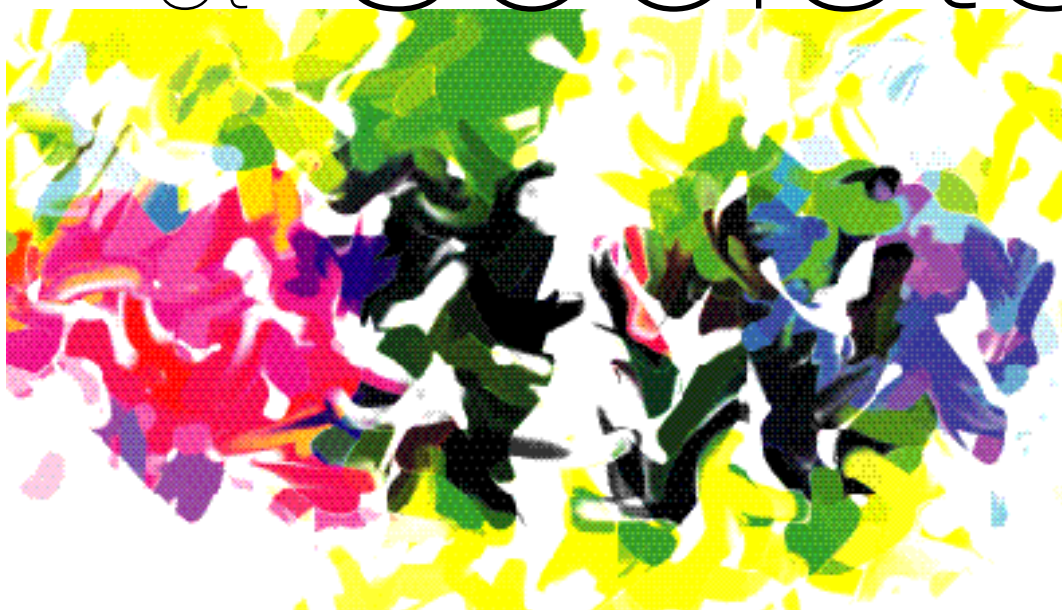


CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE

r e t r a i t e et Société



numéro **38**

**L'Europe du grand âge :
entre familles et institutions**

La **documentation** Française



L'Europe du grand âge : entre familles et institutions



Sommaire

Avant-propos	4
Claudine Attias-Donfut, Cnav, Clemens Tesch-Römer, Centre allemand de gérontologie	
Les normes de responsabilité familiale dans les pays européens : contrastes et similarités	18
Svein Olav Daatland, Katharina Herlofson, Norwegian social research (Nova), Oslo, Norvège	
Une comparaison transnationale de la solidarité intergénérationnelle	52
Ariela Lowenstein, Ruth Katz, David Mehlhausen-Hassoen, Dana Prilutzky, Faculté des études sociales, Université d'Haïfa, Israël	
Ambivalence et conflit dans les familles vieillissantes : perspectives européennes	80
Judith Phillips, Mo Ray, Keele University, Jim Ogg, Institute of community studies, Grande-Bretagne	
Aide familiale et recours au secteur des services : une perspective interculturelle	108
Maria-Teresa Bazo, Iciar Ancizu, Université du Pays Basque, Bilbao, Espagne	
La qualité de vie des personnes âgées dans les États-providence européens	136
Hans-Joachim von Kondratowitz, Clemens Tesch-Römer, Andreas Motel-Klingebiel, Centre allemand de gérontologie, Berlin, Allemagne	
Vivre à domicile après 75 ans. Une comparaison entre l'Angleterre et la France	174
Sylvie Renaut, Cnav, Jim Ogg, Institute of community studies, Londres et Cnav	



ENTRETIEN AVEC...

Lucy apRoberts, Association internationale
de la sécurité sociale

**L'Initiative de l'AISS :
promouvoir la sécurité sociale dans le monde** 196

FAITS ET CHIFFRES...

Les avantages familiaux 200
Geneviève Décisier, Conseil d'orientation des retraites

**Les droits acquis en matière d'assurance vieillesse
dans les premières années de vie active** 214
Isabelle Amrouni, Cnav

LE POINT SUR...

Hommage à Michel Frossard 222

**Individualisation - «Familialisation» des droits sociaux
et droits fondamentaux** 224
Marie-Thérèse Lanquetin, Université Paris 5, Irep,
Centre d'études de l'emploi

Retraite : choix individuels et solidarité 229
Annie Jolivet, Ires

**L'évolution des modes de financement des retraites
et des revenus des personnes âgées** 233
Pierre Concialdi, Antoine Math, Ires

NOTES DE LECTURE

Analyses critiques 236

Les parutions 250



Vivre à domicile après 75 ans. Une comparaison entre l'Angleterre et la France



Vivre à domicile après 75 ans.

Une comparaison entre l'Angleterre et la France

par S. Renault, J. Ogg

RÉSUMÉ

Cet article compare les orientations suivies par l'Angleterre et la France en matière d'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie. Les données issues de deux enquêtes représentatives de la population vivant à domicile après 75 ans révèlent une grande proximité des structures démographiques et familiales dans les deux pays. Il est frappant d'observer par exemple que la proximité résidentielle et la fréquence des contacts entre les parents âgés et leurs enfants sont tout à fait comparables. La distribution et l'articulation entre aide profane et professionnelle ne distinguent pas les deux pays. Plus du tiers des personnes qui reçoivent une aide justifiée par leur état de santé mobilisent uniquement leur entourage et la moitié cumulent les deux modes d'intervention. Cependant, l'existence des organisations caritatives traditionnellement plus développées en Angleterre induit une différence dans la composition de l'aide profane. En France, l'aide bénévole est d'abord une aide familiale, qu'elle soit apportée par le conjoint ou par les enfants. En Angleterre, l'aide volontaire apportée par les enfants aux plus de 75 ans est proportionnellement plus importante que celle apportée par les conjoints. Ces différences illustrent l'avance de l'Angleterre dans la mise en place de services d'aide aux aidants que sont aussi les associations bénévoles et caritatives.



Living at Home after 75. A Comparison between France and England

by S. Renaut, J. Ogg

ABSTRACT

This article compares the organisation of social support to disabled or ill older people in England and France. Data from respective surveys representative of the urban population of over 75s living in their own homes reveal strong similarities between the demographic profiles of the two countries. Residential proximity and frequency of contact between elderly parents and their children are very similar. Both countries appear to have the same distribution of support given by family and professionals. More than one third of over 75s who receive a form of support linked to their ill health depend uniquely upon their families or personal social networks and one half have both types of intervention. The independent and voluntary sectors however, traditionally more developed in England than in France, play a greater role in the delivery of services in England. In France, unpaid help is first and foremost family help, either by a spouse or children. In England, forms of voluntary support and help given by children appear to account for a greater proportion of support given to over 75s than support given by spouses. These differences may be due to strategies for supporting carers which have been in place longer in England than in France.



SYLVIE RENAUT, CNAV, JIM OGG, INSTITUTE OF COMMUNITY STUDIES, LONDRES
ET CNAV

Vivre à domicile après 75 ans. Une comparaison entre l'Angleterre et la France

Malgré l'évolution du monde occidental vers une société que l'on dit de plus en plus individualiste, les travaux menés autour du vieillissement de la population auquel sont confrontés les pays du Vieux Continent dégagent un certain consensus sur la permanence du rôle de l'entourage dans l'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie (Attias-Donfut, 1995 ; Philipson *et al.*, 2000). Majeur, ce rôle est souvent associé à l'intervention des services professionnels dont les modes d'administration reflètent des choix politiques et des comportements culturels propres à chaque pays. D'un côté, les Anglais ont développé leur système de protection sociale sur le principe de l'universalité quand les Français ont construit le leur sur une base assurancielle. Et pourtant, la part du PIB consacrée aux prestations de protection sociale est du même ordre et se situe entre les pays de l'Europe du nord où l'État-providence est le plus développé et ceux du sud qui en poursuivent la construction¹. Si l'on s'en tient aux valeurs communément véhiculées d'un côté et de l'autre de la Manche, le modèle anglais, plus ancré dans la tradition protestante, offre davantage de liberté individuelle quant aux obligations familiales que le modèle français, toujours encadré par le Code civil napoléonien de 1804. Étant donné ces différences systémiques et culturelles, auxquelles s'ajoutent des options différentes sur la gestion des effets du grand âge, nous nous proposons d'en étudier les conséquences ou les interactions possibles sur la répartition de l'aide fournie par la famille, le bénévolat et les professionnels

¹ En 1995, les prestations de protection sociale varient dans une fourchette de 18,5 % du PIB au Portugal à 35 % en Suède ; elles atteignent respectivement 26,7 % et 29,1 % au Royaume-Uni et en France (Drees, 1999).

auprès des personnes âgées de 75 ans et plus résidant dans les grandes agglomérations en Angleterre et en France².

Une première partie de l'article est consacrée au rappel des similitudes et des différences qui fondent les deux systèmes nationaux de protection sociale et les actions engagées par les deux pays face aux enjeux du vieillissement. On reviendra notamment sur le concept du «*welfare mix*», la réforme de 1993 et le rôle du bénévolat en Angleterre ou, du côté français, sur le rôle de l'aide sociale ou le retard d'une politique publique malgré des années de réflexions sur la question. Dans la deuxième partie, la comparaison des conditions de vie, d'environnement social et familial, d'autonomie et de santé de la population vivant à domicile après 75 ans, permet de pointer la proximité des structures démographiques et familiales dans les deux pays qui se traduisent également par de grandes similitudes dans la proximité résidentielle et la fréquence des relations entre parents et enfants. La troisième partie traite du mode de prise en charge du grand âge au quotidien, en s'intéressant tout particulièrement à l'articulation de l'action bénévole des aidants non professionnels avec celle des services publics ou privés d'aide aux personnes âgées. Dans un contexte où les deux pays étudiés connaissent un niveau de développement de leur État-providence équivalent, notre projet est donc d'alimenter la réflexion sur les différences d'orientation des politiques sociales et les conséquences éventuelles pour la personne âgée en perte d'autonomie, sa famille et son entourage.

■ Quelles politiques sociales pour les personnes âgées en perte d'autonomie ?

Les conséquences du vieillissement ou plutôt celles de l'augmentation de l'espérance de vie qui participe à l'accroissement des soins de longue durée constituent un enjeu

² Le dispositif Oasis constitue la source des données anglaises. Les données françaises sont issues de l'enquête Insee «Handicaps-Incapacités-Dépendance», dite HID, qui vise à établir une estimation du nombre de personnes handicapées ou dépendantes, par sexe et par âge, sur l'ensemble de la population, quelle que soit leur situation vis-à-vis des systèmes d'aide ou leur lieu de résidence, à domicile ou en établissements médicosociaux. Pour évaluer les flux et les évolutions des situations individuelles, quatre vagues de collecte ont été programmées : en 1998 et 2000 auprès des personnes résidant en institutions ; en 1999 et 2001 auprès des personnes vivant à domicile. Les résultats présentés dans l'article sont issus de l'échantillon 1999.



collectif majeur pour tous les États et leur système de protection sociale. Confrontés aux mêmes effets, les décisions de chaque pays en termes de politique publique pour la prise en charge de la dépendance résultent d'un arbitrage sur les choix à opérer en matière de responsabilité, gestion et financement entre la famille, le marché et l'État (Joël, Martin, 1998).

Au Royaume-Uni, avant 1990, la responsabilité de la prise en charge des personnes âgées dépendantes était répartie entre les services de santé gérés par l'État, le *National Health Service* (NHS) et les services d'aide sociale gérés par les autorités locales, les *Social Services Departments* (SSD). La distinction entre NHS et SSD, qui était d'abord d'origine financière – financement de l'État et gratuité pour les patients dans le NHS/financement des collectivités locales et prestations soumises à conditions de ressources pour les SSD –, va évoluer peu à peu vers une distinction conceptuelle entre soins médicaux et soins sociaux (Ogg, 2000). Le *NHS and Community Care Act*, qui prend effet à partir de 1993, consacre le transfert de la charge financière des personnes âgées du système de protection sociale vers les SSD en leur offrant plus de flexibilité. En réalité, cette réforme s'inscrit dans la politique libérale de rationnement des financements publics que poursuit l'Angleterre. Sur le principe d'une «*mixed economy of care*», elle correspond à l'introduction d'un quasi-marché, l'un des buts affichés étant de réduire les dépenses liées à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie à travers une gestion territoriale. Pour le gouvernement, la qualité des services résulte de la concurrence entre les fournisseurs. Il engage donc chaque département ou comté (*county*) à rendre les services plus accessibles en encourageant le secteur indépendant (*voluntary sector*) et à développer la fourniture de services d'aide à la personne. Le *voluntary sector* couvre un ensemble très large d'activités menées par les associations et les organisations caritatives et combine différentes formes de travail bénévole. Son rôle s'est encore accru avec le développement du *community care*. Il comprend aussi bien des petites sociétés locales que de grandes agences professionnelles, qui, à la différence de la France, ont le droit légal de vendre leurs services sur le marché comme tout autre type de services.

En France, les services professionnels aux particuliers qui relèvent de l'application des politiques sociales, sont le plus souvent assurés par des associations qui ont passé une convention avec l'État, ou, depuis les lois de décentralisations de 1982, avec les collectivités territoriales. La loi du 1^{er} juillet 1901, qui régit les

associations à but non lucratif, stipule que l'activité d'une association ne doit pas avoir pour but de faire des bénéfices. Ces fournisseurs de services, principalement d'aide ménagère à domicile, voient leur activité encadrée et contingentée par l'aide sociale et les partenaires sociaux qui assurent en partie le financement. Le système de protection sociale prend en charge la couverture des besoins médicaux à travers l'assurance maladie mais ne couvre pas les besoins d'aide à la personne au-delà de 60 ans. Autrement dit, en dehors de l'aide ménagère, prestation dite extralégale, car non obligatoire, la prise en charge du grand âge repose le plus souvent sur la solidarité familiale dont le principe est inscrit dans le Code civil. En effet, l'obligation alimentaire reste attachée à la plupart des prestations relevant de l'action sanitaire et sociale. Par exemple, une personne âgée qui ne peut subvenir seule à ses besoins, payer son hébergement ou rémunérer une aide ménagère a la possibilité de demander l'intervention de l'aide sociale départementale. Si la personne est propriétaire d'un bien immobilier, le département se réserve le droit de recouvrer sur la succession les sommes versées au titre de l'aide sociale. Si ce n'est pas le cas, le département peut être amené à vérifier s'il n'existe pas de débiteur alimentaire, à savoir des enfants ou des petits-enfants qui peuvent assurer ces frais (Choquet, Sayn, 2000).

En Angleterre comme en France, la question du financement, – qui ? combien ? comment ? – demeure au cœur de l'enjeu du vieillissement pour la collectivité publique et, en conséquence, pour la personne âgée et son entourage. Ces questions se posent tout particulièrement lorsqu'il s'agit d'entrer en institution. On observe par exemple en Angleterre que le «*NHS and Community Care Act*», qui s'est traduit par une dissociation de plus en plus grande entre besoins médicaux et besoins sociaux, rend plus difficile l'accès aux soins des personnes âgées qui résident en maison de retraite. Parallèlement, le NHS a poursuivi sa politique d'éviction des soins de longue durée, et donc des personnes âgées, des établissements publics qui, auparavant, assuraient la prise en charge complète des patients. Aujourd'hui, nombre de personnes âgées et leurs familles sont inquiètes de se voir contraintes de vendre leur maison pour payer les frais de maison de retraite. En France, ces craintes sont tout autant partagées par les personnes âgées et leur famille. Même si l'Apa – l'Allocation personnalisée d'autonomie créée en janvier 2002 –, est versée à domicile et en institution, elle n'a pas vocation à répondre à ce dilemme. En effet, première mesure d'aide sociale qui ne soit pas soumise à récupération sur succession, cette prestation a été



conçue pour financer en partie les frais liés à la perte d'autonomie en fonction du niveau des ressources de la personne âgée³. Finalement, malgré des logiques différentes qui fondent les deux dispositifs anglais et français de protection sociale, on observe dans les deux pays une forte inclination à vouloir séparer le médical du social, les personnes âgées des autres citoyens, tout en estimant que les familles doivent rester le socle du dispositif d'aide.

■ Une grande proximité sur le plan des structures démographiques et des relations au sein de la famille

Même si ce ne fut pas toujours le cas, la France et le Royaume-Uni sont aujourd'hui très proches sur le plan démographique (Vallin, Caselli, 1999). Leurs populations sont tout à fait comparables, à la fois en structure et en volume, par âge et par sexe (cf. tableau 1). Avec environ soixante millions d'habitants chacun, les moins de 25 ans représentent 31 % de la population et les 75 ans et plus un peu plus de 7 %.

Tableau 1

Royaume-Uni - France : population par sexe et âge

	Royaume-Uni			France		
	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
Tous âges (en milliers)	59 755,7	29 459,0	30 296,7	58 520,7	28 419,4	30 101,3
0-24 ans	31,1 %	32,3 %	29,8 %	30,9 %	32,5 %	29,4 %
25-74 ans	61,5 %	62,3 %	60,9 %	61,4 %	61,8 %	61,0 %
75 ans et +	7,4 %	5,4 %	9,3 %	7,7 %	5,7 %	9,6 %
75 ans et + (en milliers)	4 399,4	1 588,3	2 811,2	4 504,9	1 611,9	2 893,0
75-79 ans	45,3 %	51,8 %	41,6 %	48,0 %	54,4 %	44,6 %
80-84 ans	28,3 %	28,3 %	28,3 %	20,0 %	20,7 %	20,1 %
85 ans et +	26,4 %	19,9 %	30,1 %	32,0 %	24,9 %	35,3 %

Sources : Insee RGP 1999 (France) - ONS (United Kingdom).

³ Face à la réactivité des personnes âgées et de leur famille pour cette prestation dégagee des obligations familiales légales, certains responsables politiques se sont très vite prononcés pour une révision des conditions d'accès, en proposant notamment le retour du recours sur succession.

■ Principales caractéristiques des plus de 75 ans à domicile

Sous les effets attendus de l'espérance de vie différentielle entre les hommes et les femmes, le monde des personnes très âgées est un monde féminin, marqué par l'isolement conjugal : environ deux tiers de femmes, une moyenne d'âge autour de 81/82 ans, une personne sur deux vivant seule chez elle. Sur ces trois points, les informations fournies par les deux enquêtes⁴ sont très proches. À cet âge, et dans les deux pays, le célibat reste supérieur au taux de divorce ou de séparation, pour les hommes comme pour les femmes⁵. C'est bien sûr le veuvage qui est la situation conjugale la plus répandue, tout particulièrement dans l'échantillon anglais, du fait de l'âge significativement plus élevé (cf. tableau 2, p. 180).

En suivant la composition des ménages, on retrouve de façon mécanique une proportion de personnes vivant seulement en couple sensiblement plus importante en France (39 %) qu'en Angleterre (31 %). Cette différence se traduit également par des formes de cohabitation plus répandues de l'autre côté de la Manche. Par exemple, la cohabitation familiale de deux générations adultes, entre des parents au moins septuagénaires et leurs enfants adultes, est estimée à 11 % en France pour 15 % en Angleterre.

Au-delà de la composition du ménage, la densité du réservoir de solidarité que constitue le réseau de parenté proche joue un rôle souvent irremplaçable lorsque l'avancée en âge s'accompagne de problèmes de santé. En Angleterre comme en France, la famille élargie aux frères et sœurs, compte moins de huit personnes en moyenne, y compris le conjoint, les enfants, les petits-enfants. L'âge venant, la survie du conjoint ou celle de la fratrie, se répercute progressivement sur la taille du réseau. Plus la descendance est nombreuse, plus grande est la probabilité d'avoir aussi des petits-enfants : on compte en moyenne 4,2 petits-enfants en France pour 3,4 Outre-Manche.

⁴ L'étude porte sur 408 entretiens menés auprès de la population de 75 ans et plus vivant à domicile en zone urbaine en Angleterre en 2001 et sur 1 645 entretiens de personnes de 75 ans et plus vivant en 1999 dans des unités urbaines d'au moins 100 000 habitants de la France métropolitaine.

⁵ Le taux de divorce ou de séparation est de 6 % pour les Anglais entre 65 et 74 ans, 13 % entre 55 et 64 ans, mais 19 % pour les personnes de 45 à 54 ans ; ces taux sont plus élevés qu'en France où ils plafonnent autour de 4 % entre 55 et 64 ans et au-delà et ne touchent pas plus d'une personne sur dix entre 45 et 54 ans.


Tableau 2
Populations étudiées pour l'Angleterre (Oasis) et la France (HID)

	<i>En pourcentage</i>	
	Angleterre (n = 408)	France (n = 1645)
Tranches d'âge		
75-79 ans	39,2 %	52,2 %
80-84 ans	30,2 %	21,7 %
85 ans et plus	30,6 %	26,1 %
Pourcentage de femmes	68,6 %	63,0 %
Situation conjugale		
Vit en couple	35,0 %	42,0 %
Célibataire	5,9 %	5,8 %
Veuf(ve)	53,7 %	48,1 %
Divorcé, séparé	3,7 %	3,8 %
Situation inconnue	1,7 %	0,3 %
Composition du ménage		
Personne seule	52,0 %	49,0 %
Couple	30,6 %	39,3 %
Ego et enfants	10,8 %	8,4 %
Ego, enfants et petits-enfants	1,9 %	1,4 %
Cohabitation familiale autre	0,5 %	1,6 %
Autre type de cohabitation	3,2 %	0,3 %
Situation inconnue	1,0 %	-
Taille du réseau de parenté		
Conjoint	0,4	0,4
Nombre de frères et sœurs	1,1	1,2
Nombre d'enfants	1,9	2,1
Nombre de petits-enfants	3,4	4,2
Nombre total de personnes (y compris ego)	7,7	7,9
Structure du réseau de parenté		
3 générations	73,0 %	75,3 %
2 générations	9,3 %	7,7 %
1 génération	17,7 %	16,9 %
Conjoint	3,9 %	4,8 %
Frères ou sœurs uniquement	7,4 %	7,0 %
Rien	6,4 %	5,1 %
Besoin d'aide quotidienne	28,9 %	25,7 %
Restriction d'activité pour :		
- porter un filet à provisions	41,2	41,8
- monter un étage d'escalier	28,9	26,8
- se pencher, ramasser un objet, s'agenouiller	39,0	25,7
- marcher sur environ 100 mètres	20,1	19,0
- faire sa toilette et s'habiller	12,7	10,1

Sources : Oasis 2001- HID 1999. Les 75 ans et plus en zones urbaines.

En termes de solidarité, la composition du réseau importe probablement davantage que sa taille. Dans les deux pays, on estime à 17 % les personnes sans descendance. Environ 6 % des septuagénaires anglais et 5 % des français connaissent une situation d'isolement familial, c'est-à-dire sans frère, ni sœur, ni conjoint, ni enfant, ni petits-enfants⁶. Pour moins d'une personne sur dix, les lignées familiales sont composées de deux générations, celle de l'enquêté et celle de ses enfants. Enfin, la situation familiale la plus répandue, dans trois cas sur quatre, compte au moins trois générations, les grands-parents enquêtés, leurs enfants et leurs petits-enfants.

Sans être nécessairement le seul, l'environnement familial constitue souvent le premier cercle de solidarité face aux difficultés de santé et aux restrictions d'activité. Pour être analysée dans les deux pays, cette question de l'état de santé nécessite de disposer d'un indicateur suffisamment simple et homogène pour comparer les deux populations. Dans l'enquête française, on dispose à la fois d'un très grand nombre de questions sur la mesure des déficiences et des incapacités et de plusieurs indicateurs de dépendance couramment utilisés dans les études et recherches mais également pour la mise en œuvre des programmes de politique publique d'aide à l'autonomie. La combinaison des différentes approches permet d'estimer à un quart les personnes qui, en France et à partir de 75 ans, ne peuvent faire seules certaines activités de la vie quotidienne et ont un besoin explicite de l'aide d'une tierce personne pour réaliser ces activités⁷. Les questions de l'enquête anglaise qui permettent de cerner l'état de santé s'intéressent à l'existence de limitations – fortes, légères ou absentes – pour réaliser certaines activités de la vie quotidienne⁸. Dans ces conditions, la population anglaise

⁶ Le réseau de parenté est constitué de «3 générations» si les personnes ont à la fois des enfants et des petits-enfants, «2 générations» si les personnes ont des enfants sans petits-enfants ; la modalité «conjoint» repère l'existence d'un conjoint avec éventuellement des frères et sœurs mais sans enfants, ni petits-enfants ; dans la modalité «fratrie», on recense les personnes qui n'ont que des frères et sœurs dans leur environnement familial, c'est-à-dire ni conjoint, ni enfant, ni petits-enfants.

⁷ Pour la France, on estime qu'une personne est totalement autonome à condition qu'elle le soit pour tous les indicateurs «Colvez», «Katz», «Aggir» et qu'elle ne présente pas de troubles psychiques «EHPA».

⁸ Pour l'Angleterre, l'indicateur de restriction d'activités est construit à partir du module santé : *Health & Functional Ability: Rate your health in general compared to one year ago. Does your health limit you in: vigorous activities, moderate activities, lifting/carrying groceries, climbing several flights of stairs, climbing one flight of stairs, bending, kneeling or stooping, walking more than a mile, walking half a mile, walking 100 yards, bathing and dressing* ; une analyse des correspondances multiple suivie d'une classification permet d'isoler 29 % des personnes qui rencontrent de réelles difficultés dans leur vie quotidienne : 90 % d'entre elles se déclarent fortement limitées pour monter un étage, se pencher, les deux tiers ne peuvent marcher 100 mètres sans grosses difficultés, plus du tiers sont très limitées pour faire leur toilette ou s'habiller et de fait, 60 % ont vu une détérioration de leur état de santé depuis un an.



enquêtée est au moins aussi nombreuse que son homologue française à présenter des restrictions d'activités nécessitant très probablement qu'une aide régulière lui soit apportée. On retrouve, dans les deux cas, les effets bien connus du vieillissement féminin qui combine une espérance moyenne de vie supérieure à celle des hommes avec, le plus souvent, un moins bon état de santé. En Angleterre, un tiers des femmes interviewées auraient besoin d'aide pour un cinquième des hommes. Ces taux, légèrement inférieurs pour la France, traduisent l'effet fondamental de l'âge sur l'état de santé et le besoin d'aide, puisque les enquêtés français sont un peu plus jeunes. Dans tous les cas, cette liaison avec l'âge est extrêmement forte puisque la moitié des personnes qui présentent des restrictions d'activité ont au moins 85 ans et, la moitié des personnes qui ont atteint 85 ans présentent des restrictions d'activité.

■ Proximité résidentielle et fréquence des relations entre parents et enfants

Ce qui frappe d'emblée sur les relations que les parents âgés entretiennent avec leurs enfants⁹ de part et d'autre de la Manche, c'est la fréquence du voisinage entre les deux générations. Plus du tiers des parents de 75 ans et plus, à domicile et en zone urbaine, en France ou en Angleterre, vivent en permanence à proximité immédiate d'un enfant. Ce type de voisinage englobe à la fois les situations de cohabitation lorsque parents et enfants partagent le même logement et les situations apparentées à une quasi-cohabitation lorsque les deux logements sont situés «*dans le même corps de bâtiments*» en France ou «*à moins de 10 minutes*» en Angleterre (cf. tableau 3, p. 183)¹⁰. Si on y ajoute le cas des familles dont les deux logements sont situés au moins «*dans la même ville ou les environs*» en France ou «*accessibles en moins de 30 minutes*» en Angleterre, ce sont finalement plus de 70 %

9 À noter que, si l'enquête anglaise s'intéresse à chacun des enfants, l'enquête française s'intéresse uniquement aux relations avec les deux enfants que le parent âgé voit le plus souvent. En conséquence, l'analyse concerne la proximité résidentielle avec l'enfant qui vit le plus près de son parent et la fréquence des rencontres avec l'enfant que le parent voit le plus souvent (par construction, les personnes sans enfant sont donc exclues).

10 Sachant que la densité de population est deux fois plus élevée en Angleterre par rapport à la France, la permanence du voisinage immédiat dans l'échantillon français s'explique probablement par le fait que les observations ne portent que sur les zones urbaines de 100 000 habitants ou plus.

des parents âgés qui vivent à proximité d'un enfant. Dans tous les cas, la proximité est corrélée au nombre d'enfants, c'est-à-dire que la distance est d'autant plus faible que la descendance est nombreuse.

Tableau 3

**Proximité résidentielle entre parents et enfants en Angleterre (Oasis)
et en France (HID)**

	Angleterre (n = 336)			France (n = 1139)	
	%	Nbre d'enfants		%	Nbre d'enfants
<i>Ensemble</i>		2,3	<i>Ensemble</i>		2,5
Cohabitation	15,5	3,1	Cohabitation	13,3	2,9
Moins de 10 minutes	22,0	2,7	Logement proche	21,0	2,6
10 à 30 minutes	34,5	2,2	Même ville/environs	36,3	2,6
30 minutes à 1 heure	12,8	2,0	Même région	18,8	2,4
1 à 3 heures	10,1	1,7	Plus loin, en France	9,8	1,8
Plus de 3 heures	4,8	1,4	À l'étranger	0,8	1,0
Ne sait pas	0,3		Ne sait pas	-	

Note : dans tous les cas, c'est la proximité minimale qui est prise en compte.

Sources : Oasis 2001- HID 1999. Les parents âgés de 75 ans et plus en zones urbaines.

La proximité géographique des familles ne nous dit rien de la qualité des relations, sinon qu'elle facilite l'existence et la fréquence des rencontres entre parents et enfants¹¹. Dans l'enquête française, la question sur la fréquence des visites n'a pas été posée aux enquêtés en situation de cohabitation ou de quasi-cohabitation. Si on estime que pour ces deux modes de résidence, le taux de rencontres est quotidien, alors 42 % de la population étudiée dans les deux pays, verrait un enfant au moins une fois par jour (cf. tableau 4, p. 184). En dehors de ces situations spécifiques, les rencontres hebdomadaires concernent néanmoins un tiers de la population, un taux qui reste relativement proche dans les deux pays. À peine plus d'un parent âgé sur dix voit ses enfants moins d'une fois par mois. Finalement, le réel isolement des parents âgés vis-à-vis de leurs enfants concerne une minorité de cas, tandis que dans trois familles sur quatre, parents et enfants se voient au moins chaque semaine.

¹¹ Par rapport à la problématique d'Oasis, construite et centrée autour de la qualité de vie, il faut souligner que l'enquête HID ne permet pas d'introduire ce type de réflexion et donc de comparer les deux sources de données sous cet angle.



Sur ces résultats, les similarités entre l'Angleterre et la France doivent être soulignées car on aurait pu s'attendre à voir émerger des comportements différents entre la France, où les normes familiales seraient plus prégnantes, et l'Angleterre, que l'on présente volontiers plus rigoriste et moins empreinte des valeurs familiales. En réalité, même si parents et enfants restent soumis à des obligations les uns envers les autres par la loi française, une dimension totalement ignorée des Anglais, rien ne distingue foncièrement les deux pays sur cette question de la proximité résidentielle entre générations familiales. On le sait, d'autres travaux l'ont montré, les temps modernes, l'urbanisation, les migrations, l'individualisme, etc. n'ont pas conduit à la disparition du lien familial, comme certains l'avaient craint. Pour autant, peut-on imaginer que cette proximité de comportements puisse trouver une explication dans la conduite des politiques publiques des États ? Compte tenu des données disponibles, il semble difficile de proposer une interprétation de ce type d'autant que la France et l'Angleterre n'ont pas développé leur protection sociale sur les mêmes bases et que les évolutions des vingt dernières années auraient plutôt contribué à renforcer les différences dans les politiques publiques. Néanmoins, la question mérite d'être posée et, dans cette perspective, peut-on s'attendre à voir un désengagement plus prononcé des liens de proximité entre parents et enfants dans les pays du nord de l'Europe (Norvège, Danemark ou Suède) qui connaissent probablement les formes les plus abouties de l'État-providence ? Et, inversement, les pays de l'Europe du sud (Espagne, Portugal), qui ont connu plus tardivement le développement de leur protection sociale, donnent-ils à voir un investissement plus massif sur cette dimension des relations familiales intergénérationnelles ? Il est possible que les données Oasis sur les autres pays puissent permettre de confirmer – ou d'infirmer – ce type d'hypothèse.

Tableau 4
Fréquence des visites entre parents et enfants en Angleterre (Oasis) et en France (HID)

	Angleterre (n = 336)		France (n = 1139)	
	%	% cumulé	%	% cumulé
Cohabitation/quasi-cohabitation	37,5	37,5	34,3	34,3
Au moins une fois par jour	5,1	42,6	7,7	42,0
Au moins une fois par semaine	36,3	78,9	32,4	74,5
Au moins une fois par mois	9,5	88,4	13,9	88,4
Plusieurs fois dans l'année	8,0	96,4	9,4	97,9
Moins souvent	3,6	100	1,7	99,6*

Note : dans tous les cas, c'est la proximité minimale qui est prise en compte.

Sources : Oasis 2001- HID 1999. Les parents âgés de 75 ans et plus en zones urbaines.

* Le 0,4 % restant représente les «ne sait pas, sans réponse».

Les fortes similitudes entre les deux pays sur la proximité résidentielle et la fréquence des contacts, nous réservent quelques surprises dans le développement de l'analyse. Les données françaises montrent que l'enfant le plus proche du point de vue géographique et de la fréquence des visites, est une fille dans au moins 60 % des situations. Plus la proximité est grande ou, plus les rencontres sont fréquentes, plus la part des filles est importante (cf. tableau 5). Ces résultats confirment une tendance connue dans les enquêtes françaises traitant des relations familiales, à savoir la plus forte propension des filles à résider plus près de leurs parents et à les voir plus souvent. Or, il se trouve que les mêmes exploitations menées sur les données anglaises ne font pas apparaître de comportements significativement différents entre les filles et les garçons. Ces résultats sont d'ailleurs confirmés par d'autres enquêtes. Par exemple, dans le *British Social Attitudes Survey* (BSA, 2001) la question sur le sexe de l'enfant que le parent voit le plus souvent, permet de souligner que, pour la population des parents de 75 ans et plus, il s'agit d'une fille dans au moins 45 % des situations et d'un fils dans au moins 42 % des cas. En aucun cas, on retrouve aujourd'hui comme c'est le cas en France, la prééminence des filles à vivre plus près de leurs parents et à les voir plus souvent.

Tableau 5

Proximité et contacts entre les parents, leurs fils ou leurs filles en Angleterre (Oasis) et en France (HID)

En pourcentage

	Angleterre (n = 336)			France (n = 1139)		
	Fils	Fille	Fils et filles	Fils	Fille	Fils et filles
Qui réside le plus près ?						
Cohabite avec enfant	72,6	25,5	2,0	27,0	71,3	1,7
Vit à moins de 10 mn (Angleterre) ou logement proche (France)	39,2	44,6	16,2	28,7	64,2	7,1
Vit de 10 à 30 mn (Angleterre) ou même ville ou environs (France)	44,0	42,2	13,8	31,9	52,9	15,2
<i>Ensemble</i>	<i>44,9</i>	<i>42,5</i>	<i>12,6</i>	<i>30,0</i>	<i>59,7</i>	<i>10,2</i>
Qui voit-on le plus souvent ?						
Au moins une fois par jour	58,2	36,7	5,1	30,1	65,6	4,3
Au moins une fois par semaine	41,8	47,3	10,9	28,8	58,1	13,1
Au moins une fois par mois	44,1	41,2	14,7	41,6	39,8	18,6
Plusieurs fois dans l'année	40,7	51,9	7,4	34,4	49,6	13,1
Moins souvent	50,0	41,7	8,3	30,6	63,4	1,3
<i>Ensemble</i>	<i>47,1</i>	<i>43,9</i>	<i>9,0</i>	<i>32,0</i>	<i>58,0</i>	<i>10,0</i>

Lire : en Angleterre, dans les cas de cohabitation, le parent âgé vit avec un fils dans 72,6 % des situations, avec une fille dans 25 % des cas, avec un fils et une fille dans 2 % des cas.

Sources : Oasis 2001 – HID 1999. Les parents âgés de 75 ans et plus en zones urbaines.



Si certaines enquêtes des années cinquante et soixante en Angleterre avaient pu montrer que parmi les couches populaires, la résidence matrilocale était la norme, il semblerait que cette norme soit aujourd'hui obsolète (Townsend, 1957 ; Willmott, Young, 1960). Cette différence de genre entre les deux pays se trouve encore accentuée dans les cas de cohabitation puisque les résultats sont même inversés : les fils cohabitent plutôt avec leurs parents âgés en Angleterre et les filles en France. Cette observation mériterait sans doute d'être analysée selon le mode de cohabitation, lorsque l'on peut dissocier le « logeur » du « logé » afin de savoir si c'est le parent âgé qui habite chez ses enfants ou bien l'inverse, l'enfant qui n'a jamais quitté le domicile de ses parents aujourd'hui âgés (Attias-Donfut, Renaut, 1994). Alors que la « corésidence de toujours » concerne plus souvent un fils célibataire qui n'a jamais quitté ses parents, en général pour des raisons professionnelles, la « recohabitation » du parent âgé qui vient habiter chez un enfant, suite à problèmes de solitude et de santé, a lieu plutôt avec une fille, qui a plus de chances d'être mariée. On retrouve cet effet dans des travaux menés en Angleterre qui montrent que, sur une population âgée de 65 ans et plus en 1980, 7,7 % habitaient avec un fils célibataire et 4,5 % avec une fille célibataire (Dale *et al.*, 1987). Les auteurs soulignent que lorsque c'est la personne âgée qui habite chez un enfant – une situation par ailleurs beaucoup plus rare que lorsque la personne âgée est la personne de référence dans le ménage – la probabilité de vivre avec une fille est plus élevée que celle de vivre avec un fils.

En ce qui concerne les données anglaises et françaises collectées en zones urbaines, elles confirment que, parmi les enfants cohabitants, les filles sont plus souvent mariées et les fils plutôt célibataires, sans activité professionnelle, notamment au chômage. Elles confirment également que l'état de santé des parents cohabitant avec une fille est plus souvent dégradé que celui des parents cohabitant avec un fils. Autrement dit, ce sont probablement davantage les circonstances de la vie, autres que l'âge et le handicap des parents, qui expliqueraient en partie les cohabitations avec les fils. En même temps, il est tout aussi sûr que c'est le besoin d'aide du parent âgé qui demeure à l'origine d'un certain nombre de cohabitations familiales, en particulier avec les filles.

■ L'offre d'aides et services

Avant de comparer l'offre de services d'origine professionnelle ou familiale dans les deux pays, il convient de rappeler les conventions retenues dans les deux enquêtes lors du recueil de

l'information. Le dispositif Oasis a été bâti pour identifier la substitution ou la complémentarité entre professionnels et bénévoles, à la fois dans une perspective de mesure de la qualité de vie et des effets du «*welfare state*» sans qu'il soit question, a priori, de prendre en compte l'état de santé de la personne interviewée. En revanche, le dispositif HID pose la question des aides et services reçus «*en raison d'un handicap ou d'un problème de santé*»¹². Cette restriction dans l'intitulé de la question induit l'idée que la proportion de personnes recevant une aide dans l'enquête française pourrait être plus faible que ce que l'on observe dans l'enquête anglaise : «*au cours des douze derniers mois, avez-vous reçu de l'aide pour les tâches domestiques, comme faire le ménage, laver le linge, etc. de votre famille, des services organisés ou d'autres personnes, comme des amis ou des voisins ?*»¹³

D'un côté ou de l'autre de la Manche, environ la moitié des personnes de 75 ans et plus résidant à domicile sont aidées dans leur vie quotidienne, par des professionnels ou leur entourage (cf. tableau 6, p. 188). Globalement, l'intervention des services professionnels n'apparaît pas significativement beaucoup plus développée dans l'une ou l'autre enquête. En revanche, parmi les personnes qui sont aidées, la part des intervenants professionnels est plutôt supérieure en France puisqu'elle concerne deux tiers des situations pour la moitié en Angleterre. Les données montrent, en effet, une implication des volontaires bénévoles tout à fait discriminante particulièrement pour la population qui ne reçoit que cette forme d'aide : 25 % en Angleterre contre 16 % en France. En fait, ce sont surtout les aidants extérieurs à la famille qui font la différence dans l'aide bénévole entre les deux pays. On retrouve ici une dimension culturelle qui caractérise bien l'Angleterre puisque les organisations caritatives et les associations de volontaires y sont traditionnellement beaucoup plus développées qu'en France. Certes, on ne peut éviter tout risque de glissement entre l'aidant qui, selon la personne âgée, intervient au titre d'un service organisé (*Voluntary/charitable*) et est reconnu dans l'enquête comme un professionnel (probablement rémunéré) de l'aide à domicile et un autre aidant, reconnu dans l'enquête comme volontaire (*Volunteer*), c'est-à-dire profane, bénévole et sans rémunération.

¹² En termes de prestations servies, l'enquête française HID réalisée en 1999 se situe hors du champ de l'application de l'Apa qui a pris effet en janvier 2002.

¹³ *Help & Services*: «*Considering the last 12 months, have you received any help with household chores like cleaning, washing, clothes etc. from family, organised services or from others such as friends or neighbours?*»



Parmi les aidants non professionnels, il faut également souligner la place particulière des enfants dont la mobilisation semble globalement plus fréquente en Angleterre qu'en France. En fait, dans la situation où il n'y a pas de conjoint, un parent âgé peut compter sur l'aide d'un enfant dans des proportions du même ordre dans les deux pays (autour de 40 %). En revanche, dans la situation où le parent âgé peut éventuellement compter sur son conjoint, en France, l'aide des enfants est significativement beaucoup moins répandue qu'en Angleterre (à peine 10 % contre un quart). Tout se passe comme si la situation conjugale du parent âgé en Angleterre avait moins d'incidence que ce que l'on observe en France. À ce niveau de l'analyse, il faut probablement contrôler ce résultat en fonction du besoin d'aide dans la mesure où le mode de questionnement sur les aides et services est sensiblement différent dans les deux enquêtes.

Tableau 6
Aide bénévole et professionnelle en Angleterre (Oasis) et en France (HID)

	Angleterre (n = 408)	France (n = 1645)
Quelle forme d'aide ?		
Aide bénévole seule	25,5 %	16,3 %
Aide professionnelle seule	6,9 %	14,4 %
Cumul aide bénévole et professionnelle	20,1 %	18,1 %
Aucun aidant identifié	47,5 %	51,2 %
Quel type d'aide ?		
Tâches ménagères	41,4 %	42,3 %
Transport et/ou courses	45,3 %	35,7 %
Soins	14,5 %	15,0 %
Quels intervenants bénévoles ?		
Ensemble des aidants bénévoles	45,6 %	34,4 %
Aidant familial	39,2 %	31,7 %
Aide d'un enfant	31,1 %	20,4 %
Amis, voisins, volontaires, etc.	13,2 %	5,0 %
Parmi les aidants bénévoles*	(n = 186)	(n = 661)
Conjoint	10,2 %	28,5 %
Enfants (y compris belle-fille et gendre)	62,9 %	52,9 %
Autre famille, amis, voisins, volontaires, etc.	26,9 %	18,6 %

*Par convention, le premier aidant ou aidant principal est d'abord le conjoint, ensuite l'enfant et enfin, tous les autres aidants bénévoles, qu'ils fassent ou non partie de la famille.
Sources : Oasis 2001 – HID 1999. Besoin d'aide des 75 ans et plus en zones urbaines.

Qu'il s'agisse du besoin d'aide ou de la prise en charge, d'une façon générale, l'aide à domicile dans le grand âge est d'abord une affaire de femmes. Dans les deux échantillons, 75 % des personnes de 75 ans et plus qui reçoivent une aide dans leur vie quotidienne sont des femmes (cf. tableau 8, p. 190). Dans l'enquête française, 75 % des aidants sont également des femmes. Dans l'enquête anglaise, à l'exception du conjoint et des enfants, les données ne permettent pas de distinguer les hommes des femmes parmi tous les intervenants, bénévoles et professionnels. Néanmoins, en ce qui concerne les aidants «naturels» (un abus de langage pour parler des aidants familiaux), il y a une forte probabilité de retrouver cette norme qui place le plus souvent les femmes au cœur des solidarités familiales. La division classique des rôles dans la sphère domestique implique toujours davantage les femmes et, tout particulièrement, dans la production de soins et les activités ménagères. Dans les deux pays, deux personnes sur cinq se font aider pour les tâches ménagères et 15 % bénéficient de soins. Les hommes, qui ont une plus forte probabilité de vivre en couple au seuil de la vieillesse, ont de façon significative plus de chance d'être aidés par une femme, ne serait-ce que par leur épouse (cf. tableau 7).

Tableau 7

Les hommes et les femmes bénéficient-ils des mêmes services en Angleterre (Oasis) et en France (HID) ?

	Angleterre (n = 408)		France (n = 1645)	
	Hommes (n = 128)	Femmes (n = 280)	Hommes (n = 602)	Femmes (n = 1043)
Quelle forme d'aide ?				
Aide bénévole seule	20,3 %	27,9 %	13,4 %	17,8 %
Aide professionnelle seule	5,5 %	7,5 %	10,3 %	16,6 %
Cumul aide bénévole et professionnelle	13,3 %	23,2 %	10,8 %	22,2 %
Aucun aidant identifié	60,9 %	41,4 %	65,5 %	43,4 %
Quel type d'aide ?				
Tâches ménagères	33,6 %	45,0 %	30,9 %	48,6 %
Transport et/ou courses	28,9 %	52,9 %	22,4 %	43,0 %
Soins	10,9 %	17,5 %	14,1 %	15,4 %
Intervenants bénévoles ?				
Ensemble des aidants bénévoles	33,6 %	51,1 %	24,2 %	40,0 %
Aidant familial	29,7 %	43,6 %	23,1 %	36,5 %
Aide d'un enfant	20,3 %	36,1 %	8,4 %	27,0 %
Amis, voisins, volontaires, etc.	7,8 %	15,7 %	2,3 %	6,5 %
Parmi les aidants bénévoles*	(n=43)	(n=143)	(n=175)	(n=486)
Conjoint	25,6 %	5,6 %	67,1 %	15,5 %
Enfants (y compris belle-fille et gendre)	48,8 %	67,1 %	22,7 %	63,1 %
Autre famille, amis voisins, volontaires	25,6 %	27,3 %	10,2 %	21,4 %

*Par convention, le premier aidant ou aidant principal est d'abord le conjoint, ensuite l'enfant et enfin, tous les autres aidants bénévoles, qu'ils fassent ou non partie de la famille.

Sources : Oasis 2001- HID 1999. Besoin d'aide des 75 ans et plus en zones urbaines.



Ainsi, plus des deux tiers des hommes aidés par leur entourage le sont par leur épouse et/ou leur fille ou leur belle-fille tandis que 40 % des femmes dans la même situation bénéficient de l'aide de leur époux et/ou leur fils ou leur gendre.

Même dans le grand âge, la population vivant à domicile est majoritairement autonome. On a estimé environ au quart la population devant faire face à des restrictions d'activités pouvant nécessiter une aide au quotidien (cf. tableau 2, p. 180). Sur cette base, c'est-à-dire en isolant les personnes qui peuvent avoir besoin d'aide compte tenu de leur état de santé, on observe alors que dans plus de 80 % des situations, il y a intervention de services professionnels et/ou de bénévoles, au moins pour les tâches ménagères, les courses ou la fourniture de soins. La mobilisation de l'entourage dans plus de 70 % des cas, et celle de professionnels pour plus de la moitié, ne distingue pas les deux pays (cf. tableau 8).

Tableau 8
L'offre de services auprès des personnes ayant besoin d'aide en Angleterre (Oasis) et en France (HID)

	Angleterre (n = 118)	France (n = 509)
Caractéristiques des personnes		
Femmes	77 %	74 %
85 ans et plus	52 %	48 %
Sans conjoint	80 %	64 %
Vivant seul(e)	64 %	48 %
Existence d'enfants	80 %	82 %
Cohabitation ego avec enfant(s)	15 %	15 %
Quelle forme d'aide ?		
Aide bénévole seule	31,4 %	32,1 %
Aide professionnelle seule	11,9 %	12,9 %
Cumul aide bénévole et professionnelle	39,8 %	44,1 %
Aucun aidant identifié	16,9 %	10,9 %
Quel type d'aide ?		
Tâches ménagères	75,4 %	80,0 %
Transport et/ou courses	72,0 %	82,7 %
Soins	37,3 %	49,8 %
Quels intervenants bénévoles ?		
Ensemble des aidants bénévoles	71,2 %	76,2 %
Aidant familial	61,0 %	70,3 %
Aide d'un enfant	48,3 %	43,1 %
Amis, voisins, volontaires, etc.	25,4 %	10,8 %
Parmi les aidants bénévoles*	(n=84)	(n=402)
Conjoint	9,5 %	31,2 %
Enfants (y compris belle-fille et gendre)	64,3 %	49,1 %
Autre famille, amis, voisins, volontaires, etc.	26,2 %	19,7 %

*Par convention, le premier aidant ou aidant principal est d'abord le conjoint, ensuite l'enfant et enfin, tous les autres aidants bénévoles, qu'ils fassent ou non partie de la famille.

Sources : Oasis 2001 – HID 1999. Besoin d'aide des 75 ans et plus en zones urbaines.

Il est frappant d'observer que la distribution et l'articulation entre aide bénévole et professionnelle ne distingue absolument pas les deux pays. Ainsi, parmi les personnes âgées qui reçoivent une aide justifiée par leur état de santé, dans les deux pays, plus du tiers font face à leurs besoins en mobilisant uniquement leur entourage (38 % en Angleterre, 36 % en France) et la moitié, respectivement 48 % et 50 %, cumulent les deux modes d'intervention. Autrement dit, avec une minorité de personnes, (14 % dans les deux pays), qui font appel uniquement à des professionnels, dans presque tous les cas, c'est bien le support informel qui reste le pivot du maintien à domicile avec, ou non, l'aide de professionnels.

Le mode de vie, la situation conjugale et la dimension générationnelle discriminent le mode d'organisation des aides. Les services professionnels se concentrent a priori sur les personnes isolées, sans conjoint, ou sans enfant, ou vivant seules dans leur logement, ce que confirment les observations dans les deux pays. Il est probablement difficile de comparer exactement les niveaux d'interventions dans les deux pays dans la mesure où l'estimation du besoin d'aide, lié aux restrictions d'activité, n'utilise pas les mêmes critères dans les deux enquêtes. Néanmoins, il faut souligner le niveau élevé de la mobilisation de l'entourage, familial ou non, quelle que soit la situation de la personne âgée. Dans les deux pays, et dans presque tous les cas de figure examinés, le taux d'aide bénévole est systématiquement supérieur à celui des professionnels, à l'exception des personnes sans enfant (cf. tableau 9, p. 192). En Angleterre, les taux d'aide bénévole et professionnelle sont à peu près équivalents pour les personnes sans enfant alors qu'en France, l'intervention des professionnels est, dans ce cas, sensiblement supérieure au taux d'intervention bénévole. Autrement dit, on retrouve ici l'effet de la composition de l'aide bénévole qui différencie les deux pays. En France, l'aide bénévole est d'abord une aide familiale, celle du conjoint lorsqu'il existe, et principalement celle d'un enfant. On a le sentiment que les enfants interviennent plutôt lorsque le conjoint est défaillant. Même si d'autres membres de l'entourage peuvent être amenés à intervenir bénévolement, cette participation demeure relativement minoritaire. En Angleterre, la situation conjugale semble moins importante et du coup, l'aidant principal se retrouve plutôt du côté des enfants ou des volontaires bénévoles.



Tableau 9

L'offre de services bénévoles et professionnels pour les personnes qui ont besoin d'aide en Angleterre (Oasis) et en France (HID)

	Angleterre (n = 118)		France (n = 509)	
	Bénévoles	Professionnels	Bénévoles	Professionnels
Hommes	66,7 %	37,0 %	67,0 %	49,4 %
Femmes	72,5 %	56,0 %	79,4 %	59,6 %
Pas de conjoint	74,5 %	56,4 %	76,7 %	64,0 %
Conjoint	58,3 %	33,3 %	75,2 %	44,3 %
Pas d'enfant	58,3 %	62,5 %	53,2 %	76,6 %
Enfants	74,5 %	48,9 %	81,2 %	52,6 %
Personne vivant seule	72,4 %	57,9 %	70,5 %	72,6 %
En couple seul	60,6 %	35,0 %	73,5 %	43,2 %
Autre cohabitation	77,3 %	45,4 %	95,0 %	41,9 %

Lire : 66,7 % des hommes (qui ont besoin d'aide) bénéficient d'une aide bénévole et 37 % d'une aide professionnelle ; 74,5 % des personnes sans conjoint bénéficient d'une aide bénévole, etc.
Sources : Oasis 2001- HID 1999. Besoin d'aide des 75 ans et plus en zones urbaines.

■ Conclusion

Les deux pays qui ont construit leur système de protection sociale sur des conceptions différentes ont atteint des niveaux de développement de leur État-providence assez comparables, relativement aux autres pays du nord ou du sud de l'Europe. Avec une structure de population très proche, l'Angleterre et la France se trouvent confrontées aux mêmes enjeux démographiques et économiques face à un accroissement des besoins médicaux et sociaux d'une population dont l'espérance de vie aux âges élevés a beaucoup augmenté. En revanche, les réponses dans ce domaine, c'est-à-dire pour faire face aux besoins d'aide engendrés par la perte d'autonomie de personnes très âgées, prennent des orientations différentes.

D'un côté, l'Angleterre compte sur les régions pour prendre en charge, organiser et proposer des services, avec un encadrement qui est surtout budgétaire sans souci réel d'équité à travers le pays. C'est-à-dire que chaque région, en fonction de son enveloppe budgétaire, décide de la politique à suivre, des moyens à mettre en œuvre pour déterminer quels seront les bénéficiaires d'une aide et selon quels critères. De ce point de vue, on pourrait craindre que les politiques de «*welfare mix*» développées en

direction des personnes âgées sur la base des contributions essentielles du «*voluntary sector*» et du bénévolat, ne contribuent à l'abandon du principe de l'universalité du dispositif de protection sociale.

À l'opposé du système anglais qui est marqué par la volonté de laisser chaque comté (*county*) décider de sa politique «personnes âgées», en France la nouvelle Allocation personnalisée d'autonomie est une prestation décentralisée en termes de gestion et de mise en œuvre, mais à vocation plus universaliste et conditionnée par l'utilisation d'un outil national. En effet, une grille d'évaluation nationale vise à estimer le besoin d'aide pour tout le monde, partout en France. Non soumise aux obligations légales habituelles (obligation alimentaire et recours sur succession), les barèmes de ressources applicables relèvent également d'une décision nationale et s'imposent donc de la même façon à tous sur l'ensemble du territoire métropolitain.

Le développement parallèle de l'État-providence, que les deux pays ont connu au cours du XX^e siècle, a pu conduire au rapprochement de l'Angleterre et de la France sur le plan sociodémographique. Hors du champ politique, il faut souligner les points de convergences sur la proximité résidentielle et la fréquence des relations entre les parents âgés et leurs enfants. Même si l'articulation entre les professionnels, la famille et le bénévolat est un peu différente, la mobilisation de l'aide de la famille auprès des personnes âgées est globalement équivalente dans les deux pays. Ces résultats, un peu inattendus, mériteraient d'être approfondis notamment en regard des divergences observées, comme par exemple, la moindre proportion de personnes âgées vivant en couple au seuil de la vieillesse ou au contraire le taux plus élevé de cohabitation familiale en Angleterre par rapport à la France.

Globalement, ces premiers résultats tendent à montrer que les liens familiaux et les solidarités intergénérationnelles ne sont pas nécessairement contraints par des obligations légales ou des politiques sociales spécifiques. Autrement dit, les obligations familiales semblent plutôt s'inscrire dans une norme sociale, sorte d'obligation collective à l'égard de la parenté. Cette observation rejoint l'analyse de Twigg et Grand (1998) qui, en comparant les obligations juridiques en France et l'absence de dispositif légal en Angleterre, estiment que la solidarité familiale envers les personnes âgées est indépendante des mécanismes existant, ou non.



En revanche, ce constat ne permet en aucun cas d'en déduire une relation qui serait nécessairement linéaire et positive entre densité des contacts et harmonie des liens. Malheureusement, à la différence des données Oasis pour l'Angleterre, les données de l'enquête française ne permettent aucune approche ou mesure de la qualité de vie. Et pourtant, il est probable que les politiques sociales dans le secteur des personnes âgées qui organisent les aides à la dépendance constituent un enjeu essentiel pour la qualité de vie des personnes âgées elles-mêmes, mais également pour leur entourage, la famille, les bénévoles, tout comme pour les professionnels.

■ Bibliographie

ATTIAS-DONFUT C. (dir.), 1995, *Les solidarités entre générations. Vieillesse, familles, État*, Nathan, coll. «Essais et Recherches», Paris, 352 p.

ATTIAS-DONFUT C., RENAUT S., novembre 1994, «Vieillir avec ses enfants. Corésidence de toujours et recohabitation», *Communications*, Le Seuil, n° 59, pp. 29-54.

CHOQUET L.-H., SAYN I., 2000, *Obligation alimentaire et solidarités familiales. Entre droit civil, protection sociale et réalités familiales*, LGDJ, Paris, 333 p.

COLIN C., COUTTON V., 2000, «Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance», *Études et résultats*, n° 94, Drees, 8 p.

COLIN C., KERJOSSE R. (coord.), 2001, «Handicaps-Incapacités-Dépendance. Premiers travaux d'exploitation de l'enquête HID», Colloque scientifique, Montpellier, 30 novembre et 1^{er} décembre 2000, *Document de travail*, Série études, n° 16, Drees, 323 p.

DALE A., EVANDROU M., ARBER S., 1987, «The House Hold Structure of the Elderly Population in Britain», *Ageing and Society*, 7, pp. 37-56.

DREES, 1999, *La protection sociale dans les pays de l'Union européenne, chiffres repères 1998*, La Documentation française, coll. «Études statistiques», 156 p.

GLASER K., TOMASSINI C., 2000, «Proximity of Older Women to Their Children : a Comparison of Britain and Italy», *The Gerontologist*, vol. 40 (6), pp. 729-737.

GRUNDY, 1996, «The Population Aged 60 and Over», *Population Review*, 5, p. 16.

JOËL M.-E., MARTIN C., 1998, *Aider les personnes âgées dépendantes*, Arbitrages économiques et familiaux, Rennes, ENSP, 132 p.

MIRE, 1998, Rencontre et Recherches, *Glossaire bilingue de la protection sociale*, vol. 1, 224 p. Social protection: a bilingual glossary, vol. 2, 271 p.

OGG J., 2000, «Les problèmes liés à la politique de "Community Care"», *Retraite et Société*, n° 31, pp. 25-37.

PHILLIPSON C., BERNARD M., PHILLIPS J., OGG J., 2000, *The Family and Community Life of Older People, Social networks and social support in three urban areas*, Routledge, 290 p.

RENAUT S., 2001, «Vivre ou non à domicile après 75 ans : l'influence de la dimension générationnelle», *Gérontologie et Société*, n° 98, pp. 65-83.

TOWNSEND P., 1957, *The Family Life of Old People*, London, Routledge and Kegan Paul.

TWIGG J., GRAND A. 1998, «Contrasting Legal Conceptions of Family Obligation and Financial Reciprocity in the Support of Older People», France and England, *Ageing and Society*, 18, pp. 131-146.

VALLIN J., CASELLI G., 1999, «Quand l'Angleterre rattrapait la France», *Populations et sociétés*, Ined, n° 346, 4 p.

WHITESIDE N., SALAIS R., 1998, «Comparing Welfare States: Social Protection and Industrial Politics in France and Britain 1930-1960», *Journal of European Social Policy*, vol. 8, 2.

WILLMOTT P., YOUNG M., 1960, *Family and Class in a London Suburb*, London, Routledge and Kegan Paul.