration-level barriers such as arbitrary bureaucratic decisions or complicated social and financial eligibility rules (Campbell and Ikegami, 2002). Finally, many efforts have been made by the Japanese government to limit the complexity of the process faced by the applicants. The application form requires very little information and care-managers are provided to advise and help the applicants during the entire process.

Although a great importance is given to reduce the potential barriers through the design of LTCI, some may still remain leading to the non-take-up of some elderly in needs. This article analyses i) how the presence of adult children affects the probability of applying for LTCI certification and ii) whether having low income reduces the participation to LTCI program.

The presence of children can have two opposite effects and the net impact of the presence of adult children is theoretically unknown. Firstly, adult children may have a positive impact on parents' take-up by informing them. The lack of information regarding the process and eligibility of the scheme can be a barrier for the elderly access to the LTCI services. Izuhara (2003) pointed out concrete cases where elderly did not apply for the LTCI because of a lack of information. They knew about the LTCI but didn't know how to apply for it or didn't even know if they were eligible. The author highlighted the role played by adult children in reducing the lack of information: according to the 2002 household survey, older households who had frequent contacts with their children were more likely to use LTCI services. Secondly, the presence of an adult-child living close enough to bring care reduces the expected benefits a parent can get from the use of LTCI. It therefore affects negatively the probability of applying for certification. The magnitude of the negative impact however depends on the characteristic of the potential caregivers, notably the gender and the level of education.

On one hand, daughters and daughters-in-law are culturally expected to care for the elderly. In the old Civil Code of Meiji era (1868-1912) based on a system of single-child inheritance, primacy was given to the continuity of the household with successive generations of parents,

eldest sons and their wives and children (Ogawa et al., 2009). Under such a system, daughters-in-law of the eldest son would benefit when the husband inherited his parents' property, but in return, were expected to care for the elderly (Long and Harris, 2000). The new Family code revised in 1948 defined equal inheritance for all children and thus, modified the legal responsibility of the eldest son. Gradually, it has become increasingly acceptable and even desirable for women to care for their own parents and not necessarily for their parents-in-law (Long and Harris, 2000). However, traditional culture may continue to influence daily life and individual perceptions (family perception, in-family relationship). For some, becoming the caregiver of the husband's parents is still considered a matter of course (Campbell et al., 2009). Besides, since the post-war period, the Japanese Government has relied on the informal role of families and has legally enforced women's responsibility as primary caregivers (Makita, 2010). The children's responsibility for taking care of their aged parents is stated in the new Civil Code of 1948 (Ogawa et al., 2009) and the government maintained a social security system towards male breadwinners². LTCI was developed in a completely opposite logic, but in presence of daughters-in-law or daughters, elderly and potential family caregivers may still feel reluctant to use services. On the other hand, the opportunity cost of bringing care depends on the education level. The more educated is a child, the higher would be his opportunity cost of caring for a parent. The parent may therefore expect to receive less care from highly educated children than from low educated ones. In other words, the negative impact of the presence of an adult-child as a potential caregiver should be weaker for high educated children.

The level of income can affect LTCI take-up through several channels: user fees, the mechanism of collecting insurance premiums and complementary programs aiming to help elderly with low income or public assistance for the less well off (*Seikatsu Hogo*).

Firstly, to use services provided by LTCI, elderly are expected to participate up to 10% of the price. Although the process of evaluation does not require any financial cost, the anticipated cost may discourage low income elderly to apply. Secondly, although Japanese LTCI is mandatory

2. A married person who earn less than a certain amount (which is frequently revised) does not pay income tax but also benefits their spouse's payroll and social security plans. This system discourage married women to commit themselves in full-times jobs (Ogawa and Ermisch, 1996).

and the contribution is almost always automatically collected from elderly's pension (for those who are aged 65 and over)³, contributions are not deducted from small pensions. In such cases, the elderly are required to pay monthly contributions to the municipality themselves. However, some fail to do so. The way municipalities deal with the non-payment of contribution vary according to the length of the non-payment but the access to certification and services is not blocked. Non-payers can still use services under specific conditions, which make the use of services more costly for the elderly. Although the non-payment of contribution does not block access to certification and LTCI services, elderly who have low income and who failed paying the premiums may exclude themselves from the LTCI program. Finally, several complementary programs are provided by the Japanese government in order to bring further support to elderly who have low income. The elderly benefiting from the public assistance *Seikatsu Hogo* can for example use LTCI's services without paying any contribution nor user fees, but complementary programs are not automatically provided and additional procedures are required. The elderly need to know about these programs and furthermore, the procedures for mean-tested programs are usually more complex and are associated with stronger stigma.

3.3 Data

This paper uses the third wave of the Japanese Study of Aging and Retirement (JSTAR) conducted in 2011 by the Research Institute of Economy, Trade and Industry (RIETI), Hitotsubashi University, and the University of Tokyo. JSTAR is a multi-disciplinary micro database including individuals aged 50 and over. The first wave of data was collected in 2007 to individuals aged between 50 and 75 living in five municipalities (Takikawa, Sendai, Adachi, Kanazawa and Shirakawa). Every two years, the respondents are followed and the sample is increased. Additional individuals were surveyed from two municipalities (Tosu and Naha) in 2009 and from three municipalities (Chofu, Tondabayashi and Hiroshima) in 2011. Three waves are thus available and the database contains in total around 7,120 individuals and 12,990 observations. Interviewers conducted face-to-face interviews with respondents using computers (CAPI: computer-aided personal interview). Some additional information was collected through a self completed ques-

3. LTCI covers also individuals aged between 40 and 65 if the needs arises from an ageing-related disease. However, this study focus on elderly aged 65 and more who are by far the main user of the Japanese LTCI.

tionnaire.

3.3.1 Sample

JSTAR focuses on individuals aged between 50 to 75 when interviewing a respondent for the first time. Therefore, the data set of 2011 contains respondents aged between 50 to 79. In this study, we consider the respondents as the elderly parents. Since LTCI is generally eligible for people aged 65 and over, this article performs the analysis on a sample restrained to these ages. We dropped observations with missing or unreliable values for the variables of interest. Moreover, respondents who still had studying children were also excluded. This left us with 2,367 observations aged between 50 to 79. Summary statistics of the main variables used in the model are presented in table 3.1 and table 3.2. In order to control the stability of the results, we also conducted some analysis on a sub-sample limited to individuals who declared at least one physical limitation. This sub-sample includes 660 observations (Summary statistics are available upon request). One of the caveats of this analysis lies on the fact that the respondents are rather young. The average age of the sample is about 71 years old while the proportion of elderly facing physical disabilities increases sharply after 80 years old. The results should therefore be confirmed with a sample including older individuals.

3.3.2 Dependant variable

The dependant variable is a dummy variable indicating whether the respondent had ever applied for LTCI certification. This article focuses on identifying the factors that determine the decision to apply. Therefore, whether the applicant was certified as needing care or not is not of our interest. In our sample, 5.7% of the respondents declared having applied for the LTCI at least once. In comparison, the proportion of certified population aged between 65 and 79 in 2010 was about 6.9% according to the Japanese Minister of Health, Labour and Welfare⁴.

4. The proportion of respondents applying is not significantly different from the proportion of certified in Japan

3.3.3 Explanatory variables

We expect the decision of applying to be mainly driven by the parent's disability. Four variables regarding parent's disabilities are analysed: i) the number of physical limitations the respondent declares among a list of ten daily activities such as *walking 100 meters* or *raise hand above the shoulders*; ii) a dummy indicating whether the respondent declare having at least one limitation among three in-house instrumental activities of daily living (in-house IADL) (boiling water, making phone calls without help, taking medicine without help); iii) a dummy indicating whether the respondent declares having at least one limitation among two out-door instrumental activities of daily living (outside iadl) (going out alone using public transportation such as buses and trains; shopping for daily necessities; iv) and finally a dummy indicating whether physical or mental condition had interfered with their daily life during the past year.

20% of the respondents declared that their physical or mental condition interfered with their daily life and 28% declared at least one physical limitation. These proportions increase with age. Besides, the proportion of elderly applying for LTCI increases with the number of physical limitations but remains low compared to the proportion of those who declare interference in daily activities. Less than 50% elderly who declare having more than 7 physical limitations had applied for LTCI certification while more than 60% declare that physical or mental conditions had interfere in their daily life.

Four characteristics of the children are analysed: living place, gender, marital status and level of education. We distinguish coliving children, children living in the same town and children living too far to bring daily care. Coliving children and children living in the same town are supposed to be living close enough to bring frequent or daily care, and therefore reduce parents' expected benefits from LTCI. As for gender and marital status, we create four children groups following the exemple of Hanaoka and Norton (2008): daughters-in-law (equivalent of married sons), unmarried daughters, married daughters and unmarried sons. We expect traditional caregiver, especially daughters-in-law and daughters, to have a negative impact in applying for LTCI. Finally, children graduated from Junior College, University and more are considered as highly

educated while children graduated High School or less are referred as low educated.

The variables indicating the level of income are available in the Jstar data set. Although the respondents' level of income was correctly informed, the data for the spouses were mostly missing. The global income of married respondents was hence difficult to calculate, while household's income matters more than individual income. Therefore, we use the non-payment of taxes as a proxy of the low level of income. In the self-completed questionnaire, respondents were asked the question "*In the past year, did you pay any income tax, resident tax, business tax, fixed-asset tax, automobile tax, inheritance tax, or social insurance premiums?*". In Japan, LTC insurance premiums of the elderly aged 65 and more are usually directly taken off their national pension, except for those who receive small pensions. Those who do not receive any pension or who receive only small pensions are supposed to pay the monthly LTCI contribution (insurance premium) to the municipality by themselves but some do not. Elderly who do not pay taxes nor any contribution (social insurance premiums) by definition have low income and we can reasonably assume that it is the case for the household itself.

Almost 9% declared not paying any taxes. This rate of non-payment seems to be quite important especially given that LTCI is mandatory. However, in a lot of cases taxes are automatically taken off and some may not realize that they are paying taxes. In both case, not paying or not being aware being paying, the probability of applying for LTCI services should diminish.

Finally, in all regressions, we control for gender, age (between 65-69, between 70-74, 75 and over), marital status and cities⁵.

5. The data did not contained details of the cities but the group of cities (5 cities of the first wave, 2 cities added in the second wave and finally 3 cities added in 2011).

Table 3.1: Statistical descriptions according to application decision

	All		Applied		Not applied	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
Application	0.057	0.233	1.000	0.000	0.000	0.000
Female	0.521	0.500	0.463	0.500	0.525	0.499
Age	71.237	3.933	73.404	3.941	71.104	3.895
65-69	0.379	0.485	0.162	0.370	0.392	0.488
70-74	0.387	0.487	0.397	0.491	0.386	0.487
75 and more	0.235	0.424	0.441	0.498	0.222	0.416
Education						
Junior High School	0.362	0.481	0.412	0.494	0.359	0.480
High School	0.436	0.496	0.412	0.494	0.437	0.496
Junior College	0.092	0.289	0.081	0.274	0.092	0.290
University and more	0.111	0.314	0.096	0.295	0.112	0.315
Spouse	0.775	0.418	0.728	0.447	0.778	0.416
Limitations						
1 limitation or less	0.814	0.389	0.272	0.447	0.847	0.360
2-3 limitations	0.079	0.270	0.088	0.285	0.079	0.270
4-6 limitations	0.051	0.220	0.199	0.400	0.042	0.201
7 or more limitations	0.056	0.230	0.441	0.498	0.032	0.177
Declare interference	0.189	0.392	0.654	0.477	0.161	0.368
Pay no tax	0.094	0.292	0.051	0.222	0.096	0.295
Number of children	2.101	1.020	1.904	1.039	2.113	1.017
No Child	0.088	0.283	0.110	0.314	0.087	0.281
Closest child						
Coliving	0.370	0.483	0.368	0.484	0.370	0.483
Same Town	0.279	0.449	0.213	0.411	0.283	0.450
Far	0.264	0.441	0.309	0.464	0.261	0.439
Number of:						
Coliving children	0.413	0.580	0.419	0.603	0.412	0.579
Children in same town	0.539	0.738	0.529	0.779	0.540	0.736
Children far	1.069	0.964	0.875	0.906	1.081	0.966
Observation	2367		136		2231	

Source: JSTAR 2011

Table 3.2: Statistical descriptions according to residence

	All		Applied		Not applied	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
Applied	0.057	0.233	0.057	0.232	0.058	0.233
Female	0.521	0.500	0.543	0.498	0.509	0.500
Age						
65-69	0.379	0.485	0.360	0.480	0.389	0.488
70-74	0.387	0.487	0.382	0.486	0.389	0.488
75 and more	0.235	0.424	0.258	0.438	0.221	0.415
Education						
Junior High School	0.362	0.481	0.401	0.490	0.339	0.474
High School	0.436	0.496	0.427	0.495	0.440	0.497
Junior College	0.092	0.289	0.089	0.285	0.093	0.291
University and more	0.111	0.314	0.082	0.275	0.127	0.333
Spouse	0.775	0.418	0.769	0.422	0.779	0.415
Pay no tax	0.094	0.292	0.089	0.285	0.097	0.295
Number of children						
Coliving	0.413	0.580	1.117	0.352	0.000	0.000
In the same town	0.539	0.738	0.419	0.614	0.609	0.795
Far	1.069	0.964	0.810	0.812	1.221	1.012
Coliving with:						
Unmarried Daugther only	0.082	0.275	0.223	0.416	0.000	0.000
Married Daughter only	0.040	0.196	0.109	0.311	0.000	0.000
Daughter in Law only	0.098	0.297	0.264	0.441	0.000	0.000
Unmarried Son only	0.110	0.313	0.298	0.458	0.000	0.000
Several coliving children	0.039	0.194	0.106	0.308	0.000	0.000
Presence of child in the same town						
Unmarried Daugther	0.038	0.191	0.025	0.157	0.046	0.209
Married Daughter	0.221	0.415	0.202	0.402	0.232	0.422
Daughter in Law	0.183	0.386	0.131	0.338	0.212	0.409
Unmarried Son	0.034	0.181	0.024	0.153	0.040	0.195
Presence of child by education						
Low Educ: Unmarried Daughter	0.057	0.231	0.114	0.318	0.023	0.149
High educ: Unmarried Daughter	0.088	0.284	0.199	0.399	0.023	0.151
Low Educ: Married Daughter	0.131	0.337	0.166	0.372	0.111	0.314
High educ: Married Daughter	0.134	0.341	0.146	0.354	0.127	0.333
Low Educ: Married Son	0.135	0.342	0.208	0.406	0.092	0.290
High educ: Married Son	0.154	0.361	0.194	0.396	0.131	0.337
Low Educ: Unmarried Son	0.090	0.286	0.208	0.406	0.021	0.143
High educ: Unmarried Son	0.076	0.266	0.176	0.381	0.018	0.133
Observation	2 367		875		1 492	

Source: JSTAR 2011

3.4 Empirical model

The empirical specifications of this article are close to the ones used by Hanaoka and Norton (2008). Parent's decision of applying (App_i) is a function of a vector of the level of disability (D_i), a vector of potential informal carers characteristics (IC_i), and a vector of other parent's characteristics (X_i). The subscript i represents the individual. The basic model is described by a binary probit model such that:

$$App_i = \begin{cases} 1 & \text{if } App_i^* > 0 \\ 0 & \text{if } App_i^* \leq 0 \end{cases}$$

$$Pr(App_i > 0 | D_i, X_i, IC_i) = \Phi(\beta_0 + D_i\beta_d + X_i\beta_x + IC_i\beta_{ic})$$

where $\Phi(\cdot)$ represents the cumulative density function of the standard normal. β_d , β_x and β_{ic} are the parameters to be estimated⁶. In order to assess the role of adult children, we use the number and the presence of children according to different characteristics (geographical, gender, level of education), regardless of whether or not they provide care. We first test the signs and significance of the coefficients of the children's presence according to their living place. Secondly, we study whether the traditional norms still prevail comparing the coefficient according to the gender and marital status. We expect that the presence of daughter or daughter-in-law living close enough to bring care reduce the decision to apply for LTCL. Thirdly, children's level of education are included as a proxy of the children's opportunity cost. The negative effect of the presence of children on the expected benefits from the LTCL program should be weaker for highly educated children. Finally, the impact of having a low income is particularly examined through the coefficient associated to the variable of non-payment of tax.

6. The statistical package used is Stata 13 and the estimation command is "probit" and "mfx" (for the calculation of the marginal effect)

3.5 Estimation results

Results are shown in table 3.3 to table 3.5. The first table focuses on children's living place while table 3.4 concentrates on children's gender and marital status. Finally table 3.5 analyses the impact of the children's level of education.

Not surprisingly, the main determinants of the application is by far the health situation: number of limitation of physical limitations, the presence of iadl and to a lesser extent the declaration of being interfered by physical condition in daily life. In all estimations, having 4 to 6 limitations or 7 limitations or more increase the probability to apply for the certification and the coefficients are significative at 1% or 5%⁷ respectively. Nevertheless, adult children's characteristics as well as the payment or not of the contribution seem also to affect the decision to apply for LTCI certification.

3.5.1 Children's living place

Table 3.3 reports the marginal effects where the dependant variable is the application to LTCI certification. Model 1 proceeds the analysis on the full sample while model 2 executes the regression on individuals who declare at least 1 physical limitation. The variables of interest are *the geographically closest child*.

The results show no significant difference between respondents' with no children and those who have children coliving or living in the same town. Only respondents who declared to have only children living far appear to be more likely to apply for the certification, although the effect is small and the significancy of the coefficient is unstable. This result supports the assumption that children living far from the parent affect the parents' decision by informing them when the parents have no family close enough to bring care.

7. Except in table 3.4 where the main determinants for coliving parents to apply appeared to be outside iadl and inteterference by physical condition in daily life.

Table 3.3: Application to LTCI according to children's living place

variable	(1)		(2)	
	All (n=2 367)		At least 1 limitation (n=660)	
	dy/dx	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.
Female	-0.004	(0.006)	0.001	(0.026)
Age				
65-70	ref.	ref.	ref.	ref.
70-74	0.013	(0.008)	0.034	(0.035)
75 and more	0.025**	(0.012)	0.051	(0.040)
Level of education				
Elementary/Middle School	-0.012**	(0.005)	-0.047*	(0.026)
High School/Junior College	ref.	ref.	ref.	ref.
University or More	-0.003	(0.009)	-0.028	(0.040)
Marital status (married)	-0.007	(0.008)	-0.025	(0.031)
Pay No Tax	-0.019***	(0.005)	-0.075***	(0.024)
Limitations				
1 limitation or less	ref.	ref.	ref.	ref.
2-3 limitations	0.021	(0.015)	0.008	(0.039)
4-6 limitations	0.084***	(0.030)	0.114**	(0.055)
7 or more limitations	0.148***	(0.040)	0.200***	(0.062)
In home iadl	0.098**	(0.043)	0.320***	(0.097)
Outside iadl	0.086***	(0.026)	0.179***	(0.051)
Interfer	0.041***	(0.012)	0.108***	(0.029)
Closest child				
coliving	0.003	(0.008)	0.008	(0.033)
same town	ref.	ref.	ref.	ref.
far	0.023**	(0.011)	0.064	(0.042)
no child	0.015	(0.016)	0.046	(0.062)
Wave dummies	Yes		Yes	
pseudo R2	0.409		0.389	

Data: JSTAR 2011

This table presents the marginal effects of binomial probit models.

*, **, *** indicate coefficient significantly different from 0 at the 10%, 5% and 1% level, respectively

3.5.2 Marital status and gender

The objective of models 3 and 4 (table 3.4) is to analyse the effect of the potential informal carers on application to LTCI certification according to the gender and the marital status. We therefore focus on children coliving or living in the same town (living close enough to bring daily care) and exclude respondents who only have children living far.

The effect of children's gender and marital status differs according to the living place. Among coliving children, daughters-in-law and unmarried daughters affect negatively the likelihood to apply for LTCI certification. The coefficients are both significant at the 10% level. Among

children living in the same town, the presence of unmarried daughter reduces the probability of applying. The coefficient associated to the presence of married daughter is not significant but the coefficient is negative and very close to the one associated to the presence of unmarried daughters. Daughters-in-law living in the same town, however have no negative impact. The coefficient is even positive.

Two reasons may explain the lack of negative effect of non-coliving daughters-in-law. Firstly, as discussed earlier (see section 3.2), in the Japanese tradition, it is especially expected that the wife of the eldest son live with the parents-in-law and take care of them. Non-coliving daughters-in-law are therefore less likely to be the eldest son's spouse than coliving daughters-in-law, and as a consequence are less under traditional pressures. Secondly, we can also assume that children (especially eldest son) who live in the same town but not in the same residence of the parents are initially less sensitive to cultural norms.

The results support the assumption that traditional norms still remain: the presence of coliving daughters-in-law or daughters living close decrease the probability for the parent to apply for the certification. The traditional potential caregivers are more reluctant to use formal care (or in the presence of traditional potential caregivers, parents are more reluctant to apply for formal care). However the negative effect of coliving daughters-in-law is not very stable. Beside, Hanaoka and Norton (2008) who worked on the use of LTCI services without distinguishing primary and secondary non-take-up didn't find that daughters-in-law had a stronger negative effect than daughters. Therefore, although traditional norms still appear to play a role, the traditional pressure upon daughters-in-law does not seem to be as anchored as we could initially expect.

Surprisingly, the number of children living far away impact the probability of applying negatively when the sample is limited to those who have at least one child living close. In other words, having only children living far increases the probability of applying (models 1 and 2) while having children living far away reduces the probability of applying so long as other chil-

dren live closer (models 3 and 4). One explanation could be that the children living close care the sight of children living far and feel more reluctant about the idea that the parents rely on formal care.

Table 3.4: Application to LTCI according to children's gender and marital status

variable	(3)		(4)	
	Coliving (n=875)		Not Coliving (n=868)	
	dy/dx	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.
Female	0.004	(0.005)	-0.008	(0.005)
Age				
65-70	ref.	ref.	ref.	ref.
70-74	0.017	(0.011)	0.010	(0.007)
75 and more	0.043*	(0.024)	0.005	(0.009)
Level of education				
Elementary/Middle School	-0.005	(0.005)	0.006	(0.006)
High School/Junior College	ref.	ref.	ref.	ref.
University or More	-0.003	(0.006)	-0.001	(0.008)
Marital status (married)	-0.001	(0.005)	-0.000	(0.006)
Pay No Tax	-0.010**	(0.004)	-0.010**	(0.004)
Limitations				
1 limitation or less	ref.	ref.	ref.	ref.
2-3 limitations	0.010	(0.012)	0.045	(0.030)
4-6 limitations	0.032	(0.030)	0.104*	(0.054)
7 or more limitations	0.083	(0.052)	0.220**	(0.088)
In home iadl	0.048	(0.043)	0.051	(0.049)
Outside iadl	0.075*	(0.039)	0.024	(0.023)
Interfer	0.029*	(0.016)	0.009	(0.009)
Coliving with				
Unmarried Daughter only	-0.009**	(0.005)		
married Daughter only	-0.006	(0.004)		
Daughter in Law only	-0.014**	(0.006)		
Unmarried Son	ref.	ref.		
Several coliving children	-0.007*	(0.004)		
At least 1 in the same town				
Unmarried Daughter			-0.008**	(0.004)
Married Daughter			-0.008	(0.005)
Daughter in Law only			0.003	(0.005)
Unmarried Son			0.036	(0.026)
Number of children living close	-0.006	(0.004)		
Number of children living far	-0.007*	(0.004)	-0.008*	(0.004)
Wave dummies		Yes		Yes
pseudo R2	0.531		0.487	

Data: JSTAR 2011

This table presents the marginal effects of binomial probit models.

*, **, *** indicate coefficient significantly different from 0 at the 10%, 5% and 1% level, respectively

3.5.3 Children's level of education

Finally models of the table 3.5 verify whether the children's level of education matters. We focus on the level of education of the children who appears to affect the application of LTCI certification, namely coliving unmarried daughters, coliving daughters-in-law and daughters living close. Married daughters and unmarried daughters living close were not distinguished since they seem to have the same impact on parent's participation to LTCI⁸.

Coliving daughters-in-law and daughters living close affect the probability of applying for certification negatively while coliving unmarried daughters do not have any impact. The effect of coliving daughters-in-law is however only significant at the 10% level in one of the models. In order to check whether there are any differential effects between highly educated potential caregivers and the others, the coefficients were compared using a F-test, but equality could not be rejected for any of the daughters. This result suggest that the opportunity cost of the traditional potential caregivers does not matter in the decision to apply for the certification or not.

Unlike our outcomes, Hanaoka found that the presence of children with a lower opportunity cost has greater and more significant substitution effects on formal long-term care than that of with higher opportunity costs. One of the possible explanations would be that the effect of children's opportunity cost especially matters at the secondary take-up.

3.5.4 Non-payment of tax

The dummy indicating the non-payment of taxes or social charges was included in all models as a proxy of very low income. As discussed earlier, some social insurances are usually automatically deducted from the pension except for very low pensions. Hence, the respondents who do not pay any taxes nor charges have by definition low income. In every models, the coefficient related to the dummy was systematically negative and significant at 5% or 1%. This result indicates that very low income population is less likely to participate in the LTCI program.

8. Although the coefficient of married daughters was not significant, the coefficient and the standard errors were still very close

Table 3.5: Application to LTCI according to education level

variable	(5)		(6)	
	All (n=1 743)		At least 1 limitation (n=487)	
	dy/dx	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.
Female	-0.003	(0.004)	0.000	(0.024)
Age				
65-70	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
70-74	0.013*	(0.007)	0.028	(0.033)
75 and more	0.022*	(0.012)	0.070	(0.043)
Level of education				
Elementary/Middle School	-0.001	(0.004)	0.006	(0.025)
High School/Junior College	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
University or More	-0.001	(0.007)	-0.036	(0.029)
Marital status (married)	-0.000	(0.005)	-0.006	(0.027)
Pay No Tax	-0.014***	(0.004)	-0.077***	(0.019)
Limitations				
1 limitation or less	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
2-3 limitations	0.031*	(0.017)	0.078	(0.053)
4-6 limitations	0.072**	(0.031)	0.151**	(0.075)
7 or more limitations	0.150***	(0.049)	0.277***	(0.090)
In home iadl	0.053	(0.034)	0.205**	(0.102)
Outside iadl	0.057**	(0.025)	0.161***	(0.058)
Interfer	0.025**	(0.010)	0.079***	(0.030)
Coliving children education				
Unmarried Daughter: Low Educ	0.001	(0.009)	-0.019	(0.046)
Unmarried Daughter: High Educ	-0.004	(0.006)	0.005	(0.052)
Daughter in Law: Low Educ	-0.009**	(0.004)	-0.036	(0.024)
Daughter in Law: High Educ	-0.008*	(0.005)	-0.022	(0.036)
Living close children education				
Daughter: Low Educ	-0.010***	(0.004)	-0.064***	(0.019)
Daughter: High Educ	-0.012***	(0.004)	-0.055***	(0.020)
Nbr of children living far	-0.008***	(0.003)	-0.038**	(0.016)
Wave dummies		Yes		Yes
pseudo R2		0.482		0.468

Data: JSTAR 2011

This table presents the marginal effects of binomial probit models.

*, **, *** indicate coefficient significantly different from 0 at the 10%, 5% and 1% level, respectively

Two reasons can be given to this result. Firstly, elderly who cannot afford paying taxes and social insurances cannot afford the copaiement and exclude themselves from the system although applying for the certification does not generate financial costs for the elderly . Secondly, they can be afraid of reprisals for not paying any social insurance. This observation is quite unfortunate since individuals who exclude themselves from the system at an early stage do no get access to an important amount of information. By applying for the certification and getting in touch with a care manager is also a way to get better information, in particular on additional programs targeting very low income households.

However, since we used a proxy of very low income, we are not highlighting that the decision to apply for LTCI certification necessarily decreases as income gets lower. Since the application process does not generate costs, we actually tend to expect little impact of income on primary non-take-up. We tend to believe that this negative relation concerns only the households with the lowest income. Income should probably have a stronger impact on the volume of services purchased at the second stage.

3.6 Conclusion

This article attempted to identify the determinants of primary non-take-up in LTCI established in Japan in April 2000. By replacing a social welfare-nature program to a mandatory insurance program, the Japanese government targeted a shift from a program confined to care receivers in lower income households, to a program providing “equal services for equal needs”. To achieve this objective, the Japanese government had to face several challenges of which suppressing family criteria, overcoming cultural norms and removing the feeling of stigma.

Now that the LTCI has been settled for more than 10 years, it is legitimate to ask i) whether the LTCI program overcame the various challenges and ii) whether it created new problems such as neglecting the low income households. Focusing on the primary non-take-up, this article brings in some elements.

Non-take-up raises questions of efficiency and inequality. The initial objective of the LTCI was to alleviate the burden of informal carers and to improve the quality of elderly care. But since 2006 the government has also progressively attempted to slow down the process of becoming dependant by providing services of prevention. In other words, the success of LTCI programs also relies on the possibility to quickly detect physical disabilities. Non-take-up among highly disabled elderly as well as among lightly disabled deserves serious attention. This article highlights two reasons of non-take-up: cultural norms and low income.

The presence of coliving daughter-in-law or daughter living in the same town (but not coliving) tends to reduce the probability of applying. Although the effect is not very stable for coliving daughters-in-law, this observation indicates that some expectations induced by cultural norms appear already at the first stage of the process. Besides, we found negative effects of having children living far when the elderly has at least a child living close or coliving, suggesting that potential caregivers living close enough may feel explicit or implicit pressure from siblings living far. To improve take-up rate, further public efforts should be maintained in order to overcome the reluctance perceived by some elderly and potential informal carers. For example, it is important to better communicating the benefits of formal care combined with informal care so that people do not consider using formal care as a sign of neglecting the elderly.

Besides, the Japanese government should pay a particular attention to households with very low income. Our study showed that elderly who declared that they were not paying any taxes were less likely to apply for LTCI certification. By definition, those who do not pay taxes nor contributions are the elderly who have very low income, otherwise LTCI contributions would be automatically taken off their pension. In other words, some elderly exclude themselves if they come from a low income background.

It should be remembered that this study focuses only on the primary non-take-up. Further studies should extend the analysis by examining the reasons of non-use of services among the elderly who are certified and the determinants of the quantity of services used.

3.7 Appendix

Table 3.6: Variables of the sample

Variable	Description
Applied	1 if respondant has ever applied for LTCI certification
Female	1 if female
Age	
65-69	1 if aged between 65-69
70-74	1 if aged between 70-74
75 and more	1 if aged between 75 and more
Level of education	
Elementary/Middle School	1 if graduated of middle school or less
High School/Junior College	1 if graduated of High School or Junior College but not above
University or More	1 if graduated at least of University
Marital status (married)	1 if married
Pay No Tax	1 if declares not having paid any taxes nor social insurance premiums during the last year
Limitations	
1 limitation or less	1 if 1 physical limitation or less
2-3 limitations	1 if 2-3 physical limitations
4-6 limitations	1 if 4-6 physical limitations
7 or more limitations	1 if 7 or more physical limitations
In home iadl	1 if at least 1 in home iadl
Outside iadl	1 if at least 1 outdoor iadl
Interfer	1 if physical or mental condition interfered in daily life during the last year
Closest child	
coliving	1 if lives with at least one child
same town	1 if does not live with any child but has at least one child living close
far	1 if has only children living far
no child	1 if no child
Coliving with:	
Unmarried Daugther only	1 if lives with an unmarried daughter but no other children
Married Daughter only	1 if lives with a married daughter (and son-in-law) but no other children
Daughter in Law only	1 if lives with a married son (and daughter-in-law) but no other children
Unmarried Son only	1 if lives with an unmarried son but no other children
Several coliving children	1 if lives with several children
Presence of child in same town	
Unmarried Daugther	1 if at least one unmarried daughter lives in the same town
Married Daughter	1 if at least one married daughter lives in the same town
Daughter in Law	1 if at least one married son (and daughter-in-law) lives in the same town
Unmarried Son	1 if at least one unmarried son lives in the same town
Presence of child by education	
Unmarried Daughter: Low Educ	1 if at least one low educated unmarried daughter
Unmarried Daughter: High Educ	1 if at least one high educated unmarried daughter
Married Daughter: Low Educ	1 if at least one low educated married daughter
Married Daughter: High Educ	1 if at least one high educated married daughter
Daughter-in-law: Low Educ	1 if at least one low educated married son (proxy for daugther-in-law)
Daughter-in-law: High Educ	1 if at least one high educated unmarried daughter (proxy for daugther-in-law)
Unmarried Son: Low Educ	1 if at least one low educated unmarried son
Unmarried Son: High Educ	1 if at least one high educated unmarried son

Comparison with the French results

In this section, we attempt to illustrate some differences between the French and the Japanese system comparing our results with the ones obtained by Fontaine (2012) using french database.

As discussed in earlier chapter, in 2002 the French government introduced a form of public financial support called the personalised autonomy allowance (*allocation personnalisée d'autonomie*, or APA). APA bring financial support to disabled elderly to use professional home care workers. The mechanism of APA is close to LTCI: APA reimburse the total or a part of the cost of formal care used by eligible elderly. The eligibility for the APA is determined by the age (over 60) and the level of disability assessed by a social medical team. The amount of services covered by the system is defined by the level of disability. As well as the Japanese LTCI, the level of income is not a criteria of eligibility. However, contrary to the LTCI, the proportion of the cost covered by the APA depends on the level of income. While the Japanese LTCI finance 90% of the cost; no matter the level of income of the user⁹, APA covers between 10% (for to highest income population) to the full cost (for the lowest income population). In other words, the expected benefits of APA can be very small since the out-of-pocket cost represents 90% of the cost of services defined by the social medical team.

Using data from the French *Handicap Santé Ménage Survey*, Fontaine (2012) tried to identify the determining factors of take-up in APA with a particular focus on living arrangements. He examined five categories of living arrangement: living alone, living with a spouse, living with a child, living with a spouse and a child, and finally living with other. He found that having a greater number of potential informal caregivers decreased the probability of using APA. First, living with someone was associated with lower probability of recourse of APA than living alone. The negative effect was especially strong for elderly living with a partner or with partner and a child. Second, the number of daughters also decreased the probability of using APA. However, the number of sons was associated with a higher probability to use APA, indicating that sons encourage more often their parents to use APA. Furthermore, Fontaine (2012) highlighted

9. Complementary system may however help the lowest income population to pay the remaining 10% of the cost

that a household's standard of living was negatively associated with the probability of using APA. This result is consistent with the earlier remark about the expected benefits: use fees increase with the standard of living, leading to smaller financial advantage for high income elderly.

Following Fontaine (2012)'s exemple, we analyze how the types of living arrangement affect the decision to apply for LTCI certification. In order to get closer to his study, we limited the sample to those who declared having at least one limitation. It should be noted however that Fontaine (2012) analyzed the use or non-use of APA without distinguishing primary and secondary non-take-up, while our study focus only on primary non-take-up. Due to data limitations, we could not replicate exactly his analysis. Therefore, interpretation of the results should be treated with cautious, but we believe that they provide elements for reflection.

The descriptive statistics of the living arrangement and the number of children are presented in table 3.7. There is a striking difference between France and Japan in the proportion of elderly coliving with a child. While only 16% of the french respondants declared living with at least one child, it represents 35% of the japanese respondants. Only 10% were living alone compared to 40% in France.

Table 3.7: Living arrangement according to application decision
(respondants with at least 1 limitation)

	All			Applied			Not Applied		
	Obs.	Mean	S.D.	Obs.	Mean	S.D.	Obs.	Mean	S.D.
Living Arrangement									
Living Alone	659	0.109	0.312	109	0.119	0.326	550	0.107	0.310
Living with a partner	659	0.429	0.495	109	0.431	0.498	550	0.429	0.495
Living with one or several children	659	0.091	0.288	109	0.073	0.262	550	0.095	0.293
Living with child and partner	659	0.267	0.443	109	0.275	0.449	550	0.265	0.442
Living with other	659	0.103	0.304	109	0.101	0.303	550	0.104	0.305
Number of children									
Daughters	660	0.964	0.919	110	0.827	0.956	550	0.991	0.910
Sons	660	1.059	0.872	110	1.018	0.867	550	1.067	0.873

Source: JSTAR 2011

Table 3.8: Application to LTCI according to household configuration

variable	(7)		(8)	
	At least 1 limitation (n=659)		At least 1 limitation (n=659)	
	dy/dx	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.
Female	-0.001	(0.027)	0.000	(0.027)
Age				
65-70	ref.	ref.	ref.	ref.
70-74	0.037	(0.036)	0.040	(0.036)
75 and more	0.053	(0.041)	0.056	(0.041)
Level of education				
Elementary/Middle School	-0.046*	(0.026)	-0.039	(0.026)
High School/Junior College	ref.	ref.	ref.	ref.
University or More	-0.020	(0.042)	-0.020	(0.042)
Marital status (married)	-0.140	(0.132)	-0.115	(0.128)
Pay No Tax	-0.072***	(0.025)	-0.073***	(0.025)
Limitations				
1 limitation or less	ref.	ref.	ref.	ref.
2-3 limitations	0.004	(0.039)	0.005	(0.039)
4-6 limitations	0.101*	(0.053)	0.099*	(0.053)
7 or more limitations	0.189***	(0.061)	0.189***	(0.062)
In home iadl	0.314***	(0.097)	0.304***	(0.098)
Outside iadl	0.184***	(0.051)	0.189***	(0.052)
Interfer	0.109***	(0.029)	0.107***	(0.029)
Household configuration				
Living with a partner	ref.	ref.	ref.	ref.
Living alone	-0.075	(0.048)	-0.071	(0.051)
Living with a child	-0.086**	(0.037)	-0.077*	(0.045)
Living with child and partner	-0.034	(0.027)	-0.027	(0.028)
Living other	-0.052	(0.053)	-0.050	(0.054)
Number of children				
Daughter			-0.027*	(0.015)
Son			-0.015	(0.016)
Wave dummies	Yes		Yes	
pseudo R2	0.387		0.393	

Data: JSTAR 2011

This table presents the marginal effects of binomial probit models.

*, **, *** indicate coefficient significantly different from 0 at the 10%, 5% and 1% level, respectively

The results obtained using Japanese data were quite different from those obtained with the french data. Firstly, the impact of living arrangement as defined by Fontaine (2012) were not very clear. When the regression was conducted using the variable *living alone* as a reference (as Fontaine (2012)), no coefficient related to living configuration appeared to be significant. However, when the regression was conducted using *living with a partner* as the reference (see table 3.8), only the respondents living with one or several children appeared to be less likely to apply for LTCI certification. This result indicate that living only with partner increases the probability of applying while living with children decreases it. But the effects are not very strong since *living with a child* is not significantly different from the other configuration (*living alone*,

living with a child and a partner and *living with other*). Secondly, while Fontaine (2012) found a negative effect of the number of daughters against a positive effect of the number of sons, we found negative effect of children from both gender although only the number of daughters was significant (at a level of 10%). We suppose that the role played by daughters-in-law in Japan suppress the potential positive effect of having sons. Finally, as discussed in the previous section, elderly with very low income are less likely to apply for Japanese LTCI while the probability of recouring APA reduces with the household standard of living.

Bibliography

- Bolin, K., Lindgren, B., and Lundborg, P. (2008). Informal and formal care among single-living elderly in europe. *Health economics*, 17(3):393–409.
- Bonsang, E. (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in europe? *Journal of health economics*, 28(1):143–154.
- Campbell, J. C. and Ikegami, N. (2000). Long-term care insurance comes to japan. *Health Affairs*, 19(3):26–39.
- Campbell, J. C. and Ikegami, N. (2002). Choices, policy logics and problems in the design of long-term care systems. *Social Policy & Administration*, 36(7):719–734.
- Campbell, R., Nishimura, C., et al. (2009). Does it matter who cares? a comparison of daughters versus daughters-in-law in japanese elder care. *Social Science Japan Journal*, 12(1):1–21.
- Christianson, J. B. (1988). The evaluation of the national long term care demonstration. 6. the effect of channeling on informal caregiving. *Health Services Research*, 23(1):99.
- Currie, J. (2004). The take up of social benefits. w10488, National Bureau of Economic Research.
- Ettner, S. L. (1994). The effect of the medicaid home care benefit on long-term care choices of the elderly. *Economic Inquiry*, 32(1):103–127.
- Fontaine, R. (2012). The effect of public subsidies for formal care on the care provision for disabled elderly people in france. *Économie publique/Public economics*, (28-29):271–304.
- Grossman, M. (1972). On the concept of health capital and the demand for health. *The Journal of Political Economy*, pages 223–255.
- Hanaoka, C. and Norton, E. C. (2008). Informal and formal care for elderly persons: How adult children’s characteristics affect the use of formal care in japan. *Social Science & Medicine*, 67(6):1002–1008.
- Izuhara, M. (2003). Social inequality under a new social contract: Long-term care in japan. *Social Policy & Administration*, 37(4):395–410.

- Long, S. O. and Harris, P. B. (2000). Gender and elder care: social change and the role of the caregiver in japan. *Social Science Japan Journal*, 3(1):21–36.
- Makita, M. (2010). Gender roles and social policy in an ageing society: the case of japan. *International Journal of Ageing and Later Life*, 5(1):77–106.
- Moffitt, R. (1983). An economic model of welfare stigma. *The American Economic Review*, pages 1023–1035.
- Ogawa, N. and Ermisch, J. F. (1996). Family structure, home time demands, and the employment patterns of japanese married women. *Journal of Labor Economics*, pages 677–702.
- Ogawa, N., Matsukura, R., et al. (2009). *Rapid population aging and changing intergenerational transfers in Japan*. Springer.
- Pezzin, L. E., Kemper, P., and Reschovsky, J. (1996). Does publicly provided home care substitute for family care? experimental evidence with endogenous living arrangements. *Journal of Human Resources*, pages 650–676.
- Pezzin, L. E. and Schone, B. S. (1999). Intergenerational household formation, female labor supply and informal caregiving: A bargaining approach. *Journal of Human Resources*, pages 475–503.
- Remler, D. K., Rachlin, J. E., and Glied, S. A. (2001). What can the take-up of other programs teach us about how to improve take-up of health insurance programs? W8185, National Bureau of Economic Research.
- Shimizutani, S., Suzuki, W., and Noguchi, H. (2008). The socialization of at-home elderly care and female labor market participation: Micro-level evidence from japan. *Japan and the World Economy*, 20(1):82–96.
- Stabile, M., Laporte, A., and Coyte, P. C. (2006). Household responses to public home care programs. *Journal of health economics*, 25(4):674–701.
- Suzuki, W., Ogura, S., and Izumida, N. (2008). Burden of family care-givers and the rationing in

- the long-term care insurance benefits of japan. *The Singapore Economic Review*, 53(01):121–144.
- Tamiya, N., Noguchi, H., Nishi, A., Reich, M. R., Ikegami, N., Hashimoto, H., Shibuya, K., Kawachi, I., and Campbell, J. C. (2011). Population ageing and wellbeing: lessons from japan’s long-term care insurance policy. *The Lancet*, 378(9797):1183–1192.
- Tamiya, N., Yamaoka, K., and Yano, E. (2002). Use of home health services covered by new public long-term care insurance in japan: impact of the presence and kinship of family caregivers. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(4):295–303.
- Tsutsui, T. and Muramatsu, N. (2007). Japan’s universal long-term care system reform of 2005: Containing costs and realizing a vision. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(9):1458–1463.
- Van Houtven, C. H. and Norton, E. C. (2004). Informal care and health care use of older adults. *Journal of health economics*, 23(6):1159–1180.
- Van Oorschot, W. J. (1998). Failing selectivity: On the extent and causes of non-take-up of social security benefits. *Empirical poverty research in a comparative perspective*, pages 101–132.
- Viitanen, T. K. (2007). Informal and formal care in europe.
- Yong, V. and Saito, Y. (2012). National long-term care insurance policy in japan a decade after implementation: some lessons for aging countries. *Ageing International*, 37(3):271–284.
- Yuhara, E. (2011). Kaigo satsujin no genjyo kara midaseru kaigoshien no kadai. *Nihon fukushi daigaku shakai fukushiron shuu*, (125):41–65.

Chapter 4

Informal care and employment status of Japanese middle-aged women

Abstract

In April 2000, a new public long-term care insurance (LTCI) system was launched in Japan with the aim of diminishing the burden of care in the household and increasing female labor market participation. This study takes advantage of the microdata files collected by the Japanese Study of Aging and Retirement (JSTAR) since 2007 to analyse whether informal care provided by middle-aged Japanese women to their elderly parents affects their labour force participation. This analysis does not allow us to draw clear conclusions on the effect of long-term care insurance. However, it shows the situation almost a decade after the launch of the LTCI. The analysis compares women who are coliving with their elderly parents and those who are not. The estimations show that under exogeneity assumption, the provision of frequent informal care reduces the probability of labour market participation for both coliving women and not coliving carers. When treated as endogenous, coresidential caregiving and extraresidential caregiving do not have a significant impact anymore.

4.1 Introduction

With the rapidly ageing population, OECD countries are currently facing two major challenges. First, the growing proportion of pensioners raises concerns about the sustainability of the public pensions system. Second, the increase of the population aged 80 and over is likely to increase the demand for caregiving for the elderly. To solve these problems, numbers of countries tend to conduct policies with the aim to increase employment of two particular groups (women and older workers) and simultaneously to promote inhome-care. Since elderly care to those who are not in institution is mainly brought by middle-aged women (spouses and daughters), analysing the relationship between labor supply and caregiving among this group of the population is an important issue.

The issue is particularly interesting for Japan which experienced a far larger increase in its ageing population than any other western country, and implemented a mandatory public long-term care insurance in order to face the growing need for elderly care. The purpose of this article is to provide new evidence on whether informal care provided by middle-aged Japanese women to their frail parents affects their labour force participation, using the recently developed multi-disciplinary micro database Japanese Study of Aging and Retirement (Jstar).

In the post-World War II period, Japan's fertility decline was the earliest to occur in the world and also the greatest among all the industrialized nations (Ogawa et al., 2009). In 2010, Japan had the highest proportion of elderly people in the world¹. 22.7% of the Japanese people are 65 years or over against an average of 18.3% in Western Europe and 13.1% in the United States. The proportion of those aged 80 or over was also the most important in 2010 with 6.3% and is likely double by 2030 to reach 12.7%.

In response to the rapidly ageing population, the Japanese government conducted two main policies in regards to elderly care during the last two decades. In 1989 a major 10-years project called the *Golden Plan* was launched in order to promote in-home care for the elderly (Ogawa

1. World Population Prospects: The 2010 Revision

et al., 2010). The main objective of the *Golden Plan* was to improve services for the elderly who live at home (Ogawa and Retherford, 1997) while long-term care was provided by each municipality as part of the social welfare policy program (Shimizutani et al., 2008). The *Golden Plan* was hugely popular but also created many problems : spending increased rapidly; local government faced management difficulties; the definitions of eligibility, the types and the amount of services provided varied largely between localities (Tamiya et al., 2011). In April 2000, a mandatory public long-term care insurance (LTCI) was initiated. Since then, all insured people certified as *needing care* have been entitled to receive care services with 10% of co-insurance payment. The amount of services they can receive depends on the level of certification.

Surprisingly, only few studies analyze the relationship between female labor market behavior and caregiving to elderly parents after the launch of the LTCI in 2000. Two studies focused on the effect of introducing the LTCI on female labor market participation using difference-in-difference approaches. Taking advantage of data sets of *Survey on Long-term Care Users*, one prior to and two others after April 2000, Shimizutani et al. (2008) showed no effect in 2001 but a large and positive effect in 2002. Using 1998 and 2004 data from the *Comprehensive Survey of People's Living Conditions* (CSPLC), Tamiya et al. (2011) found that time spent on care by family members dropped and that introducing LTCI increased the probability of being employed. But those two effects were mainly observed for high income carers. Finally, to the best of our knowledge, only one forthcoming study analyzes the causal effect between caregiving and labor supply when the LTCI program matured. Yamada and Shimizutani (2014) use micro-level data from the CSPLC to estimate the effect of caring on labour supply for co-resident carers in 2010. They find a negative effect of care provision on labour market outcomes of the main caregivers at home in terms of probability of working, employment status and hours worked. According to their study, LTCI program mitigates partially this negative effect.

The originality of this paper is twofolds. First, we use data from 2007 to 2011 which is almost a decade after the launch of the mandatory Long Terme Care Insurance (LTCI) established in order to face the raising demand for caregiving. Second, in contrast with the work of Yamada

and Shimizutani (2014) which focuses only on co-residential care, our paper attempts to analyze the difference between co-residential care and extra-residential care.

According to the seventh round of the International Survey of Lifestyles and Attitudes of the Elderly (Cabinet Office, 2010) the proportion of the elderly aged 60 and older living with a grand-child was 17.7% while it was 8.4% in the United States and 1.7% in Germany. Two reasons may be listed to explain the high frequency of multigenerational households in Japan. First, as documented by Ogawa and Ermisch (1996) and Ogawa et al. (2009), several authors explain the high rate of multigenerational household by a deep rooted Confucian teaching of filial piety which continues to affect various aspects of society. Second, a chronic shortage of licensed daycare centers for children and out-of-school hours care centers make it difficult for women to continue working after giving birth (Oishi and Oshio, 2006). Living with parents may be a strategy to decrease the burden of child rearing and continue to work.

Although multigenerational households are still commonplace and play an important role in Japan in comparison to other industrialized western countries, they are also undeniably declining continuously since several decades. The proportion of three-generation households dropped from 15.3% in 1986 to 7.9% in 2010². Therefore, it seems essential to analyse the impact of caring for both coresident carers and extraresident carers separately.

The paper first performs the analysis using Probit Models on different samples assuming the exogeneity of informal care in respect to labour force participation decision. The estimations show that under the exogeneity assumption, the provision of frequent informal care reduces the probability of labour market participation for both coliving women and not coliving carers. Weekly and daily care decrease greatly the probability for an extra-residential carer to work while only daily care affects co-residential carers' work. As we suspect caring to be endogenous with respect to employment, this paper then attempts to address the sources of endogeneity using an instrumental variable method. Parents' age is used as an instrumental variable. When treated as endogenous, the marginal effect of coresidential caring remains strongly negative while

2. mwhl.co.jp, Basic Survey on People's Life (in Japanese)

extraresidential caring does not have a significant impact anymore.

The remainder of this paper is organized as follows. Section 4.2 reviews the previous literature. In section 4.3, we present the description of the data and the variables retained. Section 4.4 presents the empirical methods and provides the estimation results.

4.2 Literature

4.2.1 Informal care and labor market participation

Caring may affect labor market supply through several channels. Four effects are suggested in the literature (Carmichael and Charles, 1998; Heitmueller, 2007; Fontaine, 2010): the *substitution effect*, the *discrimination effect*, the *income effect* and the *respite effect*. Among them, the substitution effect is probably the most intuitive effect. Under time constraint, a caregiver has to allocate his time between work, caring or leisure. This effect can be analyzed with a simple model developed by Johnson and Lo Sasso (2000) based on the standard economic assumption that individuals are utility-maximizers. In their model, individuals allocate their time between paid employment, leisure and care of elderly parents under budget and time constraints. Assuming that decisions are made by altruistic adult children and that parents are passive recipients, the model predicts that adult children reduce their labor supply when they increase the number of hours they spend caring for their parents. Working and caregiving appear as two competing activities.

The discrimination effect occurs more indirectly. If we assume as Carmichael and Charles (1998) that caring decreases the wage rate of the carer for being less reliable (higher absence or sickness rate) or taking less responsibilities, the opportunity costs of time, leisure and informal care are less costly. Therefore, with lower expected earnings, carers may be less likely to participate in the labor market. Yet, caregiving may lead to additional costs which would encourage informal carers to increase labor supply. This *income effect* should be more significant in an environment in which formal care services are broadly available. Finally, according to the respite

effect, individuals involved in caregiving may desire to take breaks from caring responsibility by working. As documented by Le Bihan-Youinou et al. (2006), working can be a strategy to avoid being fully committed to caring. The respite and income effects impact positively labor supply while the substitution and discrimination effects have a negative impact on labor supply. The net effect of informal care provision on labour market participation is therefore theoretically unknown.

4.2.2 Empirical studies

Until recently, studies estimating the effect of caring on labor market participation were mainly based on US data (Wolff and Soldo, 1994; Stern, 1995; Ettner, 1995, 1996; Johnson and Lo Sasso, 2000; Wolff, 2006; Van Houtven et al., 2013). Since the 2000s, studies on the relationship between informal care and employment started to be carried out in UK (Carmichael and Charles, 1998, 2003; Heitmueller, 2007; Heitmueller and Inglis, 2007; Michaud et al., 2010) and Europe (Crespo, 2006; Bolin et al., 2008; Casado-Marín et al., 2009; Kotsadam, 2011; Ciani, 2012). The papers focusing on Europe have been particularly expanding since the development of the Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE) in the mid-2000s. We can also mention several analyses performed in Australia (Berecki-Gisolf et al., 2008; Leigh, 2010) and in Japan (Shimizutani et al., 2008).

The results obtained from the empirical studies analysing the causal effect of care provision on the labour supply have been mixed. However, when the intensity or the quantity of the caregiving is taken into account, the results are more converging (for women): high intensity care or caregiving more than a certain amount of hours (e.g. 20 hours a week) seems to have a negative effect on the probability of labour participation.

Except for a few exceptions (Carmichael and Charles, 1998, 2003), most of the studies conducted since the middle of the 90s tackle the potential endogeneity of caregiving with respect to employment. Indeed, if we suspect caregiving to affect labour market participation, employment status may also play a role in the care provision leading to reverse causality. As noticed

by Fontaine (2011) the most frequently used method in order to treat endogeneity is the instrumental variable method. The model generally contains an equation of the care provision and an equation of the labour supply that includes the instrumented care provision as a regressor. The coefficients can be estimated in two steps or simultaneously by maximum likelihood. Casado-Marín et al. (2009) are one of the few who did not use instruments but opted for matching and difference-in-difference methods.

Carmichael and Charles (1998) investigate the influence of informal care responsibilities on the labour supply of women in the UK using a sample of women aged 21 to 59 from the General Household Survey (GHS). They find that informal carers who care for less than 20 hours per week are more likely to participate in the labour market but tend to work for fewer hours per week than otherwise similar noncarers. Furthermore, informal carers who care for 20 hours or more a week are less likely to participate in the labor market. Using US data from the Health and Retirement Study (HRS), Johnson and Lo Sasso (2000) estimate simultaneous panel data models of annual hours of paid work and the provision of care. They performe their analysis on a sample of men and women aged 53 to 65 and conclude that caring for a frail parent reduces labour supply for both genders. Crespo (2006) estimates the causal effect of providing “intensive” informal care to elderly parents on labour market participation decisions for European women aged between 50 and 60. When she uses a biprobit model and a treated care variable as endogenous in the labour participation equation, she finds a stronger negative effect of caring on labour participation than under exogenous assumptions. Bolin et al. (2008) also examine the impact of hours of informal care provided on the probability of employment, hours worked and wages using SHARE. They attempt to treat the endogeneity issue with an instument but can not reject the exogeneity assumption. They find a negative and significant effect of care on the probability of employment but not on working hours. Using longitudinal data from HRS, Van Houtven et al. (2013) examine the relationship between informal care and work. They particularly distinguish the employment status and retirement status. They use a panel dimension in order to control for time-invariant individual heterogeneity, and a instrumental method to control for endogeneity. They find that female caregivers are more likely to be retired, and caring appears to have a

negative effect for female care providers who remain working, .

Using the National Survey of Families and Households (NSFH) of 1987, Wolff and Soldo (1994) first simultaneously estimate the probability of providing parent care and of being employed. In a second step, they estimate the effect of caregiving on working hours conditional on being employed. They show no significant relationship between the provision of parental care and female labor supply. Casado-Marín et al. (2009) examine the effect of becoming a caregiver on the probability of employment using matching and difference-in-difference methods on a sample from the European Community Household Panel (1994-2001). Their results suggest that becoming a caregiver does not significantly affect the decision of being employed. Wolff and Soldo (1994) and Casado-Marín et al. (2009) do not take into account the intensity of caring.

Several authors have analysed the effect of caring on employment by distinguishing coresident and extra-resident caregivers (Ettner, 1995, 1996; Heitmueller, 2007; Michaud et al., 2010). They all find stronger negative effects (although not necessarily significant) of co-residential care compared to non-co-residential care. Ettner (1995) estimates a two-part model using data from the Survey of Income and Program Participation (SIPP). She finds a negative and significant effect of coresidential care on female labour but no significant effect for extra-residential caregivers. Using the same method but different data (NSFH 1987), Ettner (1996) finds that the magnitude of the caregiving effect is larger for women than for men and for coresidence than for non-coresidential care. But the effect is significant only for women providing extra-residential care. Using an instrumental variable approach and panel techniques, and employing data from the British Household Panel Study (1991-2002), Heitmueller (2007) highlights the absence of endogeneity for co-residential carers, but indication of endogeneity for extra-residential carers. He finds that providing care within the household significantly reduces the employment probability while extra-residential care has no impact. Finally, Michaud et al. (2010) develop a dynamic model to analyse the pathways through which caregiving and employment interact. Using also data from the British Household Panel Study (2000-2005), they find that co-residential caregiving is negatively associated with future employment while the effect of extra-residential care is

smaller and statistically insignificant.

To our knowledge, no study analyses at the effect of caregiving in Japan splitting the coresidents and the extra-residents.

4.3 Data

This article uses the Japanese Study of Aging and Retirement (JSTAR) which is a multidisciplinary micro database including individuals aged 50 and over.

4.3.1 Structure

The first wave of data was collected in 2007 on individuals aged between 50 and 75 living in five municipalities (Takikawa, Sendai, Adachi, Kanazawa and Shirakawa). Every two years the respondents were followed and the sample increased. Additional individuals were surveyed from two additional municipalities (Tosu and Naha) in 2009 and from three additional municipalities (Chofu, Tondabayashi and Hiroshima) in 2011. Three waves are actually available and the database contains in total around 7,120 individuals and 12,990 observations. Interviewers conducted face-to-face interviews with respondents using computers (CAPI: computer-aided personal interview). Some additional information were collected through a self completed questionnaire.

JSTAR follows the design of the US Health and Retirement Study (HRS), the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) and the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). It contains 8 sections of questions: A. individual and family information, B. Memory, Cognitive Ability and Hypothetical questions, C. Employment, D. Health of respondent and spouse, E. Income and consumption, F. Grip Strength, G. Housing and Assets, H. Use of and Expenditure on Medicare Care and Nursing Care Services.

As for SHARE (Crespo, 2006), JSTAR allows to work on two different but similar samples. Respondants can be considered as the elderly parents or as potential informal carers. When the

respondants are considered as the elderly parents, the dataset gives detailed information regarding the parents' health and the family structure (number of siblings among potential carers). However, JSTAR focuses on individuals aged between 50 to 75 when interviewing a respondent for the first time, and respondents in 2011 were only aged between 50 to 79. Since the need for care concerns mainly people aged 80 or over, the sample considering the respondents as the parents contains very little individuals needing care. On the contrary, when the respondents are considered as potential carers, the dataset provides more observations of elderly people needing care but little information on their characteristics. Despite this caveat, this article performs the analysis on this second dataset.

Data from different waves were pooled in order to create a dataset containing all respondents surveyed for the first time (w1-2007, w1-2009 and w1-2011 in table 4.1).

Table 4.1: Number of observations

Town	2007	2009	2011	Total
5 Cities	(i) w1-2007 3,742	(ii) w2-2009 2,718	(iii) w3-2011 2,185	8,645
2 Cities	-	(i) w1-2009 1,409	(iii) w2-2011 973	2,382
3 Cities	-	-	(i) w1-2011 1,965	1,965
Total	3,742	4,127	5,123	12,992

Source: Jstar

Note (a): 5 Cities refers to Adachi, Kanazawa, Shirakawa, Sendai et Takikawa ; 2 Cities to Tosu et Naha ; and 3 Cities to Chofu, Tondabayashi and Hiroshima.

Note (b): The sample w1-2009 correspond to observations interviewed for the first time in 2009 at Tosu and Naha. It contains 1 409 observations.

Japanese traditional family values and practices still prevail and it is more frequent in multigenerational households that the couple takes up residence with the husband's parents. Since this paper analyses the impact of care provided by Japanese women on their labour participation, our sample is made up of women with at least one parent alive, including parents-in-law. Furthermore, in order to focus on care brought to elderly parents, the sample does not consider parents in institutions and exclude individuals declaring to have an unhealthy spouse. Finally, this study differs from the literature which usually analyses samples of individuals aged

up to 59, 60 or 65 (Crespo, 2006; Heitmueller, 2007; Michaud et al., 2010).

The employment rate in Japan at elder age stays relatively high. According to Statistics Japan³, employment rate in 2010 was about 48% for men aged between 65 to 69 and about 27% for women of the same age. In comparison, the employment rate in France for men and women of the same age group in 2010 was 5% and 3% respectively⁴. Therefore, our study widens the scope to individuals aged between 50 to 70. Finally the sample contains 1,442 women and observations. In order to check the robustness of the results, we also conduct the regressions on pooled data in which an individual can be observed more than once. This sample contains 1,442 women and 1,761 observations. The results are presented in the appendix (see tables 4.11 to 4.14).

4.3.2 Variables

During the interview, individuals were asked whether they provided care or assistance; the type of care they provided (physical care, household care or administrative help), the frequency of care and the receiver (family member who lives with the respondent, family member who does not live with the respondent, friend or neighbor, other). In this paper individuals are considered as informal carers if they declare providing physical care or household care to a family member regardless of whether they are living with them or not. Indeed, we assume that the burden of providing only administrative help cannot affect labour provision. In the first estimations, we analyse the effect of caring according to the frequency of the care (daily, weekly, less than weekly). In the second step, only care provided on a daily basis and/or weekly basis are considered as informal caring. One may object that household care should not be regarded as care provision if the carer is living with the elderly person. Regardless of whether an adult-child is living with an elderly parent who needs care or not, there will always be household tasks to do. This is actually one of the reasons why formal household care are not available through the Japanese LTCI for applicants who are living with individuals who do not need care. On the other hand, household tasks increase with the number of coliving members and may still be a

3. stat.go.jp

4. insee.fr

burden for the carers. In order to verify the results, we also proceed to an analysis excluding household care as caring for coresident carers.

The self completed survey contains questions regarding the average time of care per day an individual provides. However, there is no detail on how many days per week the respondent provides care and it is not possible to calculate the caring time per week. We therefore do not to use this information.

Tables 4.2 and 4.3 report the mean characteristics of the sample used according to the care provision and the residence. Depending on the variable, there are between 1,430 to 1,442 observations. Around 20% of women declare being engaged in informal care (daily or weekly care when caring is defined as household care or physical care). Almost 28% of respondents are coliving with at least one parent. Informal caring is more frequent among individuals coliving with a parent (40% for coliving individuals against 24.5% for the other), and coresidential caring is mainly provided on a daily basis, no matter the type of care.

Labour market participation is defined by whether the respondent declares working at the time of the survey. Overall labour market participation is around 61% but this rate is lower among those who provide care (49%). Although the proportion of carers is more important among those coliving with a parent, the labour market participation is also slightly higher than those who are not coliving with parents.

In all regressions, we control for age (under 60, between 60-64, between 65-70), education (Junior High School, High School or Junior College, University or more), number of children (2 or more children vs. fewer), respondent's health (bad health or not), marital status and the work of the spouse if any (no spouse, working spouse, no working spouse), household pension (whether the household receives a pension or not), the pension type (National Pension Scheme *kokumin nenkin* vs. other) and finally cities⁵.

5. Our data set did not have details of the cities but the group of cities (5 cities of the first wave, 2 cities added in the the second wave and finally the 3 cities added in 2011

The pension type refers to the pension scheme the respondent is receiving or is expecting to receive in the future. There are currently six different public pension schemes in Japan but two of them, the National Pension Scheme (NPS or *kokumin nenkin*) and the Employees' Pension Scheme (EPS or *kousei nenkin*) cover approximately 90% of the work force (Ogawa et al., 2009). Farmers, other self-employed workers, employees of small firms with less than five regular workers and certain other categories belong to the NPS. The contributions from the members for the NPS are lower than those from the workers belonging to EPS (employees belonging to a firm with at least five regular workers) and benefits paid to NPS recipients are considerably lower than the benefits paid to EPS recipients. In this paper we use the pension scheme as a proxy for household income.

Table 4.2: Statistical descriptions for women according to care decisions

Variable	All			Bring Care			No Care		
	Obs	Mean	S.D.	Obs	Mean	S.D.	Obs	Mean	S.D.
Daily or weekly care	1442	0.202	0.402	292	1.000	0.000	1150	0.000	0.000
Work	1421	0.611	0.488	288	0.490	0.501	1133	0.642	0.480
Living									
CoResident	1442	0.279	0.449	292	0.503	0.501	1150	0.223	0.416
NoCoResident	1442	0.721	0.449	292	0.497	0.501	1150	0.777	0.416
Age									
Under 60	1442	0.646	0.478	292	0.616	0.487	1150	0.653	0.476
60-64	1442	0.272	0.445	292	0.277	0.448	1150	0.270	0.444
65-70	1442	0.083	0.275	292	0.106	0.309	1150	0.077	0.266
Education									
Junior High School	1438	0.145	0.353	292	0.130	0.337	1146	0.149	0.356
High School	1438	0.439	0.496	292	0.421	0.495	1146	0.443	0.497
Junior College	1438	0.298	0.458	292	0.356	0.480	1146	0.284	0.451
University or more	1438	0.118	0.322	292	0.092	0.290	1146	0.124	0.330
Nbr of children	1442	1.944	1.162	292	1.894	1.210	1150	1.957	1.150
2 or more children	1442	0.734	0.442	292	0.726	0.447	1150	0.737	0.441
Nb of living parents	1442	1.608	0.799	292	1.627	0.821	1150	1.603	0.793
Bad health	1442	0.021	0.145	292	0.021	0.142	1150	0.022	0.146
Marital situation									
No spouse	1441	0.185	0.388	292	0.168	0.374	1149	0.189	0.392
Working spouse	1442	0.655	0.476	292	0.654	0.476	1150	0.655	0.476
Not working spouse	1430	0.154	0.361	290	0.172	0.378	1140	0.149	0.356
Household pension									
Receive pension	1442	0.380	0.486	292	0.428	0.496	1150	0.368	0.482
No pension	1442	0.620	0.486	292	0.572	0.496	1150	0.632	0.482
Information missing	1442	0.015	0.120	292	0.007	0.083	1150	0.017	0.128
Pension type									
National Pension Scheme	1442	0.163	0.369	292	0.127	0.333	1150	0.172	0.378
Other	1442	0.733	0.443	292	0.795	0.405	1150	0.717	0.450
Information missing	1442	0.104	0.305	292	0.079	0.270	1150	0.110	0.314
Town									
5 cities	1442	0.468	0.499	292	0.462	0.499	1150	0.470	0.499
2 cities	1442	0.205	0.404	292	0.212	0.410	1150	0.203	0.402
3 cities	1442	0.327	0.469	292	0.325	0.469	1150	0.328	0.470

Source: JSTAR 2007-2009-2011

4.4 Results

The paper first performs the analysis using Probit Models on different samples assuming the exogeneity of informal care in respect to labour force participation decision. In a second phase, the paper treats caregiving as endogenous with respect to employment.

4.4.1 Estimations results: informal care treated as exogenous

We execute the analysis by splitting the population into two different groups: women not living with their parents and women living with at least an elderly parent. In this estimation, we analysed the effect of caring according to the frequency of care (daily, weekly, less than weekly) in order to define from which frequency it does have an effect. Caring is here defined as physical

Table 4.3: Statistical description for women according to residence

Variable	All			Co Resident			Extra Resident			
	Obs	Mean	Std. Dev.	Obs	Mean	Std. Dev.	Obs	Mean	Std. Dev.	
Living										
CoResident	1442	0.279	0.449	403	1.000	0.000	1039	0.000	0.000	
NoCoResident	1442	0.721	0.449	403	0.000	0.000	1039	1.000	0.000	
Work										
Care	1421	0.611	0.488	400	0.620	0.486	1021	0.607	0.489	
less than once a week	1442	0.086	0.280	403	0.037	0.190	1039	0.105	0.307	
weekly care	1442	0.069	0.253	403	0.037	0.190	1039	0.081	0.273	
daily care	1442	0.134	0.341	403	0.328	0.470	1039	0.059	0.235	
Care Physical										
less than once a week	1442	0.046	0.211	403	0.027	0.163	1039	0.054	0.226	
weekly care	1442	0.051	0.219	403	0.035	0.183	1039	0.057	0.232	
daily care	1442	0.108	0.311	403	0.261	0.439	1039	0.049	0.216	
Age										
Under 60	1442	0.646	0.478	403	0.680	0.467	1039	0.632	0.482	
60-64	1442	0.272	0.445	403	0.233	0.423	1039	0.287	0.452	
65-70	1442	0.083	0.275	403	0.087	0.282	1039	0.081	0.273	
Education										
Junior High School	1438	0.145	0.353	402	0.147	0.354	1036	0.145	0.352	
High School	1438	0.439	0.496	402	0.410	0.493	1036	0.450	0.498	
Junior College	1438	0.298	0.458	402	0.316	0.465	1036	0.292	0.455	
University or more	1438	0.118	0.322	402	0.127	0.333	1036	0.114	0.318	
Nbr of children										
More than 2 children	1442	1.944	1.162	403	1.747	1.244	1039	2.020	1.120	
Nb of living parents	1442	0.734	0.442	403	0.653	0.477	1039	0.766	0.423	
Bad health	1442	1.608	0.799	403	1.754	0.868	1039	1.551	0.763	
Marital situation	1442	0.021	0.145	403	0.020	0.140	1039	0.022	0.147	
No spouse	1441	0.185	0.388	403	0.243	0.430	1038	0.162	0.368	
Working spouse	1442	0.655	0.476	403	0.633	0.483	1039	0.663	0.473	
Not working spouse	1430	0.154	0.361	401	0.120	0.325	1029	0.167	0.373	
Household pension										
Receive pension	1442	0.380	0.486	403	0.337	0.473	1039	0.397	0.489	
No pension	1442	0.620	0.486	403	0.663	0.473	1039	0.603	0.489	
Information missing	1442	0.015	0.120	403	0.005	0.070	1039	0.018	0.134	
Pension type										
Kokumin nenkin	1442	0.163	0.369	403	0.181	0.386	1039	0.156	0.363	
Other	1442	0.733	0.443	403	0.707	0.456	1039	0.743	0.437	
Information missing	1442	0.104	0.305	403	0.112	0.315	1039	0.101	0.302	
Town										
5 cities	1442	0.468	0.499	403	0.558	0.497	1039	0.433	0.496	
2 cities	1442	0.205	0.404	403	0.166	0.373	1039	0.219	0.414	
3 cities	1442	0.327	0.469	403	0.275	0.447	1039	0.347	0.476	

Source: JSTAR 2007-2009-2011

care and/or household help.

Table 4.4 shows the marginal effects. Model (1) presents the results for the whole sample, model (2) concerns daughters who are not coliving with their parents and finally, models (3) and (4) daughters who are. The last column of the table (model 4) checks the results of the coresident carers when informal care is defined only as providing physical care. In all models, age, bad

health and having a spouse who is not working decrease the probability of work. Receiving or expecting to receive only a national pension scheme, which is an indicator for low income, also increases the probability of working but the significance is not very stable. Besides, when we distinguish coliving daughters and non-coliving daughters, the significance of some controlling variables differ: coliving daughters having 2 or more children are more likely to work compared to other coliving daughters while the number of children does not seem to affect the probability of working among non-coliving daughters. Similarly, low educated women tend to work less among coresidents, while there is no significant impact among non-coliving daughters.

The table 4.4 also shows that weekly care and daily care both have a strong negative effect on labour participation of extra resident carers, while only daily care has an effect on coresident carers' labour participation. The negative impact of caring seems stronger for those who are not living with an elderly parent. In the other estimations, informal care provided by extra-residentials is defined as frequent care (daily and/or weekly) while coresidential informal care is defined as daily care.

However, as noted by Ettner (1996), informal care can be considered as exogenous only under the following assumptions: firstly, the intrafamily allocation of the caregiving burden does not depend on endogenous characteristics of the children; secondly, the family does not allow the parent with disabilities to experience unmet needs; and finally there is no possibility of substitution of formal for informal care. Numbers of reasons could make these assumptions fail: an employed child may be more expected to provide care than an unemployed child; there may be no required level of care that the child provides ; and a child with a time cost exceeding the costs for formal care may decide to pay for formal care instead of providing informal care (Ettner, 1996; Bolin et al., 2008).

Table 4.4: Women labour market participation, informal care treated as an exogenous variable.

		(1) Female (n=1407)		(2) Not Coliving (n=986)		(3) Coliving (n=381)		(4) Coliving (n=381)	
		Household Care		Household Care		Household Care		Physical Care only	
		dy/dx	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.
Bring Care									
	No Care	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
	Less Care	-0.038	(0.051)	-0.006	(0.056)	-0.209	(0.202)	0.063	(0.187)
	Weekly Care	-0.198***	(0.056)	-0.215***	(0.062)	0.108	(0.157)	0.085	(0.151)
	Daily Care	-0.127***	(0.044)	-0.155*	(0.080)	-0.151***	(0.058)	-0.102*	(0.062)
Living									
	Not CoResident	ref.	ref.						
	CoResident	0.005	(0.033)						
Age									
	under 60	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
	60-64	-0.169***	(0.040)	-0.172***	(0.048)	-0.167**	(0.079)	-0.157**	(0.078)
	65-70	-0.285***	(0.059)	-0.317***	(0.070)	-0.230**	(0.115)	-0.229**	(0.114)
Level of education									
	Elementary/Middle School	-0.045	(0.041)	-0.004	(0.049)	-0.149*	(0.085)	-0.156*	(0.085)
	High School/Junior College	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
	University or More	0.088**	(0.042)	0.090*	(0.051)	0.104	(0.075)	0.111	(0.074)
Bad Health									
		-0.361***	(0.086)	-0.373***	(0.100)	-0.461**	(0.180)	-0.465***	(0.173)
2 children or more									
		0.082**	(0.033)	0.053	(0.040)	0.195***	(0.071)	0.177**	(0.070)
Marital Status									
	no spouse	0.152***	(0.035)	0.170***	(0.042)	0.172***	(0.065)	0.155**	(0.066)
	no working spouse	-0.130***	(0.043)	-0.115**	(0.049)	-0.142	(0.096)	-0.155	(0.096)
	working spouse	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Receiving pension or not									
	No pension	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
	Receiving pension	-0.067*	(0.041)	-0.063	(0.049)	-0.118	(0.079)	-0.112	(0.078)
	Information Missing	-0.044	(0.116)	-0.009	(0.121)	-0.089	(0.399)	-0.085	(0.391)
Pension type									
	Other Pension	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
	National pension (Kokumin)	0.078**	(0.037)	0.078*	(0.045)	0.102	(0.069)	0.121*	(0.067)
	Information Missing	-0.043	(0.050)	-0.113*	(0.062)	0.067	(0.089)	0.078	(0.088)
Wave dummies									
	Yes								
Constant		0.696***	(0.036)	0.684***	(0.042)	0.695***	(0.064)	0.679***	(0.064)
Pseudo R-squared		0.108		0.107		0.164		0.155	

Source: JSTAR 2007-2009-2011

4.4.2 IV estimations

Following the example of Heitmueller (2007), we use an instrumental variables method to address the sources of endogeneity. The endogenous regressor is treated as a linear function of the instrument and the other exogenous variables.

4.4.2.1 The choice of the instruments

The age and the health status of the respondent's parents or parents in law are identified as related with the caring decision but not directly with labour market participation. The health status of the respondent's parent should affect the caring decision but not the labour-market outcomes other than through the effect on informal care-giving by the respondent. It can therefore be considered as an instrument. Furthermore, the regressions include the respondent's health situation and thus any transmissions of health through the generation should be controlled. Initially, four potential instruments were considered: the level of LTCI certification of the parent; length of care required by the parent and declared by the child; the death of a parent in $N+2$ and the age of the eldest parent. For an IV-estimates to be reliable, the instrument should be i) orthogonal to the error process and ii) correlated with the potentially endogenous variable. It has been suggested by Staiger and Stock (1997) that an F-statistic in the first stage equation below 10 is a concern since it signals a problem of weak instruments. Only the age of the eldest parent appeared to full-fill these conditions.

Firstly, LTCI certification is delivered by the municipality to the applicants, generally aged 65 years old or more⁶, who need care. A questionnaire of 74 items is used in order to evaluate an applicant's disability situation which ensure an objective evaluation throughout Japan. There are seven levels of certification that are gathered in two groups: in prevention (the first two levels) and dependant (the five following). The main caveat of this instrument is that the LTCI evaluation is not automatic but is proceeded only on request which may lead to a selection bias. Besides, being certified may be correlated with children's employment. One may say that individuals who are not working may have more time to help their parents for administrative

6. LTCI is generally intended to those aged 65 years and more, but there may be some exception for those afflicted by specifics conditions (such as parkinson disease). They are eligible from the age of 40.

formalities. On the other hand, working children may have bigger incentives to encourage their parents to use formal care. Although it is difficult to identify a clear relationship a priori between children's labour situation and parent's LTCI take up, it is most likely that being certified is not orthogonal with children's employment.

Secondly, the length of care required by the parents is also suspected to be highly correlated with the child's working status. A respondent who does not work may tend to overestimate the time of care required in order to justify why she is not working. On the opposite, a person who works but does not care for a parent may simply underestimate the time of care required.

Thirdly, although the death of a parent in N+2 did not appear to suffer from any selection bias nor direct correlation with children's work, the correlation to informal care was far too small to be used as an instrument.

Finally, only the age of the eldest parent appeared to be a relevant instrument. We assume that age captures health characteristics of the elderly parent and thus is associated with the need for informal care. Besides, parents age should not affect the care-givers labour participation other than via the effects of informal care.

Table 4.5 presents the results of the first stage regressions. All the models are simple OLS. The dependant variable is *frequent care* for the model analysing the whole sample and extra-residential individuals, and *daily care* for the one analysing the sample of co-residential individuals. As predicted, the probability of bringing care increases according to the age of the eldest parent. The instrument is relevant (T-Statistic > 10), but appears to be quite weak according to the R-squared, especially for the sample of non-coliving daughters.

The results show that having no spouse or receiving (or expecting to receive) only National Pension (Kokumin Nenkin) decrease the probability of caring, while having a University degree decreases it. Besides, caring is more frequent among women who are living with an elderly

parent compared to those who are not. The probability to provide care increases by about 22% when the daughter is coliving.

Table 4.5: First stage results, decision of providing informal care

VARIABLES	(1) Female (n=1409) Frequent Care		(2) Not Coliving (n=1012) Frequent Care		(3) Coliving (n=397) Daily Care	
	coeff	Std. Err.	coeff	Std. Err.	coeff	Std. Err.
	Age of eldest parent	0.010***	(0.002)	0.009***	(0.002)	0.018***
Age						
under 60	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
60-64	-0.025	(0.032)	-0.062*	(0.034)	0.019	(0.072)
65-70	0.005	(0.048)	-0.042	(0.052)	0.049	(0.104)
Level of education						
Elementary/Middle School	-0.038	(0.031)	-0.044	(0.033)	-0.047	(0.069)
High School/Junior College	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
University or More	-0.063*	(0.033)	-0.023	(0.035)	-0.149**	(0.072)
2 children or more	-0.006	(0.025)	-0.004	(0.026)	0.049	(0.061)
Bad health	-0.016	(0.071)	-0.042	(0.073)	-0.058	(0.169)
Marital Status						
no spouse	-0.027	(0.029)	-0.056*	(0.031)	0.118*	(0.066)
no working spouse	-0.005	(0.032)	-0.020	(0.033)	0.051	(0.081)
working spouse	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
Receiving pension or not						
No pension	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
Receiving pension	-0.008	(0.031)	0.024	(0.033)	-0.052	(0.072)
Information Missing	-0.029	(0.091)	-0.031	(0.087)	0.125	(0.331)
Pension type						
Other Pension	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>
National pension (Kokumin)	-0.075***	(0.029)	-0.061*	(0.031)	-0.140**	(0.063)
Information Missing	-0.069*	(0.037)	-0.060	(0.040)	-0.056	(0.081)
Living						
CoResident	0.224***	(0.024)				
NoCoResident	<i>ref.</i>	<i>ref.</i>				
Wave dummies		yes		yes		yes
Constant	-0.708***	(0.176)	-0.554***	(0.185)	-1.279***	(0.415)
R-squared	0.095		0.033		0.083	
F-test	26.73		19.40		16.97	

Source: JSTAR 2007-2009-2011

Note: The dependant variable *Fcare* used in the first four models, which are for the full sample and the extra-resident sample, refers to *frequent care* (daily or weekly household care and/or physical care). The dependant variable *Dcare* used for the coresident sample refers to *daily* household and/or physical care.

4.4.2.2 Estimation results

Tables 4.6 and 4.7 present respectively the results for daughters coliving with the parents and the daughters who are not coliving. Models (1) and (3) are OLS and probit regressions, models (2) and (4) adjust for potential endogeneity bias using an instrument. Informal care for coresidents is defined as daily physical care and/or household care while frequent (daily or weekly) physical care and/or household care are considered as extra coresident informal caring.

According to table 4.6, if we assume exogeneity of informal care, coresidential care decreases the probability of labour participation by more than 10%. When informal care is treated as endogenous, the magnitude of the coefficient amplifies but with the sharp increase of the standard errors, the coefficient is not significant anymore. We used the Wu-Hausman test in order to test whether the suspected regressor could be treated as exogenous. Under the null hypothesis that informal care can actually be treated as exogenous, the test statistic is distributed as chi-squared (Baum et al., 2003). The Wu-Hausman test could not reject the null hypothesis of exogeneity ($p=0,89$) (see table 4.6), indicating clearly that we should not treat for endogeneity. This result is in line with the results observed by Heitmueller (2007) in his cross-sectional analysis. Endogeneity is likely to vary with the degree of freedom in the care decision. We can reasonably assume that women co-living with their parents feel more obligation to provide care, especially if we consider that many of the multigenerational households are initially a solution adopted in order to decrease the burdens of child rearing. Under stronger family constraints for coresident daughters, it is therefore not surprising to find coresidential caring as exogenous.

Interpretation of the results regarding daughters who are not coliving is less straightforward. As for coliving daughters care, if informal care is assumed to be exogenous, providing care should have a strong negative impact on labour participation. However, when endogeneity is treated, extra-residential care no longer impacts the labour market participation decision. The coefficient is positive though not significant. As discussed earlier, caring can have both positive and negative effects. The *substitution effect* or the *discrimination effect* lead to a negative correlation between care and employment while the *income effect* and the *respite effect* lead to a positive

relationship. Our results indicate that among extra-residential women, positive and negative caring effects on employment cancel each other.

These results should be treated with caution however. First, the Wu-Hausman test surprisingly does not reject the hypothesis of exogeneity ($p=0,24$) of extra-resident caregiving. As it is shown in table 4.4, if both types of caring are assumed to be exogenous, extraresidential care appears to have a stronger negative effect than coresidential effect, which should be a concern for the Japanese government. As discussed earlier, multigenerational households are decreasing rapidly. Extra-residential caregiving should therefore increase. If extra-residential caregiving has a stronger negative effect on employment, the population of senior women working is more likely drop with the increase of elderly people needing care. But the test may fail to reject the exogeneity assumption due to the lack of observation and the weakness of the instrument. The first stage F-test indicates that the instrument is relevant, but the R-squared shows that the capacity of the first stage equation in predicting care remains low.

Although there is no indication of endogeneity, the significance level of the coefficient is far smaller than the one for the coresidential caring and we tend to believe that a larger sample or a stronger instrument would result in rejecting the exogeneity assumption for extra-residential care. Future studies should perform exogeneity test on a larger sample.

Second, one of the flaws of our analysis lies on the fact that the variable of interest does not include any information regarding caring intensity. It is reasonable to think that coresident caregivers tend to bring more intensive care than extra-resident caregivers. Firstly, coresident daughters can be asked for care at any time they are home which should automatically lead to more intense care for coresident. Secondly, the definition of caregiving may be different for coresidents and extra-coresidents. Some coresident caregivers may not realize and not define themselves as caregivers. As a consequence, coresidents who declare themselves as caregivers are generally more intensive caregivers than extra-resident caregivers. Therefore, it is not surprising to have a strong negative effect for coresidents, but not necessarily of extra-residents.

We can however expect to see negative effects for intensive care or negative effects on the hours of working. Further studies should examine the intensive effects of extra-residential caregiving.

Table 4.6: Labour market participation for women in coresidence (Daily care)

Pooled sample CoResident	(1) OLS		(2) 2SLS		(3) PROBIT		(4) IVPROBIT	
	(n=381)		Max Age (n=378)		(n=381)		Max Age (n=378)	
	coeff	Std. Err.	coeff	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.
Daily Care	-0.134***	(0.049)	-0.160	(0.228)	-0.148***	(0.057)	-0.521	(0.721)
Age								
under 60	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
60-64	-0.143**	(0.067)	-0.162**	(0.069)	-0.156**	(0.078)	-0.460**	(0.216)
65-70	-0.196**	(0.096)	-0.207**	(0.100)	-0.218*	(0.115)	-0.583*	(0.318)
Level of education								
Elementary/Middle School	-0.136*	(0.070)	-0.134*	(0.069)	-0.155*	(0.084)	-0.395*	(0.214)
High School/Junior College	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
University or More	0.086	(0.070)	0.084	(0.077)	0.101	(0.075)	0.272	(0.256)
2 children or more	0.159***	(0.059)	0.160***	(0.059)	0.186***	(0.070)	0.498***	(0.188)
Bad Health	-0.382**	(0.172)	-0.390**	(0.169)	-0.445**	(0.177)	-1.243**	(0.616)
Marital Status								
no spouse	0.155**	(0.064)	0.152**	(0.066)	0.163**	(0.065)	0.458**	(0.208)
no working spouse	-0.138*	(0.079)	-0.134*	(0.079)	-0.151	(0.096)	-0.376	(0.251)
working spouse	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Receiving pension								
No pension	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Receiving pension	-0.108	(0.068)	-0.095	(0.067)	-0.120	(0.078)	-0.279	(0.209)
Information Missing	-0.089	(0.317)	-0.089	(0.312)	-0.092	(0.398)	-0.232	(1.015)
Pension type								
Other Pension	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
National pension	0.085	(0.062)	0.097	(0.068)	0.107	(0.068)	0.337	(0.228)
Information Missing	0.055	(0.080)	0.065	(0.078)	0.071	(0.089)	0.227	(0.257)
Wave dummies	Yes		Yes		Yes		Yes	
Constant	0.695***	(0.063)	0.699***	(0.087)				
Wu-Hausmann			0.016	(p=0.89)				

Source: JSTAR 2007-2009-2011

Note: Daily care is defined as daily household help and/or physical care

Table 4.7: Labour market participation for women not in coresidence (Frequent care)

Pooled sample Not CoResident	(1) OLS		(2) 2SLS		(3) PROBIT		(4) IVPROBIT	
	(n=986)		Max Age (n=973)		(n=986)		Max Age (n=973)	
	coeff	Std. Err.	coeff	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.
Frequent Care	-0.173***	(0.045)	0.190	(0.325)	-0.192***	(0.050)	0.484	(0.860)
Age								
under 60	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
60-64	-0.157***	(0.044)	-0.154***	(0.046)	-0.171***	(0.048)	-0.410***	(0.139)
65-70	-0.291***	(0.066)	-0.314***	(0.070)	-0.315***	(0.070)	-0.835***	(0.197)
Level of education								
Elementary/Middle School	-0.001	(0.045)	0.012	(0.048)	-0.003	(0.049)	0.025	(0.130)
High School/Junior College	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
University or More	0.078	(0.048)	0.086*	(0.049)	0.091*	(0.051)	0.252*	(0.141)
Bad health	-0.348***	(0.102)	-0.322***	(0.107)	-0.374***	(0.100)	-0.877***	(0.339)
2 children or more	0.046	(0.035)	0.042	(0.037)	0.053	(0.040)	0.119	(0.102)
Marital Status								
no spouse	0.153***	(0.042)	0.177***	(0.048)	0.171***	(0.042)	0.516***	(0.127)
no working spouse	-0.110**	(0.044)	-0.112**	(0.046)	-0.115**	(0.049)	-0.285**	(0.129)
working spouse	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Receiving pension or not								
No pension	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Receiving pension	-0.060	(0.044)	-0.053	(0.047)	-0.063	(0.049)	-0.137	(0.127)
Information Missing	-0.010	(0.110)	-0.002	(0.119)	-0.007	(0.121)	0.008	(0.325)
Pension type								
Other Pension	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
National pension (Kokumin)	0.068	(0.042)	0.103**	(0.048)	0.078*	(0.045)	0.293**	(0.127)
Information Missing	-0.097*	(0.054)	-0.061	(0.058)	-0.112*	(0.062)	-0.178	(0.165)
Wave dummies	Yes		Yes		Yes		Yes	
Constant	0.683***	(0.042)	0.628***	(0.062)				
Wu-Hausmann			1.369	(p=0.24)				

Source: JSTAR 2007-2009-2011

Note: Frequent care is defined as daily or weekly household help and/or physical care

4.5 Conclusion

In response to the rapidly ageing population, the Japanese government initiated a new mandatory public long-term insurance with the official aim to diminish the burden of care in the household (Yong and Saito, 2012). On the other hand, by implementing the LTCI, the government promoted home-care, and therefore increased the family responsibility in elderly care. Although, this study does not allow us to draw conclusion on the effect of the LTCI, it brings some elements about the impact of elderly caregiving on the middle-aged women employment in Japan, ten years after the launch of the program.

This analysis utilized the survey Japanese Study of Aging and Retirement (JSTAR) in order to perform an analysis distinguishing the co-resident caregivers from the extra-resident caregivers, while other studies on Japanese data have focused on co-resident caregivers. Multigenerational households in Japan are still commonplace in comparison to other industrialized western countries, however, the proportion of three-generation households has also been declining since several decades. It is therefore legitimate to ask whether caring has the same impact on employment of co-resident caregiver and extra-residential caregivers.

According to our results, there is an important difference between the two populations, which highlights the importance of exclusive analysis therein. Our findings confirm the results of previous studies indicating that co-resident caregiving has a stronger impact on employment than extra-resident caregiving (Stern, 1995; Ettner, 1995; Heitmueller, 2007; Michaud et al., 2010). Co-resident caregiving significantly reduces the probability of employment, while this study does not show a significant effect of extra-resident caregiving.

One interpretation is that elderly population in co-resident and extra-resident scenarios have different ways of using LTCI services. First, the two populations have different preferences that affect the amount and the type of formal care they use. Second, although the Japanese government projects the willingness to bring the same rights to all with the motto “equal services for equal needs”, some services are not usable by co-resident caregivers. For instance, housekeeping

is a daily life activity a caregiver is likely to do whether or not he is living with an elderly who needs care. Activities of this sort are therefore not provided to multigenerational households. Elderly populations who require care and are not living with children may be using services in a more efficient way that diminish the burden on informal caregivers, while elderly living with a child depend more on the family caregivers. In such case, the decline of multigenerational households will not necessarily lead to a negative situation: elderly populations requiring care will tend to use formal care in an efficient way, alleviating the burden on adult children and therefore reducing the impact on their employment. But on the other hand, extra-resident caregivers may provide less care than coresident caregivers, without regard to the amount and the quality of formal care received by the elderly. If it is the case, the evolution of the Japanese society towards less multigenerational households would lead to a deterioration of quality of life for elderly population.

Further studies are necessary in order to (i) take into account the hours of work and examine the intensive effects of extra-residential caregiving, and (ii) analyse the relationship between formal care provided by LTCI and extraresident informal care.

4.6 Appendix

Table 4.8: Labour market participation for all women

Pooled sample Female	(1) OLS		(2) 2SLS		(3) PROBIT		(4) IVPROBIT	
	(n=1407)		Max Age (n=1390)		(n=1407)		Max Age (n=1390)	
	coeff	Std. Err.	coeff	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.
Frequent Care	-0.134***	(0.031)	0.017	(0.228)	-0.148***	(0.036)	0.001	(0.668)
Living								
Not CoResident	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
CoResident	0.013	(0.029)	-0.022	(0.060)	0.015	(0.032)	-0.049	(0.175)
Age								
under 60	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
60-64	-0.154***	(0.036)	-0.167***	(0.037)	-0.167***	(0.040)	-0.460***	(0.105)
65-70	-0.261***	(0.054)	-0.283***	(0.057)	-0.281***	(0.059)	-0.772***	(0.160)
Level of education								
Elementary/Middle School	-0.040	(0.037)	-0.033	(0.038)	-0.046	(0.041)	-0.101	(0.110)
High School/Junior College	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
University or More	0.076*	(0.039)	0.087**	(0.041)	0.088**	(0.042)	0.265**	(0.121)
Bad health	-0.337***	(0.086)	-0.332***	(0.086)	-0.362***	(0.086)	-0.931***	(0.267)
2 children or more	0.072**	(0.029)	0.071**	(0.030)	0.082**	(0.033)	0.207**	(0.086)
Marital Status								
no spouse	0.139***	(0.034)	0.144***	(0.035)	0.154***	(0.034)	0.434***	(0.104)
no working spouse	-0.125***	(0.038)	-0.131***	(0.038)	-0.130***	(0.043)	-0.347***	(0.109)
working spouse	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Receiving pension or not								
No pension	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Receiving pension	-0.063*	(0.037)	-0.048	(0.037)	-0.066	(0.041)	-0.130	(0.106)
Information Missing	-0.038	(0.103)	-0.037	(0.108)	-0.037	(0.116)	-0.092	(0.311)
Pension type								
Other Pension	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
National pension (Kokumin)	0.067*	(0.034)	0.090**	(0.038)	0.077**	(0.037)	0.271**	(0.110)
Information Missing	-0.034	(0.044)	-0.010	(0.046)	-0.040	(0.050)	-0.038	(0.134)
Wave dummies	Yes		Yes		Yes		Yes	
Constant	0.690***	(0.036)	0.663***	(0.049)				
Wu-Hausmann			0.471	(p=0.49)				

Source: JSTAR 2007-2009-2011 (pooled) Note: *Frequent care* refers to daily or weekly household care and/or physical care.

Table 4.9: Labour market participation for women in coresidence (Frequent care)

Pooled sample CoResident	OLS		2SLS		PROBIT		IVPROBIT	
	(n=381)		Max Age (n=378)		(n=381)		Max Age (n=378)	
	coeff	Std. Err.	coeff	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.
Frequent Care	-0.116**	(0.048)	-0.184	(0.262)	-0.126**	(0.056)	-0.580	(0.809)
Age								
under 60	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
60-64	-0.143**	(0.067)	-0.158**	(0.071)	-0.155**	(0.078)	-0.442*	(0.226)
65-70	-0.193**	(0.096)	-0.195*	(0.108)	-0.215*	(0.115)	-0.542	(0.351)
Level of education								
Elementary/Middle School	-0.131*	(0.070)	-0.128*	(0.068)	-0.149*	(0.084)	-0.373*	(0.213)
High School/Junior College	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
University or More	0.089	(0.070)	0.080	(0.080)	0.104	(0.075)	0.258	(0.267)
2 children or more	0.156***	(0.060)	0.157***	(0.059)	0.182***	(0.070)	0.484***	(0.187)
Bad Health	-0.367**	(0.173)	-0.370**	(0.170)	-0.420**	(0.183)	-1.137*	(0.603)
Marital Status								
no spouse	0.151**	(0.064)	0.150**	(0.065)	0.158**	(0.065)	0.445**	(0.202)
no working spouse	-0.141*	(0.079)	-0.136*	(0.079)	-0.157*	(0.095)	-0.386	(0.250)
working spouse	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Receiving pension or not								
No pension	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Receiving pension	-0.111	(0.069)	-0.099	(0.068)	-0.122	(0.078)	-0.285	(0.208)
Information Missing	-0.095	(0.318)	-0.090	(0.313)	-0.099	(0.396)	-0.235	(1.003)
Pension type								
Other Pension	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
National pension (Kokumin)	0.089	(0.062)	0.097	(0.068)	0.111	(0.068)	0.335	(0.232)
Information Missing	0.055	(0.080)	0.064	(0.079)	0.071	(0.088)	0.223	(0.257)
Wave dummies	Yes		Yes		Yes		Yes	
Constant	0.694***	(0.064)	0.711***	(0.101)				
Wu-Hausmann			0.072	(p=0.78)				

Source: JSTAR 2007-2009-2011

Note: Daily care is defined as daily or weekly household help and/or physical care

Table 4.10: Labour market participation for women in coresidence (Frequent Physical care)

Pooled sample CoResident	(1) OLS		(2) 2SLS		(3) PROBIT		(4) IVPROBIT	
	(n=381)		Max Age (n=378)		(n=381)		Max Age (n=378)	
	coeff	Std. Err.	coeff	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.
Frequent Care	-0.081	(0.051)	-0.185	(0.266)	-0.087	(0.059)	-0.579	(0.803)
Age								
under 60	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
60-64	-0.144**	(0.068)	-0.156**	(0.073)	-0.157**	(0.078)	-0.435*	(0.232)
65-70	-0.202**	(0.097)	-0.199*	(0.106)	-0.226**	(0.114)	-0.555	(0.343)
Level of education								
Elementary/Middle School	-0.129*	(0.070)	-0.123*	(0.069)	-0.143*	(0.083)	-0.348	(0.215)
High School/Junior College	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
University or More	0.100	(0.070)	0.092	(0.073)	0.114	(0.073)	0.293	(0.242)
2 children or more	0.150**	(0.060)	0.146**	(0.060)	0.174**	(0.070)	0.444**	(0.195)
Bad Health	-0.366**	(0.173)	-0.362**	(0.172)	-0.426**	(0.182)	-1.132*	(0.615)
Marital Status								
no spouse	0.142**	(0.064)	0.135**	(0.064)	0.151**	(0.066)	0.399**	(0.202)
no working spouse	-0.146*	(0.079)	-0.142*	(0.078)	-0.162*	(0.095)	-0.399	(0.244)
working spouse	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Receiving pension or not								
No pension	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Receiving pension	-0.104	(0.069)	-0.084	(0.070)	-0.112	(0.078)	-0.231	(0.217)
Information Missing	-0.094	(0.319)	-0.076	(0.319)	-0.096	(0.391)	-0.183	(0.997)
Pension type								
Other Pension	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
National pension (Kokumin)	0.094	(0.062)	0.099	(0.067)	0.117*	(0.067)	0.343	(0.228)
Information Missing	0.061	(0.080)	0.075	(0.080)	0.078	(0.088)	0.264	(0.255)
Wave dummies	Yes		Yes		Yes		Yes	
Constant	0.682***	(0.064)	0.706***	(0.095)				
Wu-Hausmann			0.161	(p=0.68)				

Source: JSTAR 2007-2009-2011

Note: Daily care is defined as daily or weekly physical care

Table 4.11: Women labour market participation, informal care treated as an exogenous variable.

	(1) Female (n=1761)		(2) Not Coliving (n=1202)		(3) Coliving (n=500)		(4) Coliving (n=500)	
	Household Care dy/dx	Std. Err.	Household Care dy/dx	Std. Err.	Household Care dy/dx	Std. Err.	Physical Care only dy/dx	Std. Err.
Bring Care								
No Care	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Less Care	-0.040	(0.045)	-0.011	(0.051)	-0.149	(0.141)	0.058	(0.119)
Weekly Care	-0.183***	(0.047)	-0.182***	(0.050)	-0.025	(0.167)	0.027	(0.156)
Daily Care	-0.145***	(0.038)	-0.197***	(0.072)	-0.151***	(0.049)	-0.111**	(0.052)
Living								
Not CoResident	ref.	ref.						
CoResident	0.035	(0.029)						
Age								
under 60	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
60-64	-0.155***	(0.035)	-0.150***	(0.043)	-0.155**	(0.066)	-0.148**	(0.066)
65-70	-0.233***	(0.054)	-0.277***	(0.065)	-0.127	(0.098)	-0.125	(0.098)
Level of education								
Elementary/Middle School	-0.057	(0.036)	-0.014	(0.044)	-0.177***	(0.068)	-0.184***	(0.068)
High School/Junior College	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
University or More	0.060	(0.038)	0.075*	(0.045)	0.066	(0.069)	0.072	(0.069)
Bad Health	-0.323***	(0.092)	-0.397***	(0.099)	-0.213	(0.180)	-0.231	(0.178)
2 children or more	0.087***	(0.030)	0.066*	(0.037)	0.153**	(0.063)	0.138**	(0.064)
Marital Status								
no spouse	0.147***	(0.030)	0.172***	(0.037)	0.143**	(0.057)	0.129**	(0.059)
no working spouse	-0.172***	(0.038)	-0.135***	(0.045)	-0.239***	(0.081)	-0.249***	(0.080)
working spouse	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Receiving pension or not								
No pension	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Receiving pension	-0.061	(0.037)	-0.070	(0.045)	-0.079	(0.069)	-0.073	(0.069)
Information Missing	-0.087	(0.107)	-0.080	(0.116)	-0.094	(0.290)	-0.084	(0.299)
Pension type								
Other Pension	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
National pension (Kokumin)	0.055*	(0.033)	0.068*	(0.041)	0.040	(0.060)	0.051	(0.059)
Information Missing	-0.020	(0.036)	-0.038	(0.045)	0.030	(0.066)	0.031	(0.065)
Wave dummies								
	Yes		Yes		Yes		Yes	
Constant	0.696***	(0.036)	0.684***	(0.042)	0.695***	(0.064)	0.679***	(0.064)
Pseudo R-squared	0.102		0.101		0.149		0.142	

Source: JSTAR 2007-2009-2011 (pooled)

Table 4.12: Labour market participation for all women

Pooled sample Female	(1) OLS		(2) 2SLS		(3) PROBIT		(4) IVPROBIT	
	(n=1761)		Max Age (n=1741)		(n=1761)		Max Age (n=1741)	
	coeff	Std. Err.	coeff	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.
Frequent Care	-0.139***	(0.027)	-0.006	(0.205)	-0.153***	(0.030)	-0.087	(0.601)
Living								
Not CoResident	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
CoResident	0.036	(0.024)	0.007	(0.053)	0.041	(0.027)	0.043	(0.156)
Age								
under 60	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
60-64	-0.143***	(0.033)	-0.155***	(0.034)	-0.153***	(0.036)	-0.426***	(0.093)
65-70	-0.211***	(0.050)	-0.228***	(0.052)	-0.231***	(0.054)	-0.627***	(0.143)
Level of education								
Elementary/Middle School	-0.052	(0.033)	-0.046	(0.035)	-0.057	(0.036)	-0.133	(0.099)
High School/Junior College	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
University or More	0.050	(0.034)	0.059	(0.036)	0.060	(0.037)	0.181*	(0.108)
Bad health	-0.300***	(0.085)	-0.293***	(0.084)	-0.322***	(0.092)	-0.812***	(0.261)
2 children or more	0.076***	(0.027)	0.074***	(0.027)	0.086***	(0.030)	0.215***	(0.079)
Marital Status								
no spouse	0.134***	(0.028)	0.137***	(0.029)	0.147***	(0.030)	0.412***	(0.091)
no working spouse	-0.167***	(0.036)	-0.175***	(0.036)	-0.173***	(0.038)	-0.459***	(0.098)
working spouse	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Receiving pension or not								
No pension	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Receiving pension	-0.056	(0.034)	-0.044	(0.035)	-0.061	(0.037)	-0.123	(0.098)
Information Missing	-0.077	(0.099)	-0.073	(0.104)	-0.081	(0.107)	-0.199	(0.284)
Pension type								
Other Pension	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
National pension (Kokumin)	0.050*	(0.030)	0.066**	(0.032)	0.055*	(0.033)	0.192**	(0.095)
Information Missing	-0.016	(0.032)	-0.005	(0.032)	-0.019	(0.036)	-0.019	(0.096)
Wave dummies	Yes		Yes		Yes		Yes	
Constant	0.691***	(0.034)	0.666***	(0.047)				
Wu-Hausmann			0.448	(p=0.50)				

Source: JSTAR 2007-2009-2011 (pooled) Note: *Frequent care* refers to daily or weekly household care and/or physical care.

Table 4.13: Labour market participation for women in coresidence (Daily care)

	(1) OLS		(2) 2SLS		(3) PROBIT		(4) IVPROBIT	
			Max Age				Max Age	
	(n=500)		(n=497)		(n=500)		(n=497)	
Pooled sample CoResident	coeff	Std. Err.	coeff	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.
Daily Care	-0.130***	(0.044)	-0.171	(0.183)	-0.144***	(0.049)	-0.561	(0.570)
Age								
under 60	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
60-64	-0.138**	(0.060)	-0.149**	(0.061)	-0.149**	(0.066)	-0.423**	(0.183)
65-70	-0.109	(0.088)	-0.115	(0.090)	-0.120	(0.098)	-0.322	(0.268)
Level of education								
Elementary/Middle School	-0.164***	(0.059)	-0.163***	(0.059)	-0.185***	(0.068)	-0.477***	(0.173)
High School/Junior College	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
University or More	0.056	(0.061)	0.050	(0.067)	0.067	(0.068)	0.161	(0.223)
2 children or more	0.132**	(0.055)	0.134**	(0.056)	0.150**	(0.064)	0.409**	(0.170)
Bad Health	-0.201	(0.154)	-0.205	(0.152)	-0.225	(0.179)	-0.596	(0.455)
Marital Status								
no spouse	0.134**	(0.059)	0.134**	(0.062)	0.140**	(0.058)	0.411**	(0.190)
no working spouse	-0.232***	(0.071)	-0.226***	(0.072)	-0.244***	(0.081)	-0.608***	(0.220)
working spouse	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Receiving pension or not								
No pension	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Receiving pension	-0.073	(0.063)	-0.064	(0.063)	-0.081	(0.070)	-0.193	(0.188)
Information Missing	-0.092	(0.265)	-0.087	(0.248)	-0.093	(0.292)	-0.220	(0.684)
Pension type								
Other Pension	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
National pension (Kokumin)	0.039	(0.053)	0.049	(0.053)	0.042	(0.059)	0.146	(0.174)
Information Missing	0.024	(0.054)	0.031	(0.054)	0.030	(0.065)	0.105	(0.184)
Wave dummies	Yes		Yes		Yes		Yes	
Constant	0.734***	(0.059)	0.743***	(0.074)				
Wu-Hausmann			0.110	(p=0.73)				

Source: JSTAR 2007-2009-2011 (pooled)

Note: Daily care is defined as daily household help and/or physical care

Table 4.14: Labour market participation for women not in coresidence (Frequent care)

	(1) OLS		(2) 2SLS		(3) PROBIT		(4) IVPROBIT	
	Pooled sample		Max Age		(n=1202)		Max Age	
	Not CoResident		(n=1186)				(n=1186)	
	coeff	Std. Err.	coeff	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.	dy/dx	Std. Err.
Frequent Care	-0.167***	(0.039)	0.178	(0.331)	-0.185***	(0.043)	0.427	(0.880)
Age								
under 60	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
60-64	-0.138***	(0.041)	-0.145***	(0.042)	-0.150***	(0.043)	-0.385***	(0.116)
65-70	-0.253***	(0.060)	-0.277***	(0.065)	-0.277***	(0.065)	-0.741***	(0.174)
Level of education								
Elementary/Middle School	-0.012	(0.041)	0.001	(0.044)	-0.014	(0.044)	-0.000	(0.120)
High School/Junior College	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
University or More	0.064	(0.041)	0.062	(0.043)	0.075*	(0.045)	0.186	(0.126)
Bad health	-0.373***	(0.096)	-0.343***	(0.103)	-0.397***	(0.099)	-0.946**	(0.368)
2 children or more	0.057*	(0.033)	0.051	(0.034)	0.066*	(0.037)	0.148	(0.094)
Marital Status								
no spouse	0.155***	(0.035)	0.177***	(0.041)	0.172***	(0.037)	0.516***	(0.111)
no working spouse	-0.130***	(0.042)	-0.134***	(0.044)	-0.135***	(0.045)	-0.342***	(0.121)
working spouse	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Receiving pension or not								
No pension	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
Receiving pension	-0.066	(0.042)	-0.058	(0.043)	-0.071	(0.045)	-0.155	(0.116)
Information Missing	-0.076	(0.106)	-0.058	(0.110)	-0.080	(0.116)	-0.150	(0.293)
Pension type								
Other Pension	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.	ref.
National pension (Kokumin)	0.061	(0.037)	0.090**	(0.043)	0.068*	(0.041)	0.252**	(0.115)
Information Missing	-0.032	(0.040)	-0.023	(0.042)	-0.038	(0.045)	-0.068	(0.115)
Wave dummies	Yes		Yes		Yes		Yes	
Constant	0.680***	(0.040)	0.627***	(0.061)				
Wu-Hausmann			1.235	(p=0.27)				

Source: JSTAR 2007-2009-2011 (pooled)

Note: Frequent care is defined as daily or weekly household help and/or physical care

Bibliography

- Baum, C. F., Schaffer, M. E., and Stillman, S. (2003). Instrumental variables and gmm: Estimation and testing. *Stata journal*, 3(1):1–31.
- Berecki-Gisolf, J., Lucke, J., Hockey, R., and Dobson, A. (2008). Transitions into informal caregiving and out of paid employment of women in their 50s. *Social Science & Medicine*, 67(1):122–127.
- Bolin, K., Lindgren, B., and Lundborg, P. (2008). Your next of kin or your own career?: Caring and working among the 50+ of Europe. *Journal of Health Economics*, 27(3):718–738.
- Cabinet Office (2010). *The seventh round of the international survey of lifestyles and attitudes of the elderly*. Gyousei, Tokyo.
- Campbell, J. C. and Ikegami, N. (2000). Long-term care insurance comes to Japan. *Health Affairs*, 19(3):26–39.
- Campbell, J. C. and Ikegami, N. (2009). Les enseignements politiques tirés de l’expérience d’autrui et des échanges internationaux en matière d’assurance sociale des soins de santé de longue durée : Allemagne , Japon et République de Corée. *Revue Internationale de Sécurité Sociale*, 62:73–94.
- Carmichael, F. and Charles, S. (1998). The labour market costs of community care. *Journal of Health Economics*, 17(6):747–765.
- Carmichael, F. and Charles, S. (2003). The opportunity costs of informal care: does gender matter? *Journal of health economics*, 22(5):781–803.
- Carmichael, F., Charles, S., and Hulme, C. (2010). Who will care? employment participation and willingness to supply informal care. *Journal of Health Economics*, 29(1):182–190.
- Casado-Marín, D., García-Gómez, P., and López-Nicolás, Á. (2009). Labour and income effects of caregiving across Europe: an evaluation using matching techniques. *Moneda y Crédito*, (228):197.

- Casado-Marín, D., García-Gómez, P., and López-Nicolás, Á. (2011). Informal care and labour force participation among middle-aged women in Spain. *SERIEs*, 2(1):1–29.
- Ciani, E. (2012). Informal adult care and caregivers' employment in Europe. *Labour Economics*, 19(2):155–164.
- Crespo, L. (2006). Caring for parents and employment status of European mid-life women. In *Second Workshop Economics of the Family at the University of Zaragoza*, pages 9–10.
- Ettner, S. L. (1995). The impact of parent care on female labor supply decisions. *Demography*, 32(1):63–80.
- Ettner, S. L. (1996). The opportunity costs of elder care. *Journal of Human Resources*, pages 189–205.
- Fontaine, R. (2010). Aider un parent âgé se fait-il au détriment de l'emploi? *Retraite et société*, (2):31–61.
- Fontaine, R. (2011). *Le soutien familial aux personnes âgées dépendante : Analyses micro-économétriques des comportements individuels et familiaux de prise en charge*. PhD thesis, Université Paris-Dauphine.
- Fukahori, R., Sato, K., and Sakai, T. (2013). The effect of providing informal care on labor force participation, subjective health, and life satisfaction among middle-aged family members. *IPSS Discussion Paper Series*, 2013-E02.
- Heitmueller, A. (2007). The chicken or the egg?: Endogeneity in labour market participation of informal carers in england. *Journal of health economics*, 26(3):536–559.
- Heitmueller, A. and Inglis, K. (2007). The earnings of informal carers: Wage differentials and opportunity costs. *Journal of health economics*, 26(4):821–841.
- Ichimura, H., Shimizutani, S., and Hideki, H. (2009). Jstar first results 2009 report. Research Institute of Economy, Trade and Industry (RIETI).
- Johnson, R. W. and Lo Sasso, A. T. (2000). The trade-off between hours of paid employment and time assistance to elderly parents at midlife.

- Kotsadam, A. (2011). Does informal eldercare impede women's employment? the case of european welfare states. *Feminist Economics*, 17(2):121–144.
- Le Bihan-Youinou, B., Martin, C., et al. (2006). Travailler et prendre soin d'un parent âgé dépendant. *Travail, genre et sociétés*, (2):77–96.
- Leigh, A. (2010). Informal care and labor market participation. *Labour Economics*, 17(1):140–149.
- Lilly, M. B., Laporte, A., and Coyte, P. C. (2010). Do they care too much to work? the influence of caregiving intensity on the labour force participation of unpaid caregivers in canada. *Journal of Health Economics*, 29(6):895–903.
- Martin, C. (2006). Prendre soin des personnes âgées dépendantes: le défi européen et le modèle français. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 32(3):495–509.
- Michaud, P.-C., Heitmueller, A., and Nazarov, Z. (2010). A dynamic analysis of informal care and employment in england. *Labour Economics*, 17(3):455–465.
- Nguyen, H. T. and Connelly, L. B. (2014). The effect of unpaid caregiving intensity on labour force participation: Results from a multinomial endogenous treatment model. *Social Science & Medicine*, 100:115–122.
- Ogawa, N. and Ermisch, J. F. (1996). Family structure, home time demands, and the employment patterns of japanese married women. *Journal of Labor Economics*, pages 677–702.
- Ogawa, N., Matsukura, R., and Maliki (2009). Rapid population aging and changing intergenerational transfers in Japan. In Uhlenberg, P., editor, *International Handbook of Population Aging*, volume 1 of *International Handbooks of Population*, pages 133–156. Springer Netherlands.
- Ogawa, N., Retherford, R., and Saito, Y. (2010). Care of the elderly and women's labour force participation in Japan. In Tuljapurkar, S., Ogawa, N., and Gauthier, A. H., editors, *Ageing in Advanced Industrial States*, volume 8 of *International Studies in Population*, pages 223–261. Springer Netherlands.

- Ogawa, N. and Retherford, R. D. (1997). Shifting costs of caring for the elderly back to families in Japan: will it work? *Population and Development Review*, pages 59–94.
- Oishi, S. A. and Oshio, T. (2006). Coresidence with parents and a wife's decision to work in Japan. *The Japanese Journal of Social Security Policy*, 5(1):35–48.
- Shimizutani, S., Suzuki, W., and Noguchi, H. (2008). The socialization of at-home elderly care and female labor market participation: Micro-level evidence from Japan. *Japan and the World Economy*, 20(1):82–96.
- Staiger, D. and Stock, J. H. (1997). Instrumental variables regression with weak instruments. *Econometrica*, 65(3):557–586.
- Stern, S. (1995). Estimating family long-term care decisions in the presence of endogenous child characteristics. *Journal of human Resources*, pages 551–580.
- Sugawara, S. and Nakamura, J. (2013). Is elderly care socialized in japan? analyzing the effects of the 2006 amendment to the ltc on the female labor supply. Discussion Papers CIRJE-F-888, Faculty of Economics, University of Tokyo.
- Tamiya, N., Noguchi, H., Nishi, A., Reich, M. R., Ikegami, N., Hashimoto, H., Shibuya, K., Kawachi, I., and Campbell, J. C. (2011). Population ageing and wellbeing: lessons from Japan's long-term care insurance policy. *The Lancet*, 378(9797):1183–1192.
- Tamiya, N., Yamaoka, K., and Yano, E. (2002). Use of home health services covered by new public long-term care insurance in Japan: impact of the presence and kinship of family caregivers. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(4):295–303.
- Van Houtven, C. H., Coe, N. B., and Skira, M. M. (2013). The effect of informal care on work and wages. *Journal of health economics*, 32(1):240–252.
- Wolff, D. A. and Soldo, B. J. (1994). Married women's allocation of time to employment and care of elderly parents. *Journal of Human Resources*, 29(4).
- Wolff, F.-C. (2006). Parental transfers and the labor supply of children. *Journal of Population Economics*, 19(4):853–877.

-
- Yamada, H. and Shimizutani, S. (2014). Labor market outcomes of informal care provision in Japan. Discussion Paper, Osaka School of International Public Policy, Osaka University.
- Yong, V. and Saito, Y. (2012). National long-term care insurance policy in Japan a decade after implementation: some lessons for aging countries. *Ageing International*, 37(3):271–284.

Conclusion générale

L'objectif de cette thèse était d'étudier l'expérience japonaise dans le domaine de l'aide aux personnes dépendantes à domicile, afin d'en tirer des enseignements pour la France. Dans cette perspective, nous avons effectué deux études qualitatives comparant les politiques menées dans les deux pays, puis deux études microéconométriques des comportements individuels et familiaux de prise en charge au Japon.

La première étude (Chapitre 1) aborde les politiques de prise en charge de la dépendance mise en œuvre dans les deux pays depuis plusieurs décennies. Elle identifie les grandes différences entre les deux systèmes et analyse les causes possibles de ces divergences à travers l'histoire de l'évolution des politiques de protection sociale. Les deux pays s'inscrivent dans des réalités différentes qui les conduisent à adopter des solutions dissemblables. Dans les années 1990, le Japon était confronté à une évolution particulièrement rapide du vieillissement de la population tandis que l'aide publique à la dépendance demeurait limitée. Cette situation engendra une croissance rapide des dépenses de santé liées au phénomène d'hospitalisation sociale. Le pays a donc mené une réforme d'envergure dans l'optique d'améliorer considérablement l'aide à domicile et de limiter la prise en charge en établissement. En France, la hausse du vieillissement était plus modérée et plusieurs initiatives politiques avaient déjà été mises en place. En revanche, le pays était confronté à un chômage de masse. La France a adopté des politiques d'aide aux personnes âgées dépendantes de manière incrémentale avec un double objectif de créer des emplois peu qualifiés en complément d'une prise en charge de la perte d'autonomie.

Le chapitre 2 analyse la prise en charge des personnes âgées dépendantes à domicile entre les

deux pays en se plaçant au niveau de l'utilisateur. Le travail comparatif s'appuie sur des entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels de la santé et du social et sur un projet de cas-types. L'étude souligne que le système japonais, ayant recouru à des procédures spécifiques et des réglementations strictes, est particulièrement formalisé. Par cette absence de souplesse, le Japon impose une vision stricte de la prise en charge de la dépendance et incite au développement de services dédiés. Bien que marqué par un niveau de formalisation en hausse depuis l'adoption de l'Apa, le système français demeure bien plus souple que le système japonais. Cette relative flexibilité semble limiter le développement de services spécifiques. Enfin, notre analyse suggère que les systèmes des deux pays sont plus généreux en faveur des plus démunis et des plus aisés par rapport aux classes moyennes. Mais la France semble accorder un poids plus important à la question des inégalités sociales.

Enfin, notre analyse suggère aussi bien en France qu'au Japon des systèmes plus généreux en faveur des plus démunis et des plus aisés par rapport aux classes moyennes. Cependant la France semble accorder un poids plus important à la question des inégalités sociales.

La troisième étude est consacrée à l'analyse de potentiels barrières à l'accès aux aides de l'assurance dépendance japonaise. A travers l'exploitation des données de l'enquête Jstar, ce chapitre souligne deux éléments qui viennent freiner la probabilité qu'une personne âgée dépendante effectue une demande d'aide : les normes culturelles japonaises et les très faibles revenus. D'une part, il est culturellement attendu des femmes japonaises, et notamment des belles-filles, qu'elles prennent en charge leurs parents dépendants. Il existe une certaine réticence des parents ou des femmes à faire appel aux aides publiques lorsque le parent cohabite avec une des filles non-mariées ou avec une belle-fille, ou lorsqu'il habite dans la même ville qu'une de ses filles. D'autres part, les personnes ayant de très faibles revenus semblent renoncer aux aides en raison des coûts financiers liés aux restes à charge. Pour une prise en charge plus juste de la dépendance, les autorités publiques japonaises devraient promouvoir les bénéficiaires de l'aide aux aidants et apporter une attention particulière aux personnes les plus démunies.

Le dernier chapitre examine l'impact de l'aide apportée par les femmes sur leur participation au marché du travail. De même que pour l'analyse précédente, cette question est étudiée à partir des données de l'enquête Jstar. Nous proposons de corriger la potentielle endogénéité entre l'aide et l'emploi en utilisant une méthode de variables instrumentales. Les résultats montrent des effets différents chez les femmes cohabitant avec un parent et les femmes non-cohabitant. Dans le cas des femmes cohabitant, l'aide apportée à un parent affecte négativement et significativement la participation au marché du travail. Pour les femmes non-cohabitant, l'aide ne semble pas avoir d'effet. Ces résultats suggèrent que la politique japonaise n'a pas atteint son objectif de soulager les aidantes et soulignent les limites de cette politique.

Cette thèse met en exergue des différences entre le système japonais et français, mais ne permet pas réellement de conclure de la supériorité d'un système. Les deux pays semblent mener des efforts publics en faveur des personnes dépendantes d'une ampleur équivalente. Mais ils ont été amenés à faire des choix différents notamment dans la répartition des ressources financières entre aide à domicile et aide en établissement. Le Japon privilégie grandement l'aide à domicile à celle en établissement. En France, l'aide à domicile se développe progressivement depuis plusieurs décennies, mais celle en établissement représente toujours une part plus importante dans les dépenses.

Compte tenu des importants efforts menés par le Japon en matière d'aide à domicile, il n'est pas surprenant de constater que l'aide publique à domicile est globalement plus développée qu'en France : les plafonds d'aide sont plus élevés, les taux de reste à charge sont plus faibles que ceux de l'Apa, et l'assurance dépendance incite davantage au développement de services dédiés. S'il n'est pas envisageable de dupliquer le système japonais dans un autre pays, la France peut s'en inspirer pour améliorer son système.

Le système japonais présente plusieurs spécificités intéressantes. Premièrement, la mise en place de la prestation du care-manager permet de faciliter la coordination des services et les démarches pour les personnes âgées. Deuxièmement, une prédominance du cadre national dans

l'organisation de l'assurance dépendance permet de réduire les inégalités territoriales. Troisièmement, à travers l'application de critères stricts et normés, le système japonais a permis de développer des services dédiés et promouvoir la prise en charge mixte (à domicile et en centre accueil de jour). Finalement, le Japon prévoit des dispositifs venant plafonner les dépenses à la charge au niveau individuel ou au niveau du ménage en fonction du niveau de revenus, permettant ainsi de limiter les dépenses trop importantes.

Mais ce système présente également des limites importantes. Premièrement, l'assurance dépendance japonaise semble octroyer moins d'importance aux inégalités et l'aide tend davantage à privilégier les personnes aisées. En effet, contrairement à l'Apa en France, la définition du montant d'aide ne tient pas automatiquement compte du niveau de revenu. Des aides sont prévues pour les personnes ayant de faibles revenus, mais les dépenses destinées à ces aides ne représentent qu'une faible part des dépenses totales. Les aides destinées aux moins favorisés ne sont pas octroyées automatiquement mais requièrent des démarches supplémentaires. Des bénéficiaires potentiels peuvent être amenés à renoncer à ces aides par ignorance ou par peur de stigmatisation. Le chapitre 3 n'a pas étudié les éléments déterminants la demande d'aide complémentaires parmi les personnes bénéficiant de l'assurance dépendance. Il montre en revanche que les personnes ayant de faibles revenus tendent à renoncer à effectuer la demande d'aide de l'assurance dépendance dans son intégralité.

Deuxièmement, le Japon a mené des efforts particulièrement importants avec l'objectif de promouvoir l'aide à domicile et restreindre l'aide en établissement. Or l'aide à domicile comporte le risque d'augmenter la charge laissée à la famille et donc d'affecter l'emploi des aidants, et/ou de dégrader la qualité de vie des parents les plus lourdement dépendants. L'assurance dépendance permet d'apporter des services professionnels aux familles depuis maintenant quinze ans afin de soulager les familles. Si les aides octroyées par l'assurance dépendance permettent de compenser l'absence d'aide familiale pour de nombreuses personnes dépendantes, nous craignons qu'elles présentent des limites en cas de dépendance lourde. Dans ce cas, une aide en établissement trop limitée conduit à une dégradation de la situation des aidants familiaux, principalement

en cas de cohabitation, et de la qualité de vie des personnes âgées, surtout pour celles qui ne cohabitent pas avec des enfants-adultes. Notre étude montre en effet que l'assurance dépendance ne semble pas avoir atteint son objectif de soulager les femmes aidantes qui cohabitent avec leurs parents dépendants. L'aide apportée par les personnes non-cohabitantes ne semble pas affecter leur emploi, très certainement en raison d'une aide plus faible que celle apportée dans le cadre de la cohabitation. La qualité de vie des personnes lourdement dépendantes seraient alors d'autant plus affectée. A cet égard, un article du quotidien *Asahi Shinbun* du 13 janvier 2014 semble confirmer ces inquiétudes. L'article fait état de prestataires proposant des services d'accueil de nuit dans un cadre hors assurantiel. Ces services ciblent les personnes âgées trop dépendantes pour rester à domicile mais qui ne peuvent entrer en établissement, faute de places pour les établissements publics et faute de moyens financiers pour les établissements privés. Les prestataires proposent des services d'accueil de nuit à des prix très faibles, mais également de qualité médiocre, bien inférieure à celle exigée dans le cadre de l'assurance dépendance. Ce phénomène souligne les limites de la prise en charge à domicile de la dépendance lourde.

Finalement, ces travaux nécessitent plusieurs approfondissements.

Premièrement, nous avons principalement étudié la politique de l'aide à domicile. Or la dépendance peut être prise en charge à domicile ou en établissement, celle-ci étant principalement destinée aux personnes en dépendance lourde. Il serait ainsi intéressant d'étudier les politiques d'aide aux personnes dépendantes en considérant le parcours de la prise en charge, et par conséquent en approfondissant le mécanisme d'entrée et la prise en charge en établissement.

Deuxièmement, nos travaux sont consacrés à l'aide publique. Mais la prise en charge de la dépendance peut impliquer l'aide formelle non subventionnée, comme nous avons pu le constater avec les services d'accueil de nuit présenté dans le journal *Asahi Shinbun*. Afin de mieux cerner la situation de la prise en charge dans un pays, le champ d'analyse devrait être élargi aux prestations non subventionnées.

Troisièmement, le chapitre 3 analyse la probabilité qu'une personne âgée dépendante effectue la demande d'évaluation du niveau de dépendance, mais non celle de bénéficier de l'aide. Cette demande ne constitue que la première étape de la procédure et ne signifie pas que le demandeur continue ses démarches jusqu'à l'obtention des aides. De travaux futurs devraient être consacrés à la seconde étape de la procédure, c'est-à-dire, étudier les éléments déterminants l'utilisation des aides parmi les personnes évaluées dépendantes.

Enfin, les travaux économétriques du chapitre 4 présentent plusieurs limites. Premièrement, les données utilisées ne contiennent pas d'information sur la quantité d'aide perçue par le parent dépendant, qu'elle soit formelle ou informelle. Les résultats tendent à montrer que l'aide des personnes non-cohabitant n'affecte pas l'emploi des femmes aidantes, mais il est impossible de tirer des conclusions claires sur les raisons. Nous ne pouvons que suggérer plusieurs interprétations qui nécessitent d'être vérifiées par de futures travaux. Deuxièmement, le test Wu-Hausman ne permettait pas de rejeter l'hypothèse d'exogénéité de l'aide apportée par les personnes non-cohabitants au travail, alors qu'il semble plus raisonnable de considérer ces deux variables comme étant endogènes. Nous soupçonnons que ces résultats s'expliquent en partie par la faiblesse de la taille de l'échantillon. Il serait souhaitable de vérifier ces résultats à l'aide d'un échantillon plus large.

Le système de prise en charge des personnes âgées dépendantes : le Japon, un modèle pour la France?

Résumé

Cette thèse étudie les politiques d'aide aux personnes âgées dépendantes à domicile menées au Japon, afin d'en tirer des enseignements pour la France. Nous développons notre étude à travers trois axes : i) l'analyse des différences entre le systèmes japonais et français dans l'organisation de l'aide publique et dans l'aide réellement perçue par les personnes en perte d'autonomie, ii) l'examen des barrières potentielles à l'accès aux aides publiques au Japon, iii) l'étude des conséquences de l'aide informelle sur l'emploi des femmes seniors au Japon. Dans cette perspective, nous avons effectué deux études qualitatives comparant les politiques japonaises et françaises, puis deux études microéconométriques des comportements individuels et familiaux de prise en charge dans le contexte japonais. Ce travail met ainsi en exergue les spécificités des politiques menées dans les deux pays, et souligne les avantages et les faiblesses du modèle japonais.

Mots-clefs

Dépendance; protection sociale; accès aux soins; offre de travail; comparaison; Japon

Long term care system : Japan, a model for France?

This thesis focuses on the long term home care policies conducted in Japan, in order to draw lessons for France. Our analysis is developed through three topics : i) the analysis of the differences between the Japanese and the French systems in the public care organisation and in the care received by the elderly, ii) the examination of potential barriers to access to public elderly care in Japan; iii) the study of the impact of informal care on the labor participation of Japanese middle-aged women. In this regard, we carried two qualitatives studies comparing Japanese and French policies, and two microeconometrics studies of individual and family behaviour of caring in Japan. This study outlines the specificities of the policies conducted in both countries, and highlights the strenghts and weakness of the Japanese model.

Keywords

Elderly Care; social insurance; long term care access; labour supply; comparison; Japan