

Cahier Européen numéro 15/05

du pôle Ville/métropolis/cosmopolis

Centre d'Etudes Européennes de Sciences po (Paris)

Systèmes de protection sociale et stratégies d'action face aux risques sociaux. La prise en charge des personnes âgées dépendantes dans une perspective comparative

Barbara Da Roit

Working paper - Séminaire du Pôle Ville, CEVIPOF, 20 janvier 2005

1. La dépendance des personnes âgées et les études des systèmes de protection sociale

Les risques sociaux et les besoins liés aux soins n'ont pas été l'objet principal des recherches comparatives, qui portent plutôt soit sur l'émergence et la consolidation du *welfare* soit sur leur crise. Les questions cruciales des études classiques étaient l'expansion de larges programmes tels que les systèmes de retraites, les protections contre la maladie et le chômage et les forces sous-jacentes à cette expansion (Rimlinger 1971 ; Hecló 1974 ; Flora et Heidenheimer , sous la dir. 1981 ; Korpi 1980, 1983). Plus récemment l'attention s'est posée sur les raisons, les conditions et les conséquences de la crise du *welfare state* (OECD 1981 ; Rosanvallon 1981), les modes de repli (Pierson 1994, 1996, sous la dir. 2001) et les transformations et adaptations aux défis émergents (Ferrera 1998; Visser et Hemerijk 1997 ; Esping_Andersen, sous la dir., 1996 ; Ferrera et Rhodes, sous la dir., 2000). Enfin, un domaine spécifique de recherche concerne les influences du processus d'européanisation et de la compétition mondiale sur les changements des systèmes de protection sociale (Palier 2000). Par conséquent, les schémas consolidés de protection et leur transformation effective ou potentielle se trouvent au centre de l'analyse.

La marginalité du *care* – et de la dépendance des personnes âgées en particulier - comme objet analytique, critiquée par de nombreux auteurs la plupart ayant une approche féministe (Lewis 1992, 1997a ; O'Connor 1996 ; Orloff 1996 ; Sainsbury, sous la dir. 1994) peut s'interpréter comme conséquence des logiques étroitement liées de développement de l'état providence, d'un côté,, et de son analyse, de l'autre. Ces logiques sont reliées premièrement à l'émergence des états comme états providence (« welfare states ») et deuxièmement aux liens entre la croissance du welfare state et le développement des capitalismes contemporains.

Une littérature relativement récente a souligné les liens étroits entre la consolidation des Etats comme sujets politiques et le développement des politiques sociales, entre l'administration de la violence – et en particulier la croissance des armées – et la naissance des premières mesures de politique sociale (Giddens 1985 ; Mann 1993). D'ailleurs, dans une perspective néo-institutionnaliste, l'Etat et ses composantes ont été mis au centre de l'analyse en tant qu'acteurs déterminants pour la production des politiques sociales (Skocpol 1992). Le développement de l'Etat providence peut donc être envisagé comme résultat de la croissance de l'Etat d'un côté et de la citoyenneté de l'autre, tandis que les différentes trajectoires des Etats Providence reflètent des conceptions différentes des liens entre l'Etat et les citoyens, ainsi que le suggère T.H.Marshall (1950).

En outre, l'histoire de l'état providence¹ est d'abord l'histoire de la protection du citoyen-travailleur contre les risques du marché et du développement des capitalismes modernes. De façon cohérente, les

¹ même si la politique sociale trouve son origine dans la tradition des réformes sociales (dans un cadre d'autoritarisme) de la seconde moitié du 19^{ème} siècle et a connu d'importants développements entre les deux guerres, l'émergence et

études sur les systèmes de protection sociale se sont concentrées sur la dépendance des citoyens-travailleurs du marché suite à l'industrialisation et à l'extension de l'économie de marché et sur les façons dont les politiques sociales ont cherché à équilibrer cette dépendance (Esping-Andersen 1990). Les théories du *welfare* ont donc été des théories du *welfare state* dans le cadre de la croissance et de la consolidation du capitalisme. Dans les premières hypothèses formulées, le processus d'industrialisation et le capitalisme étaient des conditions nécessaires et suffisantes pour la naissance et l'expansion des politiques sociales. Selon cette approche, l'intervention de l'Etat était rendue nécessaire par la destruction des institutions sociales traditionnelles telles que la famille, la communauté locale, les institutions caritatives et l'église, elle était en même temps possible grâce aux augmentations de productivité et à la mise en place d'un système fiscal et bureaucratique. Par conséquent, les systèmes sociaux devraient suivre une trajectoire convergente due aux tendances généralisées de l'industrialisation (Wilenski 1975 ; Wilenski et Lebeaux 1958 ; Mishra 1973). D'ailleurs, les marxistes néo-structuralistes ont insisté sur une hypothèse également fonctionnaliste : le *welfare state* serait un produit nécessaire du mode de production capitaliste et de ses contradictions (O'Connor 1973). Une critique radicale de ces approches a été proposée par plusieurs auteurs soulignant l'importance des acteurs sociaux dans la construction des Etats providence. Les théories de la mobilisation des classes et de la coalition des classes ont fourni des interprétations des différentes trajectoires des systèmes de protection sociale (Korpi 1983 ; Stephens 1979 ; Esping-Andersen 1990) qui ont à la fois bénéficié des recherches comparatives et permis de les développer. Dans cette perspective la variabilité des systèmes de protection sociale s'explique par les poids relatifs de partis politiques ayant des orientations idéologiques différentes et par leurs coalitions.

L'analyse des systèmes de protection sociale s'est surtout concentrée sur les raisons et les moyens de protection des citoyens-travailleurs contre les risques du marché dans le cadre du développement de l'Etat et de la citoyenneté d'un côté et du capitalisme de l'autre. A la différence d'autres programmes qui se trouvent au cœur de cette construction, la prise en charge de la dépendance des personnes âgées, n'a pas fait l'objet, surtout en Europe continentale, de grands schémas de protection, tout en demeurant du domaine de l'aide sociale, surtout au niveau local. Autrement dit, la prise en charge des personnes âgées dépendantes n'est pas rentrée dans la sphère étatique du *welfare*, où se trouvent aujourd'hui les principaux enjeux de réforme. Les seules exceptions sont représentées par les pays du nord et, dans une certaine mesure le Royaume Uni, où, les services sociaux faisant partie du modèle de *welfare state* ont attiré l'attention à la fois des acteurs politiques et des analystes. Les pays du nord se caractérisent, en effet, traditionnellement par l'importance du secteur public dans le financement et l'offre de services de qualité à une fraction importante de la population qui inclut les classes moyennes (Abrahamson 1997 ; Anttonen et Sipilä 1996 ; Sipilä, sous la dir., 1997), ainsi que le cas britannique est marqué par une forte tradition d'offre de service aux personnes âgées dépendantes.² Au contraire, dans les pays de l'Europe continentale, le débat (jusqu'à récemment très limité) concernant les soins de longue durée s'est trouvé lié surtout au développement de nouveaux schémas de protection pendant les années 1990 et a souvent eu un caractère technique. C'est seulement très récemment que la question de la définition institutionnelle d'un nouveau risque a été encadrée dans les changements plus généraux des systèmes de protection sociale (Martin, sous la dir. 2002 ; Morel 2004) et cela est resté relativement rare. Enfin dans les pays de l'Europe du sud, où les années 1990 n'ont pas vu de transformations significatives dans les politiques à l'égard de la dépendance, le débat a été encore plus faible et limité au domaine des services sociaux ou de l'aide sociale.

2. Les enjeux sociaux et politiques de la dépendance des personnes âgées

L'intérêt analytique de ce risque, que nous qualifions de risque dépendance, résulte de plusieurs facteurs. Il s'agit d'abord d'un risque massif à cause de la hausse du nombre de personnes âgées et de la relation entre âge et limitations dans les activités de la vie quotidienne. L'augmentation des coûts des mesures publiques de soutien et/ou l'aggravation des charges familiales de soins ont lieu dans une période où les systèmes de protection sociale et les systèmes familiaux montrent des signes de fragilisation en tant qu'agences de *welfare*. Le vieillissement de la population représente donc un défi pour tout système de protection sociale car il remet en cause les façons de concevoir et de gérer la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans chaque système. En outre, la gestion du risque dépendance a des effets importants sur l'organisation sociale, qui concernent la production et la distribution de ressources monétaires et de soins et qui se rattachent à plusieurs types d'inégalités : entre les classes ou les couches sociales, entre les genres, entre les générations. D'ailleurs, la dépendance peut s'analyser à partir de

l'extension du *welfare state*, tel qu'on le connaît aujourd'hui, a eu lieu après la seconde guerre mondiale. La diffusion de l'idéologie et de la pratique keynésienne dans les pays de l'Europe occidentale et le plus large rôle de l'état dans la régulation économique ont été accompagnés de larges programmes de protection sociale.

² Evidemment, les transformations introduites par les politiques du « *community care* » au Royaume Uni (Ungerson, sous la dir. 1987 ; Lewis 2002b) et dans les pays nordiques (vois dessous) dans les années 1980 et 1990 ont fait l'objet de réflexion car ils mettaient en cause une partie fondamentale du système de protection sociale.

l'exposition au risque soit des personnes âgées soit de ceux qui, dans chaque société, sont censés fournir des soins et des aides de différentes natures. La façon dont chaque société fait face au risque dépendance et organise ses réponses a donc des implications sociales plus générales sur les organisations (publiques et privées) qui fournissent un soutien aux personnes dépendantes, sur les développements du marché (du travail) des services, sur la protection sociale des individus et des groupes sociaux qui produisent des services de soin -pour le marché, pour le secteur public ou en tant que fournisseurs de soutien informel.

Au début des années 1990, les réponses aux besoins de soins des personnes âgées dépendantes se fondaient sur une variété de combinaisons entre soins pourvus par des agences du secteur public (ou financées directement par le secteur public) et le soutien de la famille, de la parentèle ou d'autres membres du réseau informel des personnes âgées, tandis que le recours aux services commerciaux restait très limité. Dans les pays de l'Europe du sud, les aides reçues par les personnes âgées dépendantes relevaient surtout du soutien informel. Dans les pays scandinaves, à l'autre extrême, ils étaient plus nombreux les services de prise en charge formelle, soit dans les résidences pour les personnes âgées, soit à domicile, même si une partie considérable des soins a toujours été rendue sur un plan informel par les familles. Entre ces deux extrêmes se trouvaient les pays de l'Europe continentale (qui montraient des ressemblances avec ceux du Sud) et le Royaume Uni (plus proche en termes de développement des services formels des pays Nordiques) (Anttonen and Sipilä 1996). Les années 1990 ont représenté un tournant crucial pour la redéfinition des stratégies de prise en charge des personnes âgées.

La décennie passée a vu un ensemble de tendances communes dans les politiques publiques des pays européens dans la gestion du risque dépendance: le déplacement des coûts des politiques de santé vers les politiques sociales ; la restriction ou réduction (selon les contextes) des soins formels dans les résidences pour les personnes âgées ; le ciblage des destinataires des mesures d'aide sociale; l'introduction de systèmes de marché ou quasi-marché dans l'organisation des services sociaux; la diffusion de nombreuses prestations monétaires au lieu de services en nature (Pacolet et al 2000; Weekers e Pijl 1998). Le processus de décentralisation (ou de renforcement d'un système décentralisé) des politiques pour les personnes âgées dépendantes a également constitué une tendance générale: la relation entre gouvernement central et local constitue donc un point problématique important dans tous les systèmes. Dans les pays scandinaves le concept même de *welfare state* a été mis en cause par celui de *welfare municipality*: du fait d'un certain pouvoir discrétionnaire dans la répartition des services au niveau local récemment introduit, on a observé des différences considérables dans la qualité et quantité de services offerts en fonction du lieu de résidence (Hanssen 1997; Kroger 1997; Trydegard et Thorslund 2001). Les rapports entre les caractéristiques générales du *welfare state* national et les variations locales des systèmes de soins sont par conséquent un objet pertinent d'analyse.

Néanmoins, ces tendances communes ont eu lieu dans des contextes tout à fait différents (Rostgaard et Fridberg, 1998): selon le point de départ, dans un certain nombre de pays l'offre de services de soutien en faveur des personnes âgées dépendantes a été limitée ou même réduite, tandis que pour d'autres pays les changements évoqués ont signifié un développement des services et des prestations (en particulier grâce à la croissance des services à domicile et des allocations monétaires). Dans les pays du nord on observe des signes de réduction du degré d'universalisme et d'inclusion: de nombreuses formes de privatisation des services ont été introduites ; l'augmentation limitée et dans certains cas la baisse de l'offre de services de prise en charge à domicile ont impliqué une diminution du taux de couverture de la population intéressée (du fait de la croissance absolue du nombre des personnes âgées). C'est ainsi que l'on a remarqué la concentration des ressources publiques sur un nombre plus limité de bénéficiaires et avec des besoins de soin plus lourds, le recours plus important (par rapport au passé) soit aux soins informels, soit à des solutions de marché, la croissance des frais payés par les destinataires des services sociaux (ce qui a signifié non seulement l'augmentation des dépenses privées, mais aussi des mécanismes implicites de ciblage et rationnement) (Sunesson et al. 1998; Szebehely 2002; Simonen et Kovalainen, 1998). Au Royaume Uni les évolutions vers le « *community care* » avaient déjà commencé dès les années 1980. La rhétorique de la responsabilité individuelle et de la famille et celle de la solidarité familiale et communautaire ont accompagné le développement de mesures de politique publique (par exemple l'introduction de système d'évaluation des revenus des bénéficiaires pour l'accès aux services) qui ont donné un caractère plus libéral au système de prise en charge des personnes âgées (Lewis 2002b). De nombreux pays d'Europe continentale, traditionnellement peu engagés dans l'offre de services de soutien public, ont porté une plus grande attention aux besoins de soins des personnes âgées dépendantes (voir pour l'Allemagne : Evers 1998; pour la France: Martin (sous la dir.), 2002; et, pour une perspective comparée sur l'Europe: Pacolet et al 2000). Les pays de la Méditerranéenne plus que d'autres représentent des cas de stabilité des politiques publiques surtout au niveau national. Bien qu'un débat ait émergé (assez tard) dans des pays comme l'Italie, les politiques sociales pour les personnes âgées dépendantes n'ont montré aucun signe de changement important.

D'un certain point de vue, les défis posés par la hausse des besoins de soins et les transformations qui correspondent à ces défis offrent un point d'observation paradigmatique des changements des systèmes de protection sociale. L'observation des différentes formes et organisations de prise en charge de la

dépendance donne des informations importantes sur le fonctionnement et les transformations des systèmes de *welfare*, à partir de l'analyse de la production et de l'allocation des ressources (de soins) qui ont été longtemps négligées par les théories du *welfare*. La prise en charge des personnes âgées dépendantes a clairement un impact sur le bien être des personnes âgées mêmes, mais aussi sur les sujets qui produisent les soins, soit sur la base de rapport informel de réciprocité, soit en tant que professionnels. L'analyse de ce domaine de la protection sociale permet donc d'évaluer les enjeux, les conflits et la distribution des ressources à partir de ces deux points de vue distincts. En observant ceux qui (potentiellement ou réellement) reçoivent des soins, il s'agit de repérer les facteurs qui conditionnent la disponibilité et l'accessibilité aux différents types de soutien. En observant des « producteurs » de soins, l'analyse porte sur les conséquences sociales de différentes modalités de production. La mesure dans laquelle la prise en charge des personnes âgées dépendantes reste dans la sphère du soutien informel non payé ou est externalisé a des conséquences importantes sur les rapports entre les genres, entre les générations et entre les classes ou les couches sociales. Les différentes formes de cette externalisation sont également importantes pour la définition des risques sociaux auxquels les « producteurs » de soins sont exposés (Daly, sous la dir, 2001).

3. La perspective théorique et analytique

L'analyse des systèmes de protection sociale s'est traditionnellement concentrée sur l'analyse de la différenciation et des trajectoires des politiques publiques. L'introduction du concept de *welfare system*, voir *welfare regime* (Esping-Andersen 1990), est relativement récente et représente un tournant crucial dans les études de la protection sociale. Alors que les études précédentes (et la majorité des suivantes) étaient premièrement concernées par la protection sociale comme un ensemble de politiques publiques, l'approche des systèmes de *welfare* focalise l'attention sur l'importance des différentes formes et agences de soutien aux individus en cas de besoin. Ce tournant a été favorisé par l'intérêt croissant des sciences sociales aux effets des différents modèles d'intervention publique sur les individus et les familles plutôt que sur l'origine des politiques sociales. Le poids des institutions de l'état providence a été analysé par rapport à la formation de « régimes d'emploi » (Esping-Andersen 1990 : 13), à l'émergence d'orientations individuelles différentes vers le travail (Hult and Svallfors 2002), à l'occurrence et à la distribution du chômage (Gallie et Paugam, sous la dir., 2000) et de la pauvreté (Goodin et al 1999), à la division du travail informel entre les genres et à l'usage du temps (Bonke et Koch-Weser 2001). Si l'on considère la protection sociale comme variable indépendante (au lieu de dépendante), comme l'a formulé Esping-Andersen (1990), il est nécessaire de considérer plus attentivement le contexte social et économique dans lequel les politiques sociales sont décidée et mises en œuvre. Une des premières contributions dans ce sens (Rein et Rainwater 1986) a introduit dans les études des systèmes de protection sociale l'idée que les résultats des politiques sociales ne pouvaient être compris qu'en considérant à la fois les soutiens publics et privés. Par conséquent, les mesures publiques ne devraient pas constituer l'objet exclusif des recherches sur les systèmes de protection sociale, mais plutôt un des éléments clé. Avec un angle analytique plus large, Esping-Andersen (1990) a proposé de considérer les *welfare regimes* ou *welfare systems* non seulement comme des types différents de politiques sociales, mais comme des combinaisons spécifiques de « état », « famille », « marché » dans la protection des individus des risques sociaux. La classification proposée par l'auteur et construite à partir des deux critères fondamentaux de de-marchandisation et re-stratification se constitue de régimes qui présentent un type particulier de « intégration sociétale » (*societal integration*). Ce concept, tiré de Polanyi (1944) et qui n'a pas été opérationnalisé, est utilisé pour souligner *ex-post* comment chaque régime favorise une des trois formes institutionnelles pour l'allocation des ressources et pour faire face aux risques sociaux. Malgré l'attention portée sur la famille et le marché à côté des politiques sociales, les deux premières institutions de *welfare* sont restées marginales dans ce cadre analytique. Une tendance à focaliser l'attention sur les politiques sociales et sur le lien causal entre celles-ci et le marché, d'un côté, et la famille, de l'autre, a fortement limité la portée innovatrice de ce tournant théorique et analytique. Comme Esping-Andersen l'a admis (1999 : 89), la « *political economy* », fondamentalement intéressée à la lutte entre état et marché, a fait peu d'efforts pour intégrer la famille à l'analyse des systèmes de protection sociale. Plus souvent la famille est plus simplement considérée comme base de la division de classe ou cible des politiques sociales. Par conséquent, la famille et le marché ne sont pas envisagés comme producteurs potentiels de changement social et d'institutionnalisation du changement.

Celle des systèmes de *welfare* constitue une théorie « forte » car elle privilège une approche centrée sur l'état providence et sélectionne des schémas nationaux de protection contre les risques liés au marché du travail. Cela permet de construire une typologie cohérente et nette qui néanmoins fait émerger plusieurs difficultés. Lorsqu'on multiplie les risques, les types d'agences fournissant soutien et les niveaux de gouvernement pertinents dans le cadre des politiques sociales, il en résulte soit l'impossibilité de parvenir à une typologie, soit la fragmentation de l'analyse dans plusieurs domaines sectoriels ; en témoigne le débat sur la nécessité de rajouter de nouveaux modèles, fondé soit sur l'inclusion de différentes mesures par rapport aux mêmes risques, soit sur l'inclusion de risques différents, comme par rapport au cas classique concernant le modèle de l'Europe du Sud (Leibfried 1993 ; Ferrera 1996 ; Mingione 1997 ; Saraceno 1998a).

Ces problèmes devraient plutôt conduire à une révision des bases analytiques sous-jacentes la théorie des systèmes de *welfare*. D'un côté, une approche principalement ou exclusivement centrée sur les politiques publiques limite la capacité de comprendre les transformations en cours, alors qu'il est nécessaire de re-conceptualiser les relations entre les différentes agences de *welfare*. De l'autre côté, l'extension de l'analyse au domaine des risques non monétaires remet en cause l'applicabilité même des concepts de de-marchandisation et re-stratification. Le dernier aspect évoqué est lié à la nature des ressources considérées. Alors que généralement dans les études des systèmes de *welfare* on analyse des risques et des protections reliés aux ressources monétaires, dans le cadre de cette recherche les ressources au centre de l'analyse sont de nature différente et nécessitent une considération particulière. A la différence des ressources monétaires, le *care* a besoin d'être produit avant d'être distribué. Puisque la production et l'allocation des soins pourraient correspondre à des critères différents dans le même système (comme les transformations des politiques sociales l'ont montré au cours des années 1990), avec des conséquences différentes sur les sujets exposés au double risque de dépendance, il est nécessaire de distinguer analytiquement ces deux dimensions.

Le point de départ théorique est donc une analyse critique de l'approche des *welfare systems*. Au lieu de se concentrer sur les changements des *welfare states*, on a comme objet l'analyse des transformations des *welfare systems*, à savoir des combinaisons spécifiques de différentes agences de protection sociale et leurs interactions. Le poids des politiques sociales dans la définition des systèmes de *welfare* et de leur changement a été longuement étudié. Néanmoins, les relations entre les politiques sociales, d'un côté, et le marché et la famille, de l'autre, ont besoin d'être considérées à partir de deux angles analytiques différents, celui de la production et celui de l'allocation des soutiens. En ce qui concerne la production il est reconnu que les politiques sociales peuvent favoriser l'emploi dans le secteur public ou bien le marché, ainsi qu'encourager l'offre de soins informels. En ce qui concerne l'allocation des ressources de soins, les liens sont beaucoup plus contestés.

Beaucoup moins développée dans la littérature est la relation entre la famille comme agence de soutien et le système de protection sociale, notamment sa capacité de produire des changements à travers ainsi que d'influer sur d'autres agences de *welfare*. Par conséquent, le questionnement concerne non seulement la mesure où et les logiques selon lesquelles le rôle de la famille comme agence de *welfare* changent, mais comment cela peut produire des conséquences sur le système. Si l'on considère le domaine du *care*, et en particulier la prise en charge des personnes âgées dépendantes, la famille a traditionnellement jouée un rôle intégré de production et allocation : il faut cependant considérer la possibilité que par rapport à cette agence de *welfare* ainsi que dans le cas des politiques publiques, les deux niveaux subissent une séparation. En outre, cet angle analytique évoque le problème des mécanismes de transmission du changement du niveau de la famille aux politiques sociales et au marché. L'impact des changements des comportements et des choix des familles sur les politiques sociales renvoie aux facteurs qui déterminent les politiques publiques et aux formes de mobilisation sous-jacentes : alors que les théories du *welfare* se sont focalisées sur l'importance de la mobilisation de classe, il faut questionner dans ce cas d'autres possibles formes de représentation d'intérêts, leur limites et mécanismes de fonctionnement.

Enfin, la production des marchés doit être également affrontée. La littérature économique a souligné deux aspects pertinents dans la création de marchés des services à la personne: la relation entre revenus disponibles et usage de services non essentiels (loi d'Engel) et la « maladie des coûts » proposée par Baumol (1967), c'est à dire la hausse progressive des prix des services et des biens à haute intensité de travail par rapport aux autres. Chaque système de *welfare* a traditionnellement montré la tendance à attribuer les coûts croissant de production des services de soins à une des agences de *welfare*. Ainsi les politiques sociales durant les années 1990 ont généralement montré tendance à transférer les coûts de production soit sur le marché soit sur la famille, une tendance semblable peut s'envisager chez les familles. Néanmoins une telle possibilité et ses conséquences sociales, au niveau à la fois de l'accès aux soins et de leur production, devraient différer à es variables institutionnelles qui dépassent largement le domaine des politiques sociales et s'étendent aux modes de régulation du marché du travail et de l'immigration.

La discussion précédente privilégie implicitement une perspective systémique, focalisée sur les conséquences des systèmes de *welfare* pour les individus et les façons dont ils font face aux risques sociaux. Néanmoins il est possible et approprié de considérer que les acteurs individuels et collectifs font partie du système et contribuent à lui donner forme. Même dans les théories du *welfare* privilégiant une approche d'action (au lieu d'une approche systémique), les acteurs pris en compte sont uniquement des acteurs collectifs représentant des intérêts, tels que les parties politiques, les organisations syndicales et des employeurs, l'état ou ses composants. Puisque les enjeux considérés dans le cadre de cette recherche ne font pas partie du système traditionnelle de représentations des intérêts il faut amplifier le spectre des acteurs potentiellement influents ainsi qu'envisager les relations entre les individus, les familles, les groups sociaux et leur formes de représentations collectives. De plus, lorsqu'on considère le système de *welfare* comme l'interaction de différentes institutions, dont la famille, il est nécessaire de montrer leurs modes de fonctionnement. Dans cette perspective, la famille (ainsi que d'autres structures de réciprocité) - à incorporer comme variable indépendante dans l'étude des systèmes de *welfare* - doit être considérée à la fois comme

une institution et comme un acteur, à son tour formé par une pluralité d'acteurs individuels. Ce sont ces acteurs qui combinent différentes ressources, font des choix et définissent des stratégies éventuellement déterminantes pour le changement du système.

Dans le cadre de cette recherche, les systèmes de *welfare* et leurs transformations sont observés à partir d'une perspective « de micro à macro », considérant les choix et les stratégies des acteurs soit comme limités et conditionnés par le cadre institutionnel, les relations sociales et les normes sociales, soit comme forces motrices potentielles du changement institutionnel et normatif. S'inspirant donc aux approches qui questionnent les relations entre acteurs et système (Crozier et Friedberg 1997) et soulignent l'importance d'une analyse du poids systémique des processus micro-sociaux (Coleman 1986), ce travail, devrait contribuer à accroître la compréhension des changements (et des mécanismes de changement) des systèmes de *welfare*, concentrant l'attention sur l'interaction entre les acteurs et la structure sociale, dans la construction, la cristallisation et la transformation des systèmes de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Les outils analytiques mis au point pour appréhender ces évolutions sont les « paquets de soins », définis comme des combinaisons spécifiques de différentes ressources (informelles, formelles, de marché) utilisées pour faire face à la dépendance des personnes âgées au niveau individuel. L'analyse de la variation de ces « paquets des soins » et la façon dont ils sont construits – les processus sociaux à la base de leur construction – dans les différents systèmes de *welfare*, à l'intérieur du même système et leur variation au cours du temps constitue donc le moyen adéquat pour observer les effets de la diversité institutionnelle, des inégalités sociales et de changements des politiques publiques ou encore de choix des acteurs.

4. Comparaison et démarches analytiques

La recherche porte sur la comparaison des trajectoires de deux systèmes se situant aux deux extrêmes des typologies fondées sur le type de politiques publiques menées, l'Italie – modèle de soins informels sans transformations importantes des politiques publiques dans les années 1990 - et les Pays Bas – modèle de soins formels caractérisé par des politiques de désengagement de l'Etat.

4.1. La crise du modèle formel de prise en charge : le cas néerlandais

L'offre considérable de soutien formel et un haut niveau de socialisation du risque caractérisent la prise en charge des personnes âgées dépendantes dans ce contexte. A la fin de la deuxième guerre mondiale un déficit de logement se creusa dans le pays et encouragea la construction de nouveaux logements pour les personnes âgées, alors que les familles plus jeunes étaient relogées dans les constructions existantes. Ce processus est à l'origine des maisons de retraite³ (*verzorgingshuizen*) (van den Heuvel 1997). A partir des années 1960 les maisons de retraite médicalisées (*verpleeghuizen*) commencèrent à se développer pour accueillir des personnes avec des besoins de soins importants dans une phase qui ne nécessite pas de traitement hospitalier, mais plutôt des soins de longue durée qui n'étaient pas remboursés par les assurances maladies. A la fin des années 1960 le système de protection sociale voit l'introduction d'une nouvelle assurance pour le financement des « risques exceptionnels de santé », initialement destinée à la couverture des coûts des services résidentiels et plus tard étendue aux services à domicile.⁴ L'offre de services a longtemps consisté presque uniquement en services résidentiels, alors que la proportion de personnes âgées dans des maisons de retraite continuait à croître : 6,7% en 1965, 8,8% en 1970, 9,7% en 1975. Si l'on considère aussi les résidents des maisons de retraite médicalisées le taux d'institutionnalisation dépassait 12% en 1975 (de Boer 1999), un des plus hauts en Europe (OECD 1996a, 1996b).

Les premiers signes de changement dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes aux Pays-Bas concernent le niveau d'institutionnalisation. Deux arguments ont été au centre du débat politique et social à cet égard : d'un côté le souhait des personnes dépendantes de vivre à domicile le plus longtemps possible et de l'autre la nécessité de réduire les dépenses publiques. Le processus de dé-institutionnalisation, déclaré objectif des politiques publiques dès la seconde moitié des années 1970 et qui s'est concrétisé dans les décennies suivantes (van de Heuvel 1997) représente le premier défi auquel le système de soins néerlandais doit faire face.

³ et il se fonde sur l'action combinée du gouvernement national et des organisations de services: pour bénéficier d'un financement public les maisons offrant logement et services aux personnes âgées devaient respecter une réglementation nationale.

⁴ Chaque an le gouvernement établit les taux de cotisation pour l'assurance obligatoire (AWBZ) qui couvre toute personne résidant aux Pays-Bas, sans limite d'âge. Pour accéder aux bénéfices, les demandeurs doivent s'adresser à un organisme local (*Regionaal Indicatie Orgaan* – RIO) pour l'évaluation des besoins et la formulation d'un paquet de soins. En outre, à partir de la moitié des années 1990, les municipalités sont responsables de services supplémentaires pour les personnes handicapées également administrées par les RIOs.

Le deuxième défi, qui s'appuie sur ces deux mêmes discours, concerne la liberté de choix et la libéralisation des soins. D'un côté le discours politique s'est concentré sur la nécessité de promouvoir la responsabilité individuelle et familiale dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes et sur le marché comme mécanisme qui garantit un plus haut degré d'efficacité. De l'autre côté les organisations des personnes handicapées (à un degré moindre celles des personnes âgées) ont insisté sur la nécessité de rééquilibrer le pouvoir entre les services sociaux et les usagers, en leur donnant plus de possibilités de choix concernant leurs paquets de soins. Ces deux discours concomitants ont accompagné l'introduction de plusieurs réformes à partir des années 1990, voir une combinaison de réorganisation et de retrait des services sociaux (de Boer 1999 ; Knijn 2001). Tout d'abord on observe durant cette période une tendance à la décentralisation, même si cela a lieu dans le cadre de services non rattachés à l'AWBZ. L'introduction de tickets modérateurs pour l'usage des services résidentiels et à domicile représente le deuxième changement important mis en place – ceux-ci étaient presque absents dans ce domaine de la protection sociale jusqu'aux années 1980 (de Boer 1999). Elle a été envisagée comme un obstacle dans l'accès aux services sociaux pour les sujets ayant soit des revenus soit assez importants soit assez bas (Knijn 2001) et comme un signe de la perte d'universalisme du système (Commissie Sociaal-Economische Deskundigen 1999). Pour la première fois à partir de la moitié des années 1990 le système néerlandais de soins de longue durée a vu l'introduction d'une allocation monétaire, le Budget personnel (*Persoongebonden budget*, PGB). Celle-ci a été d'abord expérimentée sur un nombre limité de cas et ensuite étendue. Depuis 2001, chaque personne évaluée éligible pour des prestations dans le cadre de l'AWBZ, peut donc choisir entre recevoir des services en nature ou un budget personnel à utiliser pour organiser ses propres soins. Cette allocation, qui peut être utilisée soit pour acheter des services de producteurs privés ou publics, soit pour payer des *caregivers* informels, a représenté une rupture fondamentale avec le système traditionnelle de soins (Knijn 2001). Enfin, depuis 2003 le système d'évaluation et de composition des paquets des soins fait par des bureaux d'évaluations locaux a changé considérablement. Tandis que précédemment à chaque usager étaient destinés des services précis – soins à domicile, maison de retraite, maison de retraite médicalisée etc. – selon les nouveaux critères, les fonctionnaires ne décident que le type de soutien nécessaire : ce sera à l'usager de décider dans quel contexte accéder aux services ou éventuellement recevoir un budget personnel.

4.2. La crise du modèle informel de prise en charge : le cas italien

Par rapport aux Pays-Bas, le cadre institutionnel italien est beaucoup plus fragmenté, conséquence d'une évolution institutionnelle qui a vu la superposition de plusieurs mesures de politique publique dans le temps et la concurrence de plusieurs niveaux institutionnels. Depuis la nationalisation formelle (mais pas pour autant substantielle) des institutions caritatives à la fin du 19^{ème} siècle, le contrôle de ces institutions offrant surtout des soins résidentiels a été au cœur des politiques publiques d'assistance. À côté des services résidentiels destinés aux enfants abandonnés et aux personnes « non aptes au travail » (et donc aussi aux personnes âgées sans soutien familial), entre la première et la deuxième guerre mondiale et surtout pendant le régime fasciste, plusieurs « catégories » ont commencé à bénéficier du soutien public : les ex-combattants, les veuves et les orphelins de guerre, mais aussi les personnes non voyantes ou ayant d'autres limitations spécifiques. Des organismes nationaux catégoriels ont donc été créés afin d'administrer l'aide à chaque type de bénéficiaire, aide consistant surtout des allocations monétaires. Par contre, les municipalités ne jouaient qu'un rôle secondaire de soutien aux pauvres. Malgré des nouveautés introduites par la Constitution républicaine après la seconde guerre mondiale, peu de changements ont eu lieu avant la fin des années 1970 et la mise en place des régions.

C'est à partir de cette période que le thème des services sociaux fait l'objet d'un débat social et politique. Néanmoins le développement de nouvelles politiques orientées vers les services territoriaux a eu lieu à une échelle limitée et sans interférer avec la structure institutionnelle précédemment consolidée. Dans cette trajectoire il faut donc souligner le caractère catégoriel des politiques sociales, l'importance des allocations monétaires nationales par rapport aux services sociaux et la superposition de compétences et de mesures. L'articulation régionale et locale des politiques sociales est d'avantage un élément important pour comprendre la diversité dans le degré de développement des services. Dès les années 1970 et 1980 une division a émergé comme clivage fondamental du développement des services sociaux, beaucoup plus développé dans le centre-nord que dans le sud et les îles (Fargion 1997 ; LABOS 1992, 1994). Cette fragmentation concerne non seulement les régions mais aussi les autorités locales (Artoni et Ranci Ortigosa 1989 ; Da Roit 2001). Enfin, alors qu'à la fin des années 1970 le parlement a fait passer la réforme du service sanitaire national, le domaine des services sociaux a gardé une position secondaire et institutionnellement fragmentée. La législation nationale concernant les services sociaux a continué d'être organisée selon des lignes catégorielles et sur la base de mesures nationales (généralement des allocations monétaires) directement attribuées aux bénéficiaires. En même temps chaque région a adopté des orientations différentes concernant les services sociaux et surtout les services socio-sanitaires (en particulier les résidences médicalisées pour les personnes dépendantes), qui jouent un rôle beaucoup plus grand, grâce aux financements plus importants des services sanitaires.

Par rapport aux Pays-Bas au début des années 1990, la prise en charge des personnes âgées dépendantes manquait d'un système général de protection. Elle se caractérisait plutôt par un ensemble de mesures différentes, superposées et assez faibles par rapport à l'importance du risque. Même si le soutien informel est resté une source fondamentale d'aide pour les personnes âgées dépendantes, dans les pays de l'Europe du sud, dont l'Italie, il a toujours eu un poids et une signification particuliers. Comme beaucoup d'études l'ont montré (Taccani 1994 ; Facchini 1996 ; Micheli 1996 ; IRRER 2000), les besoins des personnes âgées dépendantes ont trouvé des réponses surtout grâce au travail non rémunéré des femmes, filles et belles-filles. Les obligations légales à l'égard des membres de la famille en situation de dépendance sont restées fortes (Millar et Warman 1996 ; Saraceno et Naldini 2001 ; Naldini 2002), en présence d'un système très faible de prise en charge collective. Alors que les personnes âgées – ce n'est également le cas que pour les personnes handicapées – bénéficient d'une protection nationale universelle contre la pauvreté, en cas de besoin de soins elles ne peuvent compter que sur des allocations monétaires et sur un système peu développé de services sociaux. Malgré de fortes différences territoriales, les soins formels, soit dans des résidences soit à domicile, se sont maintenus à un niveau bien inférieur par rapport à ceux des Pays de l'Europe du nord. De façon semblable à d'autres domaines de la protection sociale tels que les services pour la petite enfance et les mesures contre la pauvreté des adultes « aptes » (Leibfried 1993 ; Ferrera 1996), l'offre de services pour la prise en charge des personnes âgées dépendantes a gardé un caractère résiduel et s'administre au niveau local avec des ressources très limitées. L'offre de services résidentiels n'a jamais dépassé 2% des personnes âgées de 65 ans ou plus, avec des différences remarquables entre les régions du nord (3,4%), du centre (1,5%) et du sud (moins de 1%) (ISTAT 2002 ; Bonarini 2002). Malgré une considérable variabilité territoriale, les services à domicile sont également restés très limités dans l'ensemble du pays (Ministero per la Solidarietà Sociale 1999), que ce soit par rapport aux taux d'usage ou par rapport à l'intensité des soins offerts. Même dans les contextes territoriaux où les services à domicile sont plus développés ils ne représentent pas une solution viable alternative à l'institutionnalisation ou aux soins informels intensifs (Da Roit et Castegnaro 2004). Par contre, et cela est cohérent avec la tendance traditionnelle du *welfare state* italien, la mesure de politique sociale la plus importante dans ce domaine est une allocation monétaire nationale introduite dans les années 1980, l'*indennità di accompagnamento*, dont bénéficient toutes les personnes inaptes qui ont besoin de soins continuels, qu'elles vivent à domicile ou dans des résidences. Les critères d'accès étant uniquement liés aux conditions de santé, l'attribution de la mesure ne subit aucune limitation par rapport à l'âge ou aux revenus des demandeurs. Les bénéficiaires reçoivent directement l'allocation d'import fixe (à peine plus de 400 euros par mois en 2004). Son usage est complètement discrétionnaire et ne nécessite aucune justification. Avec 6% environ de personnes âgées qui en bénéficient (550 mille personnes de 65 ans ou plus) à la fin des années 1990 (INPS, *Osservatorio sulle pensioni*, online), cette allocation représente la plus importante forme de soutien collectif pour les personnes âgées dépendantes. Les ressources destinées à cette mesure représentent la moitié de toutes les ressources de l'Etat pour les politiques sociales et dépassent tout financement régional et local dans le pays (élaborations à partir de INPS 2003 ; Formez 2003 ; ISTAT, online⁵). Plus récemment, plusieurs régions et autorités locales ont introduit des allocations monétaires complémentaires, sur la base de critères différenciés. Etat donné le caractère *means tested* et la restriction aux personnes âgées très dépendantes vivant à domicile, malgré la différenciation territoriale, le montant et le taux d'usage de ces allocations restent inférieurs à ceux de l'*indennità di accompagnamento*.

Nonobstant le débat croissant dans la deuxième moitié des années 1990 autour du thème de la dépendance, les politiques sociales ont subi très peu de modifications. A part la tendance déjà évoquée au recours aux allocations monétaires locales et, dans certaines régions du nord des investissements croissants dans les services résidentiels, la plus importante nouveauté est représentée par une loi-cadre nationale sur les services et les prestations sociales. Le but déclaré consistait à fournir un cadre de référence plus cohérent dans le domaines des politiques sociales (ou de l'aide sociale). Néanmoins plusieurs facteurs ont limité la portée de cette initiative législative. Tout d'abord, la structure institutionnelle est au cœur de la loi, au lieu de mesures spécifiques de politique sociale. Alors que les changements du budget national ont été assez limités et que les régions et les municipalités n'ont pas augmenté considérablement leur apport (FORMEZ 2003), les politiques sociales continuent à être divisées entre mesure d'aide sociale au niveau local et allocations monétaires nationales. En particulier, dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, les innovations ont été de portée très limitée et les recommandations formulées par une commission mise en œuvre dans les années précédentes portant sur la création d'un système général de protection contre le risque dépendance (Commissione Onofri 1997), ont été largement négligées.

Par conséquent, par rapport aux Pays-Bas l'Italie représente un cas de soins fortement familiarisés et de très faibles changements des politiques publiques au cours des années 1990. Par contre, d'importants signes de transformations dans les pratiques relatives à la prise en charge des personnes âgées

⁵ Voir: *bilanci consuntivi delle amministrazioni comunali*, *bilanci preventivi delle amministrazioni regionali*

dépendantes se sont manifestés surtout à partir de la seconde moitié de cette décennie, avec l'émergence d'un marché des soins ayant des caractéristiques propres. Tandis que les services privés organisés ont connu un développement très limité (surtout par rapport à l'externalisation des services mise en place par les administrations publiques et marginalement en lien direct avec les usagers), on a observé l'émergence d'une nouvelle figure de *caregiver* rémunéré. Il s'agit des *badanti*, des femmes immigrées travaillant chez les personnes âgées dépendantes, souvent sans papier et/ou sur le marché noir. Le poids des soins de marché est clairement apparu entre 2002 et 2003 à l'occasion d'une amnistie en faveur des travailleurs étrangers sans papiers dans le secteur industriel et des services aux ménages. Le recours à ce type de procédures pour régler *a posteriori* des flux migratoires et un marché du travail caractérisé par de forts phénomènes d'irrégularité ne constitue pas une nouveauté en soi en Italie comme dans d'autres pays de l'Europe du sud (Reyneri 2001; Barbagli et al, sous la dir., 2004). En même temps, les travailleurs dans le secteur des services aux ménages ont toujours formé une partie considérable des étrangers régularisés (Ambrosini 1999; Zincone, sous la dir., 2001). Toutefois, le rôle joué par les femmes immigrées dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes a d'un côté fait l'objet d'un débat public précédant et accompagnant la régularisation et de l'autre se manifeste clairement à travers les chiffres. Environ 750 mille demandes de régularisation ont été présentées dans le cadre de cette dernière amnistie, dont la moitié concernait des travailleurs dans les services aux familles (donc opérant entre autres comme assistants aux personnes âgées dépendantes), qui se rajoutent aux 225 mille environ travailleurs déjà régulièrement employés, dont la moitié à leur tour d'origine immigrée (INPS, *Osservatorio sui lavoratori domestici*).

4.3. Comparer les trajectoires des deux systèmes

Les tendances présentes dans les politiques sociales néerlandaises à l'égard de la dépendance ont soulevé de nombreuses questions concernant la trajectoire de ce système de soins. L'ensemble des politiques adoptées pourrait avoir mis en cause la nature même du système de production et d'allocations des soins aux Pays-Bas, à travers l'augmentation des soins informels et commerciaux par rapport aux soins formels, la croissance des inégalités sociales dans l'accès aux services sociaux et la transformation radicale de la position des travailleurs dans le secteur des services à la personne. Néanmoins les résultats de ces changements ne peuvent être évalués qu'en considérant à la fois les objectifs des politiques publiques, leur mise en œuvre effective et les choix et stratégies des personnes âgées dépendantes et leur *caregivers* potentiels. Il faut donc considérer la possibilité que dans un système aussi institutionnalisé les acteurs puissent mettre en œuvre des stratégies de résistance réduisant les effets du changement des politiques publiques. D'ailleurs, en Italie l'absence d'importants changements dans les politiques publiques qui coexiste avec de nouvelles pratiques soulèvent des questions relatives aux changements dans les systèmes de welfare. Il faut d'abord comprendre dans quelle mesure le développement d'un marché des soins représente un véritable changement dans le système de prise en charge de la dépendance en Italie. Deuxièmement, il faut interpréter les processus sociaux sous-jacents à ces transformations. On pourrait faire l'hypothèse que la nature même du système de *welfare* ait poussé vers un tel changement. En effet, des phénomènes semblables ont été observés dans d'autres pays de l'Europe du sud comme l'Espagne (Ramirez 1999; Parella Rubio 2000; Salaberri et Aragon 2000) et la Grèce (Vaiou 2002). En outre le recours aux soins payants offerts par des femmes immigrées a été constaté aussi dans des pays tels que l'Allemagne et l'Autriche où les systèmes de protection contre le risque dépendance s'appuie fortement sur des allocations monétaires (Hammer et Österle 2003). Enfin, il faut se poser la question des conséquences sociales que ces transformations entraînent.

Le travail empirique se base sur la comparaison des deux cas nationaux et de deux cas locaux (Milan et Amsterdam). La comparaison se fonde sur trois démarches analytiques. Tout d'abord elle porte sur l'analyse quantitative de l'incidence et de la distribution du risque dépendance dans les deux pays au début et à la fin des années 90. L'analyse quantitative des « paquets des soins » à disposition des personnes âgées dépendantes et de leurs familles au début et à la fin des années 90 constitue notre entrée pour regarder les transformations des systèmes de protection sociale dans ce domaine spécifique. Enfin, l'analyse qualitative dans des contextes locaux de la construction des « paquets des soins » conduit à interroger au niveau micro la logique sous-jacente à la construction des paquets de soins et donc les relations entre le choix des individus et des familles, les acteurs collectifs opérant au niveau local et les institutions de *welfare*. Une attention spécifique est portée aux mécanismes expliquant comment des choix ou des comportements individuels deviennent socialement importants et donc quels sont les mécanismes de transmission de changement ou de non-changement social.

Puisque nos questions de recherche se réfèrent à la fois aux transformations des systèmes de *welfare* et aux micro-processus de changement et d'ancrage de pratiques sociales, de normes et de valeurs, l'analyse se fonde sur une combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives. Une méthode de recherche quantitative a été jugée appropriée à l'analyse soit l'incidence et de la distribution du risque dépendance et de la transformation des « paquets des soins ». La manipulation de larges bases de donnée permet d'apprécier combien sont les personnes âgées dépendantes, qui elles sont et quelles sont les réponses aux besoins de soins à dispositions dans des sociétés différentes, à l'intérieur de chacune et au

cours du temps. De l'autre côté, une fois établies ces tendances, la compréhension des raisons et des conditions du changement ou du non-changement social sollicite la récolte et l'analyse de données qualitatives. Dans notre cadre analytique, le changement social et la stabilité peuvent être observés à partir des façons dont sont construits les « paquets des soins » construits au niveau individuel et familial, dans un système institutionnel spécifique et à partir des relations avec des acteurs sociaux localisés. La combinaison de l'analyse quantitative concernant les tendances généralisées et de l'analyse micro qualitative des forces qui soutiennent le changement devrait fournir un matériel pertinent pour une analyse empirique des changements dans les systèmes de *welfare*.

5. La dépendance et les paquets de soins : une analyse quantitative

La distribution du risque dépendance et les réponses aux risques en Italie et aux Pays-Bas au début et à la fin des années 1990 sont étudiées à travers l'analyse secondaire de larges bases de données représentatives des populations nationales. Le but principal de l'analyse est l'identification de la distribution du risque dépendance et des « paquets de soins » à l'intérieur des deux cas nationaux, par rapport à des variables démographiques, sociales et territoriales et l'observation de la variation la variation de cette distribution au cours du temps. Puisque l'analyse est conduite sur des bases de données existantes, il n'a pas été possible de prévoir des questions ad hoc. Les bases de données ont été sélectionnées à partir de critères qui s'inscrivent dans le cadre analytique présenté. Tout d'abord, les questionnaires utilisés, inscrits dans des contextes différents et des périodes différentes, devraient fournir des informations homogènes concernant à la fois la dépendance des individus et les sources de soutien pour que l'opérationnalisation de la dépendance et des « paquets de soins » puisse se faire le plus possible de façon comparable dans les deux cas. De façon analogue, les variables de contrôle relatives aux conditions sociales et économiques devraient être assez semblables pour permettre des manipulations similaires sur les différentes bases de données.⁶

5.1. La dynamique des risques et des besoins

D'après les élaborations faites et de façon cohérente avec les hypothèses de travail, le risque dépendance est beaucoup plus présent en Italie qu'aux Pays-Bas. Au début des années 1990, parmi les personnes âgées vivant à domicile, une personne sur trois souffrait de limitations d'autonomie (soit légères soit graves) aux Pays-Bas et une sur deux en Italie. Une personne sur dix souffrait de limitations graves aux Pays-Bas et une sur quatre en Italie. A la fin de la période considérée, le taux de dépendance était devenu légèrement plus haut aux Pays-Bas et légèrement plus bas en Italie, sans changer radicalement la position relative des deux pays. En outre, dans le cas italien, de remarquables différences territoriales peuvent être observées, car les régions du nord présentent des taux de dépendance moins forts que celles du centre et, surtout, du sud. Si l'on considère le rapport entre la population âgée dépendante et la population adulte – censée dispenser les soins et contribuer au financement des programmes publics de soutien – l'impact est encore plus important en Italie qu'aux Pays-Bas.

En même temps, l'insertion familiale des personnes âgées et des personnes âgées dépendantes diffère considérablement dans les deux contextes et, à l'intérieur de chacun entre hommes et femmes. En Italie comme aux Pays-Bas la grande majorité des hommes d'au moins 65 ans vit en couple (avec ou sans autres personnes). Néanmoins, alors qu'en Italie la proportion des hommes vivant seuls (un sur dix) est beaucoup moins importante qu'aux Pays-Bas (un sur cinq), un group considérable d'individus est déclaré « membre agrégé du ménage ». Par contre, les femmes vivant en couple (ou en couple avec d'autres personnes) sont beaucoup moins nombreuses que les hommes, en Italie comme aux Pays-Bas. D'ailleurs la proportion de femmes vivant seules est beaucoup plus importante en Italie qu'aux Pays-Bas, où la proportion de femmes vivant comme membres agrégés est négligeable par rapport au contexte italien. Enfin, aux Pays-Bas la probabilité pour une personne âgée dépendante, surtout à la fin des années 1990, de vivre seule est beaucoup plus importante qu'en Italie. Ici, malgré la hausse du nombre de personnes âgées dépendantes vivant seules durant la période considérée, la probabilité de vivre seule étant dépendant reste plus modeste. En autres termes, le risque se reflète plus fortement sur des personnes seules aux Pays-Bas, tandis qu'elle se manifeste plus souvent dans des ménages plus complexes en Italie.

⁶ Malgré quelques caveats, les bases de données utilisées fournissent un ensemble comparable de variables pour l'Italie en 1994 et 1999-2000 et pour les Pays-Bas en 1991 et 1999. Pour les Pays-Bas, on a utilisé les données d'une enquête périodique sur la population générale vivant à domicile (AVO – Enquête sur l'usage des services ; dorénavant AVO91 et AVO99). En outre, on a produit des élaborations spécifiques et complémentaires à partir d'enquêtes menées sur la population institutionnalisée (Personnes âgées dans des résidences protégées 1999 et Personnes âgées dans des institutions 1991 et 1999 – OII91 ; OII99). Pour l'Italie, on a utilisé les données d'une enquête périodique sur la population générale vivant à domicile menée par ISTAT (Enquête sur les conditions de santé 1994 et 1999-2000 – CONSAL94 et CONSAL9900). Dans tous les cas, les questionnaires comprenaient des questions concernant à la fois les individus et le ménage.

La probabilité pour un ménage d'avoir une personne âgée dépendante à charge est beaucoup plus fréquente en Italie qu'aux Pays-Bas, ce qui confirme que le risque dépendance est beaucoup plus important dans la population italienne par rapport à celle néerlandaise, que ce soit du point de vue individuel ou du point de vue des ménages. En outre, tandis qu'aux Pays-Bas la plupart des personnes âgées dépendantes vivent dans des ménages dont la personne de référence est également âgée, en Italie une proportion relativement plus importante de personnes âgées dépendantes vit dans des ménages plus « jeunes ».

La différente occurrence de la dépendance peut s'expliquer, au moins en partie, grâce aux différentes structures démographiques et sociales des deux populations considérées. Puisque la dépendance est directement corrélée à l'âge et au genre féminin et inversement corrélée aux conditions sociales et économiques, une population plus âgée, féminisée et moins cultivée, telle que la population italienne, est plus concernée par la dépendance. Si l'on considère les taux de dépendance par sous-groupes d'âge, de genre et de niveau d'éducation, les différences entre les deux pays se réduisent. Néanmoins les différences ne disparaissent pas, car dans chaque sous-groupe l'occurrence de la dépendance parmi les personnes âgées italiennes continue à être plus élevée. En outre une tendance similaire peut s'observer - peut-être encore plus clairement - en comparant les différentes macro régions italiennes. Alors que les différences dans l'incidence de la dépendance sont très marquées entre nord, centre et sud d'Italie, elles ne sont pas considérablement réduites par les facteurs démographiques. Les régions du sud et du centre, présentent des taux de dépendances plus élevés dans chaque sous-groupe de population. Les mêmes tendances s'observent si l'on considère les taux de grave dépendance. Par conséquent l'analyse suggère que dans la détermination des différentiels de dépendance d'autres variables jouent un rôle important.

Les données confirment, en particulier, que le taux d'institutionnalisation des personnes âgées représente une variable institutionnelle importante dans le domaine de la dépendance. Il s'agit d'un indicateur qui a été souvent utilisé pour caractériser les différents systèmes de *welfare* en général ou de prise en charge des personnes âgées dépendantes en particulier (Anttonen et Sipila 1996; Esping-Andersen 1999). Dans le cadre de cette analyse, l'intérêt des taux d'institutionnalisation concerne plus spécifiquement les conséquences des politiques et des pratiques d'institutionnalisation sur l'incidence de la dépendance des personnes âgées vivant à domicile et sur leurs caractéristiques sociales. Aux Pays-Bas, les taux d'institutionnalisation étaient parmi les plus hauts en Europe pendant les années 1980, lorsqu'une politique de réduction de l'institutionnalisation a été mise en place. En ce qui concerne les années 1990, les données montrent d'un côté une réduction de la proportion des personnes âgées vivant dans des résidences, mais, dans le même temps, la hausse de l'occurrence de la dépendance parmi la population institutionnalisée. La considérable disponibilité de lits dans des structures résidentielles a donc permis, dans le cas néerlandais, de réduire les taux d'institutionnalisation en sélectionnant les plus dépendantes parmi les personnes âgées. De cette façon, l'impact de la hausse de la dépendance parmi les personnes âgées vivant à domicile a été contenu, même si, comme précédemment souligné, il a bien eu lieu. Par contre, en Italie, les taux d'institutionnalisation ont toujours été très bas - même si différenciés du fait des différentes politiques régionales. Alors que la moyenne nationale est restée autour de 2%, elle varie entre 3,2% dans les régions du nord, 1,5% dans le centre et moins de 1% dans le sud (ISTAT 2002). De façon semblable au cas néerlandais, pendant les années 1990, la population institutionnalisée a vu augmenter son taux de dépendance, même si dans une proportion plus forte le nord que dans le reste du Pays. Ces différents modèles d'institutionnalisation doivent être mis en relation avec l'incidence différente de la dépendance parmi les personnes âgées vivant à domicile. Dans une certaine mesure, les politiques et les pratiques d'institutionnalisation contribuent à rapprocher le nord d'Italie des Pays-Bas et à le distancier du centre-sud. En effet, dans les régions du nord, la disponibilité de places plus élevée et la plus haute concentration de personnes dépendantes dans les résidences contribuent à réduire l'occurrence de la dépendance parmi les personnes âgées vivant à domicile.

L'analyse du risque dépendance à travers des modèles de régression logistique confirme les observations menées à partir des statistiques descriptives. La variable dépendante est « être dépendant », c'est à dire avoir une ou plusieurs limitations dans les actes de la vie quotidienne et les modèles contiennent des variables telles qu'âge, sexe, niveau éducatif (et revenus pour les Pays-Bas), position dans le ménage, niveau d'urbanisation et, pour l'Italie, macro régions. Conformément aux attentes, l'âge représente un facteur de risque important dans les deux Pays et au cours du temps. Les inégalités de genre sont importantes et stables au cours du temps dans les deux pays. Le niveau éducatif est également déterminant : en particulier le risque dépendance augmente considérablement pour les sujets ayant un niveau d'études très bas par rapport au niveau intermédiaire ou élevé, alors que les différences entre les sujets ayant un niveau d'études intermédiaire ou élevé sont moins fortes. Même si les *patterns* concernant ces variables sont très semblables dans les deux pays et dans les différentes années considérées, les différences entre le début et la fin des années 1990 apparaissent plus importantes aux Pays-Bas qu'en Italie. Une des explications possibles des ces différences se trouve dans les changements concernant les politiques d'institutionnalisation. Enfin, alors que le niveau d'urbanisation ne constitue pas un important facteur de structuration de la dépendance ni en Italie ni aux Pays Bas (c'est à dire que les personnes âgées dépendantes ne se concentrent pas particulièrement dans les grandes villes), les variables territoriales sont

déterminantes en Italie, comme on pouvait s'y attendre. Les régressions logistiques fournissent des résultats cohérents avec les observations menées auparavant : même lorsqu'on contrôle par rapport à d'autres variables la probabilité d'être dépendant est beaucoup plus importante dans les régions du sud que dans celles du centre et, surtout, du nord. Ces résultats confirment que non seulement les personnes âgées dépendantes se concentrent dans les régions du centre sud, mais qu'il est plus probable d'être dépendant et de vivre à domicile dans ces territoires au regard des différenciations institutionnelles sub-nationales. Le renforcement des différences entre macro-régions à la fin des années 1990 confirme cette interprétation, du fait de l'accrue disponibilité de lits dans les résidences et de l'accentuation de la concentration de personnes dépendantes dans les résidences des régions du centre-nord. Si l'on considère les ménages comme unités d'analyse et que l'on observe les probabilités d'avoir une personne âgée dépendante dans le ménage, on obtient à des résultats tout à fait semblables.

En conclusion, l'analyse confirme l'importance persistante des inégalités traditionnelles dans la distribution du risque dépendance dans les deux contextes. Les femmes sont plus exposées au risque que les hommes, ainsi que les personnes plus âgées et celles de niveau éducatif moins élevé. Du fait des différences dans la structure démographique et sociale, le risque dépendance est beaucoup plus présent parmi la population âgée italienne. Néanmoins, ces facteurs n'expliquent qu'en partie la plus grande occurrence de la dépendance en Italie par rapport aux Pays bas et la différenciation territoriale interne en Italie, alors que le facteur institutionnel lié à l'offre de services résidentiels contribue largement à expliquer ces variations. Si le poids de la dépendance est beaucoup plus fort, du point de vue de la société en Italie, les changements les plus importants ont eu lieu aux Pays-Bas, où l'occurrence de la dépendance a légèrement augmenté due à l'effet combiné du vieillissement de la population et des politiques de de-institutionnalisation. Par contre elle n'a pas haussé en Italie. L'importance des variables institutionnelles dans l'incidence et la distribution du risque dépendance représente une conclusion préliminaire qui suggère le caractère socialement et institutionnellement construit du risque. Les défis posés par le risque dépendance aux systèmes de *welfare* différent donc non seulement à cause des contextes spécifiques dans lesquels ils se situent, mais aussi parce qu'ils sont connectés à un risque dont le profil est à son tour socialement et institutionnellement construit.

5.2. Les « paquets de soins » et leurs transformations

Dans le cadre analytique proposé, les « paquets de soins » ont été choisis comme instruments pour analyser les réponses aux besoins de soins qui sont sous-tendus par différentes logiques et différents modes de production et d'allocation des ressources de soins. L'idée est tirée des études sur l'*income packaging* (Rainwater et al 1986 ; Bison et Esping-Andersen 2000) qui reconnaissent et montrent les relations étroites entre les institutions et les mesures de protection sociale – soit au niveau national, régional ou local – et les façons dont les individus et les familles combinent différents types de ressources pour faire face à des risques spécifiques. Les « paquets de soins » représentent donc une façon d'opérationnaliser les réponses aux risques et donc les caractéristiques des différents systèmes de welfare, en faisant face aux problèmes de la complexité croissante des systèmes de protection sociale. Le premier angle analytique à travers lequel les « paquets de soins » seront utilisés est celui des trajectoires des systèmes de welfare. Selon l'hypothèse de Baumol, la maladie des coûts peut être absorbée soit par le secteur public, soit par le travail informel non rémunéré, soit par une force de travail sous-payée et sous-protégée. D'après la théorie des régimes de welfare, chaque régime s'appuie sur une de ces solutions : les régimes social-démocratiques sur la redistribution, les régimes conservateurs sur la réciprocité, les régimes libéraux sur le marché (Esping-Andersen 1990 et 1999). Du fait des tensions provoquées par le changement démographique et social il semblerait que ces équilibres soient en voie de redéfinition dans chaque système. Dans un système à base universaliste – représenté, dans le cadre de la recherche, par le cas néerlandais – les pressions provoquées par la croissance du risque dépendance devraient se décharger surtout sur la sphère de la redistribution, ce dont témoignent les tentatives désengagement des services publics et le développement par les politiques publiques de solutions informelles et de marché. Il s'agit donc d'évaluer, à travers l'attention portée aux solutions données aux besoins de soins (et donc aux « paquets de soins ») dans quelle mesure ces propositions ont effectivement eu un effet sur le système de welfare, c'est à dire sur la division de responsabilités entre les différentes sphères concernées. Dans un système à base informelle – ici représenté par le cas italien – les pressions provoquées par la croissance du risque dépendance devraient se décharger surtout sur la sphère de la réciprocité. Alors que dans certains contextes en Europe continentale les politiques sociales ont reconnu un nouveau risque – celui de la dépendance – et ont produit un plus haut niveau de socialisation du risque même, dans le cas italien il n'y a eu que des changements mineurs dans les stratégies publiques durant les années 1990. Les évolutions vers des solutions de marché dans la gestion du risque dépendance en Italie constituent un cas intéressant de changement possible de modèle. Comme Leibfried (1993 :194) l'a suggéré à propos des systèmes de protection contre la pauvreté, ce qui fait la différence entre les pays de l'Europe du sud et les contextes libéraux, c'est l'importance de la

famille comme agent de welfare. Encore une fois, une évaluation des évolutions dans les différentes sphères de welfare est possible à travers une approche centrée sur les « paquets de soins ».

D'après la littérature concernant les modèles de protection sociale appliqués aux risques liés au care, les cas italien et néerlandais devraient appartenir à deux clusters différents. L'Italie, étant donné le développement limité des services sociaux pour les personnes âgées dépendantes et l'importance de la famille comme agent de soutien, représente clairement un cas de politique sociale résiduelle avec une forte tendance au repli sur les solutions familiales. Par contre, les Pays-Bas représentent, à l'autre extrême, un modèle fortement « de-familisé » et basé sur un accès universel aux services pour les personnes âgées dépendantes. Néanmoins, les transformations des années 1990 pourraient avoir mis en cause les deux modèles. D'un côté, le développement de nouvelles politiques sociales aux Pays-Bas suggère la possibilité d'une « re-familisation » et d'une marchandisation du risque. De l'autre côté, en Italie l'absence de transformations majeures des politiques sociales s'accompagne du développement des soins privés : il s'agit donc d'évaluer la nature et l'extension de tels changements.

Le but de l'analyse est de saisir les caractéristiques des deux systèmes et leur changement entre le début et la fin des années 1990, à partir de l'évaluation des différentes sources de soutien pour les personnes âgées dépendantes ou pour leurs ménages et la combinaison éventuelle de ces différentes sources de soutien. Il s'agit en outre d'observer dans quelle mesure les différents « paquets de soins » sont présents dans chaque société et comment ils sont distribués à l'intérieur de chacune selon des clivages sociaux spécifiques.

Selon la caractérisation traditionnelle des deux cas analysés, le soutien informel devrait être une forme de soutien très répandue en Italie et beaucoup moins aux Pays-Bas. Néanmoins dans ce dernier cas, les politiques de désengagement de l'état providence devraient avoir favorisé le retour aux ressources informelles. D'après l'analyse des données, aux Pays-Bas, le soutien informel reçu par les ménages avec au moins une personne âgée dépendante est beaucoup plus important en ce qui concerne l'aide ménagère que pour l'aide personnelle. Tandis qu'une proportion considérable de ménages reçoit un soutien informel pour les tâches ménagères, les ménages recevant un soutien pour les soins personnels sont beaucoup moins nombreux. A la fin des années 1990, la proportion des ménages recevant des aides pour le soin personnel avait légèrement augmenté, tandis que celle des ménages recevant des aides ménagères avait légèrement diminué. Par conséquent l'importance du soutien informel avait légèrement diminué. A cause du manque de données directement comparables concernant l'Italie, il faut faire référence à des statistiques relatives à l'utilisation du soutien informel, qui considèrent les ménages avec au moins une personne âgée, non forcément dépendante (ISTAT 1994, 2001 ; Sabbadini 2002). Le soutien informel reçu par ces ménages a considérablement diminué en Italie à partir des années 1980 et ce, surtout au cours de la décennie suivante. Plus précisément, la proportion de ménages recevant des soutiens pour les soins personnels était, au début des années 1990, beaucoup plus importante que dans le cas de Pays-Bas (de façon cohérente avec l'hypothèse de la forte différenciation des deux modèles), tandis que cette proportion a fortement diminué à la fin de la période, se rapprochant beaucoup de la situation néerlandaise. Une tendance semblable peut s'observer en ce qui concerne les aides ménagères. Par conséquent, les transformations relatives au soutien informel apparaissent beaucoup plus importantes en Italie qu'aux Pays-Bas pour la période considérée.

Comme on pouvait s'y attendre au vu des hypothèses formulées, le soutien informel est beaucoup plus important dans le cas des Pays-Bas que dans le cas de l'Italie : à la fin des années 1990, alors qu'aux Pays-Bas un ménage sur six avec au moins une personne âgée dépendante recevait un soutien formel, la proportion était d'un sur vingt en Italie. Les transformations au cours de la décennie sont assez limitées dans les deux cas. En Italie, le soutien informel était et reste une source résiduelle de soutien dans toutes les macro-régions, alors qu'aux Pays-Bas, les changements sont très limités par rapport aux hypothèses de départ : la légère diminution du nombre de ménages recevant un soutien formel d'aide à la personne est accompagnée par une augmentation du soutien formel dans les activités ménagères. Par conséquent, la croissance des services formels est plutôt due au développement de services « légers ». Enfin, la nature même des services est très différente dans les deux contextes, étant donnée que l'intensité du soutien reçu par les ménages avec au moins une personne âgée dépendante (mesuré en terme d'heures de service par semaine et de nombre de visites) est beaucoup plus importante aux Pays-Bas qu'en Italie.

Proportion de ménages avec au moins un membre âgé (65+) qui reçoivent de différents types de soutien par présence d'une personne âgée dépendante (%). Pays-Bas et Italie, 1991 et 1999.

Soutien informel de personnes non appartenant au ménage		PB91	PB99	IT91 (*)	IT99 (*)
Tous les ménages avec au moins une personne âgée	Soin de la personne	2,6	3,8	20,1	2,5-5,3
	Aide ménagère	10,6	9,8	16,8	2,9-7,5
	Total	12,0	11,5		
Au moins une personne âgée dépendante	Soin de la personne	4,7	6,8		
	Aide ménagère	17,4	15,1		
	Total	20,0	18,6		
Au moins une personne âgée gravement dépendante	Soin de la personne	11,8	14,3		
	Aide ménagère	28,8	17,3		
	Total	32,9	24,0		
Soutien formel		PB91	PB99	IT94	IT99
Tous les ménages avec au moins une personne âgée	Soin de la personne	5,9	8,8		
	Aide ménagère	13,3	15,0		
	Total	15,9	18,5	5,9	4,2
Au moins une personne âgée dépendante	Soin de la personne	12,8	16,4		
	Aide ménagère	25,7	27,7		
	Total	31,0	33,7	8,8	7,1
Au moins une personne âgée gravement dépendante	Soin de la personne	31,6	31,1		
	Aide ménagère	48,8	42,9		
	Total	60,5	54,1	12,6	10,8
Soutien commercial		PB91	PB99	IT94	IT99
Tous les ménages avec au moins une personne âgée	Soin de la personne	0	0,3		3,9
	Aide ménagère	14,9	12,6		11,5
	Total	14,9	12,7		13,5
Au moins une personne âgée dépendante	Soin de la personne	0	0,5		7,0
	Aide ménagère	17,5	15,7		13,5
	Total	17,5	15,9		17,1
Au moins une personne âgée gravement dépendante	Soin de la personne	0	0,5		12,1
	Aide ménagère	14,9	13,3		16,3
	Total	14,9	13,3		22,6
Tous les types de soutien		PB91	PB99	IT94	IT99 (*)
Tous les ménages avec au moins une personne âgée	Soin de la personne	7,3	11,2		
	Aide ménagère	36,3	34,6		
	Total	37,8	37,0		18,6-25,7
Au moins une personne âgée dépendante	Soin de la personne	14,9	20,7		
	Aide ménagère	56,0	53,3		
	Total	58,6	73,5		
Au moins une personne âgée gravement dépendante	Soin de la personne	36,2	39,8		
	Aide ménagère	79,1	63,8		
	Total	83,6	73,5		

Sources: élaborations à partir de AVO 91 AVO99 (Pays-Bas); CONSAL94 CONSAL99-00 (Italie)

(*) ISTAT 1994: 285, 290; ISTAT 2001: 49 ; Sabbadini 2002 : 352

Aux Pays-Bas, l'usage de services commerciaux pour le soin de la personne est pratiquement absent, aussi bien au début qu'à la fin des années 1990, et ce alors que les services commerciaux ont une certaine importance dans le domaine de l'aide ménagère. Néanmoins le recours aux aides payantes ne paraît pas particulièrement lié, dans le cas néerlandais, à la présence d'une personne âgée dépendante dans le ménage. En outre, la proportion de ménages utilisant des services commerciaux n'a pas augmenté au cours des années 1990. Au contraire, en Italie, où les données disponibles ne concernent que la fin de la décennie, l'aide commerciale représente une forme importante de soutien (plus fréquente que l'aide formelle et informelle). Dans le domaine des soins personnels, le soutien commercial joue un rôle très limité aux Pays-Bas. Dans le domaine des tâches ménagères, le recours aux aides payantes apparaît beaucoup plus lié à la présence d'une personne âgée dépendante en Italie que dans le cas néerlandais. Malheureusement, le poids des services commerciaux à la fin des années 1990 ne peut être confronté avec le passé, à cause du manque de données. On peut donc formuler deux hypothèses concernant le cas italien : soit il s'agit d'un système traditionnellement (et imperceptiblement) fondé sur l'usage de services commerciaux, soit il s'agit d'une tendance plus récente, qui a transformé le système de manière importante. Beaucoup d'indices poussent à préférer la deuxième hypothèse, étant donné que plusieurs recherches qualitatives et quantitatives jusqu'à la seconde moitié des années 1990 ne mentionnaient que marginalement ou pas du tout les services commerciaux comme réponse aux besoins de soins des personnes âgées dépendantes (Micheli 1991 ; Ciorli et Della Croce 1994 ; Taccani 1994).

Pour résumer ces résultats : tandis qu'au début des années 1990 les deux cas représentaient clairement deux modèles opposés, les changements observés sont beaucoup plus marqués en Italie qu'aux Pays Bas. Au début de la période considérée, en Italie, les réponses aux besoins de soins des personnes âgées dépendantes se fondaient prioritairement sur le soutien informel, étant donnée une importance très limitée des services sociaux et, probablement, une présence faible de services commerciaux, alors qu'à la fin des années 1990 l'affaiblissement des soins informels s'est accompagné de la croissance des services commerciaux dans les aides personnelles et ménagères. Par ailleurs, aux Pays-Bas où l'on pouvait s'attendre une diminution importante des services sociaux et à la croissance soit des services commerciaux soit du soutien informel, les changements ont été beaucoup plus contenus.

Jusqu'ici on a considéré séparément le soutien formel, informel et commercial, cependant, chaque ménage peut recevoir différents types de soutien, donnant lieu à différents « paquets de soins ». D'après les données disponibles, il y a une claire tendance, aux Pays-Bas, à utiliser uniquement une source de soutien à la fois. La proportion de ménages utilisant une combinaison de différents types de soutien représente une faible minorité, la seule combinaison observable relativement importante étant celle formel-informel. Par contre en Italie, les combinaisons de plusieurs types d'aides sont plus fréquentes.

En outre, les inégalités sociales jouent un rôle important dans la distribution des paquets des soins, au Pays-Bas comme en Italie. L'analyse de la distribution des « paquets de soins » aux Pays-Bas souligne que non seulement au cours des années 1990 il n'y a pas eu des changements considérables dans les modes de réponses aux besoins de soins des personnes âgées dépendantes, mais aussi que les développements des services sociaux n'ont pas forcément exclus une partie importante des classes moyennes de l'usage des services sociaux. Les statistiques descriptives montrent que le groupe social intermédiaire (composé par des ménages dont la personne de référence a un niveau d'études moyen) a vu augmenter son recours aux services sociaux et a vu diminuer son recours au soutien informel et commercial. Contrairement aux hypothèses concernant l'augmentation des inégalités sociales comme conséquence des changements dans les politiques sociales, l'analyse souligne qu'une fraction croissante de la population était rejointe par les politiques sociales à la fin de la période considérée, surtout en correspondances de couches plus vulnérables du fait de la limitée disponibilité de ressources informelles. Ce résultat est confirmé par les modèles de régression logistiques. Le modèle ayant pour variable dépendante l'accès aux soins (de n'importe quelle nature) pour le soin de la personne montrent comment, d'un côté, le niveau d'études de la personne de référence du ménage n'a pas d'effet, ni au début ni à la fin des années 1990, et, d'autre côté, que la seule variable déterminante est le degré de dépendance, et donc le niveau des besoins. Egalement, le modèle ayant pour variable dépendante l'accès aux aides ménagères montre que le niveau d'études ne constitue pas un facteur explicatif très fort, ni au début ni à la fin de la période : le degré de dépendance joue un rôle, ais que d'autres facteurs liés au niveau de besoins tels que l'âge de la personne de référence du ménage et la composition du ménage. En ce qui concerne le soutien formel pour les soins personnels le niveau d'études n'a également aucun poids et les relations avec le niveau de revenus ne montrent pas un *pattern* très clair. A la fin de la période l'importance de ces deux variables apparaît plus clairement, mais n'a pas de significativité statistique. En ce qui concerne le soutien informel pour les tâches ménagères, les modèles de régression montrent, au début des années 1990, une relation inverse mais statistiquement non significative entre ce type de soutien et le niveau d'études de la personne de référence du ménage. Par contre, à la fin de la décennie, cette relation prend la forme d'un « U » : les ménages avec des ressources éducatives plus basses et plus élevées reçoivent plus de soutien informel, alors que les groupes intermédiaires sont moins intéressés. De façon complémentaire, le recours aux services formels pour les

aides ménagères est inversement corrélé à la fois au niveau d'études et aux revenus en 1991. Confirmant les observations qui précèdent, à la fin de la période la probabilité de recevoir des aides ménagères dans le cadre des programmes publics est très semblable pour les groupes éducatifs inférieurs et intermédiaires, alors qu'elle est beaucoup plus réduite pour le troisième group. Enfin, le recours aux aides ménagères de marché est très clairement lié au niveau d'études et au revenu, mais en même temps n'est pas corrélé au degré de dépendance, ce qui confirme que le développement du marché privé des services sociaux est très faiblement lié au phénomène de la dépendance aux Pays-Bas. Le niveau d'urbanisation est la seule variable territoriale importante dans le cas néerlandais. Alors qu'elle n'exerce aucun effet sur la probabilité de recevoir des aides, elle détermine une spécialisation des types de soutien reçus dans le domaine des aides ménagères (non pas dans celui des soins personnels): dans les territoires fortement urbanisés la disponibilité de soutien informel est inférieure, tandis que celle de soutien formel est plus importante

En ce qui concerne l'Italie les données à disposition permettent uniquement d'apprécier la distribution du soutien formel (indifférencié pour les soins personnels et les aides ménagères) au début et à la fin des années 1990 et du soutien de marché (différencié pour les soins personnels et les aides ménagères). La distribution du soutien informel ne montre pas une corrélation claire par rapport aux inégalités sociales (niveau d'études) dans les statistiques descriptives, alors que les régressions logistiques montrent une relation inverse qui n'est pas significative. A différence des Pays-Bas, le recours aux services sociaux est moins probables dans es territoires plus urbanisés, où plusieurs recherches ont souligné la basse disponibilité de ressources informelles. En ce qui concerne le soutien de marché, la relation avec le niveau d'études et l'autoévaluation des ressources économique est très claire dans les modèles de régression logistiques si l'on considère les taches ménagères, alors qu'elle n'est pas significative si l'on considère les soins de la personne. Ce résultat est particulièrement intéressant puisqu'il souligne que l'accès au marché des soins personnels en Italie ne suit pas strictement la disponibilité de ressources économiques, mais plutôt le niveau des besoins (toute variable liée au besoin est effectivement influente). Les variables territoriales, de façon assez intéressante pour le contexte italien et contre toute hypothèse de différenciation macro territoriale des réponses aux besoins de soin, n'exercent pas d'influence sur le recours aux services commerciaux.

6. La production des 'paquets de soins': une analyse qualitative au niveau local

L'analyse quantitative des transformations qui ont eu lieu durant les années 1990 montre des changements importants dans le système italien de prise en charge de la dépendance des personnes âgées, alors qu'aux Pays-Bas ces changements sont très limités. Alors que dans l'analyse quantitative on a laissé entendre que les ressources en matière de soins -et leurs combinaisons- étaient équivalentes dans les deux systèmes, il est nécessaire de questionner cette supposition. Pour qu'on puisse interpréter la nature d'un système de soins et ses transformations, il faut, en d'autres termes, spécifier les logiques à la base de la production et de l'allocation des ressources. La récolte et analyse de données qualitatives avait comme but principal l'observation et l'analyse des façons dont les différents « paquets de soins » sont construits au niveau individuel et familial. Il s'agit donc d'explorer le contenu spécifique des « paquets » et les liens entre ceux-ci, les caractéristiques institutionnelles et les modes d'action. Les terrains se situent dans deux villes – Milan et Amsterdam - qui présentent des traits particuliers par rapport aux systèmes nationaux. En outre, il faut considérer le moment précis où la récolte des données a eu lieu : dans une phase de changement institutionnel assez marqué aux Pays-Bas et au cours d'une régularisation massive d'immigrés sans papiers en Italie. Après avoir reconstruit les contextes locaux grâce à l'analyse de documents originaux et de plusieurs entretiens avec des témoins privilégiés, on a procédé aux entretiens qui constituent le cœur de l'analyse qualitative de la construction des « paquets des soins » avec une méthode homogène dans les deux cas. Les entretiens avec les *caregivers* et les personnes âgées constituent un échantillon de 70 cas de personnes âgées dépendantes, dont 35 dans chaque ville. Chaque échantillon comprend 10 cas de personnes âgées dans des institutions et 25 vivant à domicile. Puisqu'on s'attendait à une forte influence des conditions sociales et économiques des individus et des familles sur les choix et sur les « paquets es soins», on a fait en sorte d'inclure dans les échantillons une variété de conditions par rapport aux revenus, à l'occupation, aux parcours migratoires (en particulier dans le cas d'Amsterdam). Pour chaque cas un ou plusieurs entretiens ont été réalisés. En général l'interviewé le plus important dans le cadre de chaque cas est le *caregiver* informel qui joue un rôle majeur, même si parfois (surtout à Amsterdam) il s'agit d'un professionnel. Quand les conditions de santé (et, dans le cas néerlandais, la langue) le rendaient possible, on a aussi interrogé les personnes âgées concernées. Seulement pour le cas milanais la récolte de données qualitatives a été complétée par 15 entretiens avec des femmes immigrées qui travaillent comme *badanti* chez des personnes âgées dépendantes. Ces travailleuses ont été repérées soit à travers les personnes âgées et leurs familles, soit par des organisations locales ou par d'autres femmes immigrées. Les entretiens se sont concentrés sur les conditions familiales, économiques et sociales de départ, sur les parcours migratoires, sur les conditions de vie et de travail et sur les attentes et les projets futurs.

6.1. « Paquets de soins » à Amsterdam et à Milan

Le premier type de « paquet de soins » analysé est le paquet résidentiel. La disponibilité de places dans les institutions pour la prise en charge résidentielle des personnes âgées dépendantes constitue un des indicateurs privilégiés des recherches comparatives dans ce domaine, une disponibilité plus élevée de postes étant généralement considérée comme un signe de plus grande socialisation du risque. Néanmoins, à côté du niveau d'offre qui garde sans doute une importance fondamentale, il faut aussi considérer les caractéristiques des services offerts, les critères d'accès et les coûts pour les usagers comme des éléments définissant le contexte institutionnel dans lequel les choix des individus et des familles se font. Un sous-échantillon de personnes âgées incluses dans l'étude habitait dans des institutions résidentielles, à Amsterdam ainsi qu'à Milan. Leurs besoins de soins étaient particulièrement lourds dans les deux contextes, reflétant la tendance commune et déjà évoquée à réserver l'accès aux services résidentiels à des personnes âgées très dépendantes. L'organisation des soins et le type de paquet reçu par les personnes âgées institutionnalisées est assez semblable dans les deux cas : le soutien est principalement offert par des professionnels, alors que les aides informelles sont limitées au soutien affectif et que les aides marchandes sont presque absentes. Par contre, des différences plus marquées entre les deux cas concernent les modes d'allocation des services résidentiels, c'est à dire, d'un côté, les mécanismes d'accès et, de l'autre, la prise en charge des coûts. La disponibilité de places dans la ville d'Amsterdam est plus importante, ce qui permet aux personnes âgées qui rentrent dans des maisons de retraite médicalisées de rester dans la même ville ou bien dans le même quartier en conservant leurs relations sociales. A Milan, au contraire, le déplacement ne favorise pas le maintien de ces relations. Dans les deux cas, une partie importante des coûts de production des services résidentiels est couverte par des ressources collectives. A Milan, les résidences remplissant certains critères reçoivent des financements du fond sanitaire régional, alors que les coûts restants sont supportés par les usagers. A Amsterdam, même si les soins résidentiels sont financés dans le cadre de l'AWBZ, l'assurance nationale obligatoire, les usagers y contribuent, en fonction de leurs revenus. Néanmoins, les coûts supportés par les usagers sont de montants assez différents dans les deux contextes. A Amsterdam, les frais ne représentent qu'une partie des revenus de l'utilisateur et n'impliquent aucun engagement de sa famille (à part éventuellement le partenaire). Au contraire, à Milan, les frais résidentiels atteignent un montant qui s'élève au double de la somme de la retraite minimum et de *l'indennità di accompagnamento*, l'allocation nationale pour les personnes dépendantes. En outre, à Milan, les membres de la famille des personnes âgées dépendantes, et notamment les enfants, sont plus engagés dans le paiement des frais. D'ailleurs, pour obtenir un financement de la municipalité, il faut présenter un dossier prouvant une situation économique difficile. En outre, alors qu'à Amsterdam l'accès aux soins résidentiels correspond à un parcours uniforme et cohérent avec les critères et la mise en œuvre de l'AWBZ, à Milan le parcours est beaucoup plus fragmenté et dépend de la capacité des personnes âgées et de leurs familles à s'adresser à l'instance la plus adéquate. Ces éléments constituent donc des facteurs importants de différenciation et de définition de la structure des opportunités dans les deux contextes.

Parmi les personnes âgées dépendantes vivant à domicile l'analyse quantitative a permis de distinguer trois types de « paquets de soins ». Bien qu'il y ait souvent une combinaison de différentes sources de soutien, les entretiens ont confirmé le résultat de l'analyse précédente de données quantitatives : une prévalence nette d'une forme de soutien se manifeste clairement dans chaque cas, à Milan ainsi qu'à Amsterdam. Le premier de ces « paquets » se constitue surtout de soutien formel, c'est-à-dire des services financés et organisés par les autorités publiques, même si parfois produits par des organisations privées soit non lucratives soit lucratives. Ce type de « paquet » est assez commun dans le cas d'Amsterdam, alors qu'il est pratiquement absent dans le cas de Milan. Les personnes âgées recevant ce type de soutien à Amsterdam bénéficient d'un montant important d'heures de soutien par semaine et par jours qui couvre à la fois les soins personnels et les aides ménagères. D'autres acteurs intègrent dans plusieurs cas le soutien formel avec des soins informels ou marchands. Néanmoins, les soins informels sont généralement limités à des activités complémentaires, de compagnie, de soutien affectif ou organisationnel et les soins marchands ne concernent que les activités ménagères. De façon similaire aux services résidentiels, les bénéficiaires supportent une partie des coûts sous la forme de ticket modérateur, dont le montant varie en fonction du niveau de leurs revenus. Par contre, dans le cas milanais, on observe l'absence du « paquet formel » en tant que tel, car la disponibilité de services à domicile est limitée à des activités très spécialisées de type sanitaire ou bien à un nombre d'heures de soutien par semaine et par jour très faible. A Milan, donc, en présence de besoins de soins considérables, les services formels ne constituent pas une réponse viable et complète. De plus, l'accès aux services à domicile n'est ouvert qu'aux personnes âgées étant économiquement désavantagées.

Le deuxième paquet observé à domicile est constitué de façon importante ou exclusive par des soins informels. Dans ces cas le *caregiver* principal, qui s'occupe des soins personnels ainsi que des aides ménagères, est un membre de la famille ou du réseau social des personnes âgées dépendantes. Dans les deux cas, on observe une hiérarchie de *caregivers* assez semblable, qui confirme le résultat des recherches sur les réseaux de soutien aux personnes âgées dépendantes (Qureshi et Walker 1990 ; Wenger 1993b ;

van Tilburg 1995): ceux qui interviennent tout d'abord sont les partenaires des personnes dépendantes et, en leur absence, les enfants. Même si la présence d'autres *caregivers* peut s'observer, ils ont tendance à offrir des soutiens « légers » et discontinus, sans s'engager dans les soins directs. Néanmoins les différences entre Milan et Amsterdam par rapport à la diffusion et au contenu de ce paquet sont remarquables. Non seulement ce « paquet » est beaucoup plus présent à Milan qu'à Amsterdam, mais son organisation et son sens varient considérablement : à Amsterdam, dans le cas des « paquets informels », le poids supporté par les *caregivers* informels est largement moins lourd qu'à Milan. Grâce à la présence de services formels de soutien, même dans les cas où les ressources principalement utilisées sont de type informel, l'intensité des soins offerts est moins importante. Alors que les *caregivers* informels à Milan ont tendance à s'occuper de la personne âgée dépendante de façon complète (de l'hygiène personnelle aux tâches administratives), à Amsterdam la gamme des services informels offerts est généralement plus limitée et surtout ne concerne pas les soins directs de la personne. De plus, les heures par semaine et par jours que les *caregivers* informels dédient aux personnes âgées dépendantes tendent à être beaucoup plus nombreuses à Milan qu'à Amsterdam. A côté de ces différences entre les deux contextes, on observe aussi des différences remarquables dans chacun des deux cas par rapport aux inégalités sociales. Dans l'échantillon milanais ainsi que dans celui d'Amsterdam, les « paquets informels » sont beaucoup plus (habituels) courants dans les couches sociales plus basses et, dans le cas d'Amsterdam, chez les personnes âgées d'origine immigrée, alors que les couches intermédiaires et plus élevées ont tendance à trouver des solutions différentes aux besoins de soins.

Le troisième type de paquet est composé principalement de soutien marchand, c'est-à-dire exercé par un personnel payé pour offrir des soins aux personnes âgées dépendantes. L'organisation de cette forme de soutien et les circonstances dans lesquelles elle domine sont néanmoins très différentes dans les deux contextes. Le marché des soins à Milan est non seulement fortement présent, ce qui confirme les résultats de l'analyse quantitative, mais présente aussi des caractéristiques particulières: plusieurs personnes âgées interrogées ou leurs familles emploient directement une aide à domicile. De façon similaire à ce que d'autres recherches ont montré, les travailleurs sont surtout des femmes provenant d'Amérique latine, d'Europe de l'Est et de certains pays d'Asie. Elles offrent une vaste gamme de services (de l'hygiène personnelle, à la préparation des repas et aux tâches ménagères). Dans la plupart des cas, elles habitent chez la personne âgée pour qui elles travaillent. Ce marché des soins se montre très flexible et très peu réglementé : les relations d'emploi sont établies et interrompues par la famille de la personne âgée ou par les travailleurs sur la base de besoins contingents, de leur satisfaction ou de la disponibilité de solutions alternatives. Il s'agit néanmoins d'un marché fortement encadré dans un dense réseau de relations sociales composé des familles des personnes âgées, des travailleurs, d'associations locales qui fonctionnent comme moyens de rencontre de l'offre et de la demande et comme médiateurs des prix. Le poids du travail au noir et la présence de travailleurs immigrés sans papiers dans ce marché, qui est bien connue et documentée, est confirmée par cette recherche. Suite à l'amnistie générale qui a eu lieu entre 2002 et 2003, dans plusieurs cas rencontrés, les travailleurs venaient d'être régularisés. Néanmoins, le poids du travail au noir reste important et, en même temps, on observe que, même dans les cas où un contrat de travail régulier est établi, la régulation de la relation d'emploi reste sur le plan informel : les horaires de travail et de repos, par exemple, suivent des règles informelles et ne respectent pas le contrat national pertinent. Enfin, ce type de paquet n'exclut pas la présence importante des *caregivers* informels. Au contraire, dans la plupart des cas un ou plusieurs membres de la famille prennent la responsabilité de la supervision et de la rémunération du travail de soin et, éventuellement, du remplacement du travailleur en cas d'absence. Le coût d'une *badante* à plein temps et vivant à domicile - qui offre donc une assistance 24 heures sur 24, normalement 6 jours par semaine - correspond à peu près à la somme de la retraite minimale et de l'*indennità di accompagnamento*). Grâce à la compression du coût du travail, ce type de solution se révèle relativement peu onéreux et accessible à la plupart des ménages. Néanmoins, chez les ménages plus aisés, on observe la tendance à employer plusieurs travailleurs et à choisir du personnel plus qualifié, alors que dans les couches moyennes (au sens large) on essaye plutôt de réduire au minimum les coûts et de combiner les aides payantes avec des soutiens informels. D'ailleurs, le cas d'Amsterdam contraste fortement avec celui de Milan, puisque la présence des aides marchandes est beaucoup moins importante et surtout généralement limitée aux tâches ménagères pour un nombre limité d'heures par semaines. De véritables « paquets de soins » peuvent s'observer seulement dans deux cas : celui d'une famille très aisée qui « achète » sur le marché tous les services nécessaires, des aides personnelles aux activités ménagères, et celui de l'usage du *personal budget* (PGB) pour acquérir des soins rémunérés. Le premier cas ressemble fortement à celui des familles milanaises les plus aisées, alors que le second montre clairement la différence entre les « paquets marchands » dans les deux contextes. A la différence du cas italien, aux Pays-Bas, l'usage des ressources collectives pour acheter des services de marché est soumis à des contrôles stricts, limitant le recours au marché du travail au noir. De plus la présence de travail irrégulier aux Pays-Bas est beaucoup plus limitée. Même si on peut l'observer dans un certain nombre de cas, il s'agit d'un phénomène de portée beaucoup plus limitée qu'à Milan, où il a acquis un caractère structurel. En d'autres termes, le travail au noir comme

solution de réduction des coûts de production des services de soins est institutionnellement plus viable dans le cas italien/de Milan que dans le cas néerlandais/d'Amsterdam.

6.2. Le problème des choix

Le « paquets de soins » qu'on vient de décrire peuvent s'envisager comme le résultat de stratégies et de choix d'acteurs pertinents. Comme l'ont souligné Anderson et collègues (1994), lorsqu'on analyse des choix il est crucial de faire la distinction entre stratégies de longue durée et décisions à court terme. L'étude qualitative montre une différence importante entre les deux contextes par rapport à cet aspect : alors qu'à Amsterdam on a la tendance à utiliser des stratégies préventives, à Milan, par contre, les problèmes de la dépendance sont affrontés à fur et à mesure qu'ils se présentent. Cela signifie aussi que, alors qu'à Amsterdam les personnes âgées elles-mêmes ont plus de possibilité de contribuer aux décisions qui concernent leurs soins présents et futurs, à Milan les acteurs plus importants dans la définition des choix sont plutôt les membres de la famille des personnes dépendantes. Une interprétation possible de cette différence s'appuie sur le fait qu'en présence d'un système de protection collectif plus fort qui accorde des droits individuels aux personnes dépendantes celles-ci sont dotées d'un degré de pouvoir plus élevé. Par contre, dans un système fortement tourné vers la famille, ce sont ses composants qui possèdent la dernière parole sur les solutions à adopter ou, du moins, sont fortement impliqués. La variable temporelle est donc fortement liée à la définition des acteurs pertinents dans la définition des choix. En autres termes les ressources disponibles dans chaque système ont tendance à structurer tout d'abord la nature et la portée des stratégies et des choix, mais aussi la nature des enjeux et les acteurs pertinents pour les décisions relatives à la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

Alors que jusqu'ici on a considéré soit le niveau institutionnel, comme conditionnant les choix individuels, soit celui des acteurs individuels, l'analyse nécessite de prendre en compte un niveau intermédiaire constitué par de nombreux acteurs collectifs localisés. Ces acteurs collectifs, comme en témoignent les matériaux empiriques récoltés, occupent une position clé dans la transmission des contraintes et des opportunités et dans l'impulsion ou au contraire la limitation des changements sociaux. La présence et les modes d'organisation et d'action des acteurs sociaux à ce niveau meso (tels que les professionnels des services sociaux, les organisations des personnes âgées et celles des travailleurs immigrés, les producteurs de services dans le marché privé etc.) sont structurés par les formes institutionnelles. En même temps elles exercent une influence et intermédiation importante sur la transmission du changement social du niveau individuel au niveau institutionnel et vice versa. Dans les deux contextes, les décisions des individus et des familles sont conditionnées par les services sociaux et les professionnels qui en font partie. Néanmoins, cette influence est beaucoup plus forte aux Pays-Bas – étant donnée leur poids dans le système de prise en charge des personnes âgées dépendantes – qu'en Italie. À Amsterdam, les services sociaux constituent un des sujets qui participent activement à la construction des paquets de soins (formels) en lien avec les individus et les familles, alors qu'à Milan ils ont plutôt tendance à pousser ceux-ci vers des solutions de marché, du fait de leur faible position. Dans les deux cas, de plus, les organisations bénévoles et les producteurs non lucratifs de services, ainsi que les représentants d'intérêts, jouent un rôle important, mais opposé. Puisque à Amsterdam ils participent fortement au système collectif de prise en charge et en partagent les ressources, leurs intérêts sont fortement liés aux développements du système formel de soins : cela se reflète dans le fait que toute demande de soutien récoltée par ces acteurs est à son tour transmise et canalisée vers le système même. Par contre, à Milan les enjeux des acteurs collectifs sont seulement en partie ceux du développement du système formel de prise en charge de la dépendance. Par conséquent, les demandes de soutien provenant des individus et des familles sont plutôt dirigées vers le marché privé des *badanti*, dont l'organisation constitue une des activités fondamentales des organisations considérées. En somme, à la fois les acteurs publics et privés poussent, à Amsterdam, vers la consolidation du système de prise en charge de la dépendance et à Milan, vers le développement d'un marché privé avec les caractéristiques précédemment mentionnées.

C'est dans ce cadre que l'analyse des choix effectués s'inscrit dans les deux contextes. Dans l'analyse de décisions cruciales tels que l'accès à un service résidentiel, le déménagement chez un membre de la famille, la sélection de « qui soigne » à domicile les contraintes institutionnelles, les conditionnements des acteurs intermédiaires ainsi que les conditions sociales et économiques des individus et des ménages exercent un poids important non seulement sur le cours d'action, mais sur la définition des objectifs et sur l'individuation des solutions considérées viables, adéquates et favorables.

Le cadre dans lequel les choix concernant l'accès aux services institutionnels est tout à fait différent dans les deux contextes. À Milan l'institutionnalisation constitue le dernier recours, généralement après une longue période de prise en charge à domicile de type informel ainsi que de marché. La décision, de plus, est prise par les membres de la famille au lieu que par la personne âgée dépendante au moment où l'on considère que les soins à domicile ne constituent plus une solution viable, ou bien par les services sociaux en absence totale d'un réseau de soutien informel. Par contre à Amsterdam, le choix est plus souvent anticipé par la personne âgée elle-même dans le cadre d'une relation et d'une négociation avec les services sociaux. Alors qu'à Milan l'achèvement de toute ressource informelle et normalement à la base du recours

aux services résidentiels, à Amsterdam ce qui relève est la disponibilité de ressources formelles à domicile par rapport aux besoins des soins. De plus, parmi les facteurs qui limitent ou retardent fortement le recours aux maisons de retraite médicalisées à Milan on retrouve pas tant des résistances « culturelles » (qui sont fortement compensées par l'idée que le « besoin » justifie l'institutionnalisation des personnes âgées), que les coûts des services – éventuellement supportée au moins en partie par les enfants en présence de revenus moyens - et leur qualité, la distance entre l'habitation des membres de la famille et la structure disponible et les listes d'attente.

L'évaluation des coûts et des avantages est présente non seulement dans le cadre du recours à l'institutionnalisation, mais aussi par rapport aux choix résidentiels. A Amsterdam ainsi qu'à Milan, en dépit des différences institutionnelles et sociales, la co-résidence n'est pas généralement considérée un choix souhaitable en réponse aux besoins de soins des personnes âgées dépendantes. Les interviewés ont tendance à la considérer excessivement contraignante. Néanmoins, le cas milanais fait émerger des conditions qui la rendent acceptable ou même avantageuse. En particulier, la présence d'enjeux économiques dans la prise en charge de la dépendance émerge clairement dans ce contexte parmi les couches sociales plus défavorisées. Alors que dans les couches qui disposent de plus hauts revenus et de conditions de vie plus aisées cela ne représente pas un enjeu, les ménages moins aisés envisagent la possibilité d'accueillir une personne âgée dépendante afin de disposer de ses ressources (en terme de revenus ou bien d'hébergement).

Enfin, un choix crucial est constitué par le choix de « qui soigne » à domicile. En dépit de visions normatives très semblables entre les interviewés dans les deux villes par rapport aux solidarités familiales et en particulier entre générations, le contenu spécifique de ces solidarités est représenté de façon très différente. Alors qu'à Amsterdam les visites plus ou moins fréquentes, le soutien affectif et la prise en charge des tâches administratives remplissent les conditions de la solidarité et du soutien informel chez la plupart des interrogés, à Milan on a tendance à étendre le contenu de la solidarité à la prise en charge de soutien direct. Néanmoins, chez les familles milanaises qui ont choisi d'embaucher une aide rémunérée on retrouve la même propension à considérer l'organisation des soins et éventuellement leur financement comme remplissant l'exigence de garantir soutien aux personnes âgées dépendantes. Une attitude semblable se retrouve chez les familles milanaises plus aisées. Ces conceptions distinctes des solidarités familiales reflètent clairement la différente disponibilité de ressources présente dans les deux systèmes – surtout du fait du développement du soutien public et collectif aux Pays-Bas – et dans les différentes couches sociales. Le pouvoir que la disponibilité de ressources exerce à la fois sur les visions normatives et sur les pratiques de prise en charge émerge donc clairement de l'analyse des choix dans les deux contextes. Alors qu'on retrouve de similitudes à la fois normatives et de pratiques parmi les couches inférieures et les couches supérieures à Milan et Amsterdam, ce qui fait la différence dans les deux cas est la position des couches moyennes. Les ménages où les ressources économiques et sociales sont plus limitées ont tendance à s'appuyer à des stratégies (et à des convictions) de prise en charge directe de la dépendance (même si de façon plus « extrême » à Milan). Ici la division du travail informel entre les genres est plus marquée et la prise en charge constitue à la fois une contrainte sociale très forte et aussi un moyen de redistribution de ressources à l'intérieur de la famille. A Milan ainsi qu'à Amsterdam, les ménages où les ressources économiques et sociales sont plus importantes ont par contre tendance à utiliser des stratégies de prise en charge de marché et à considérer le soutien affectif et organisationnel comme la base de la solidarité familiale. Dans ces cas la division du travail informel (et la différence de vision normative entre hommes et femmes) est moins marquée du fait de la réduction d'importance de la prise en charge directe. Finalement, la position des couches moyennes constitue la principale différenciation des deux systèmes. Alors qu'à Amsterdam les stratégies des classes moyennes se construisent sur une combinaison de ressources formelles et de ressources de marché pour les activités secondaires (avec une présence de ressources informelles pour les tâches administratives), à Milan la combinaison est plutôt entre ressources de marché, qui jouent un rôle fondamental dans les soins directs, et ressources informelles qui complètent et organisent les soins. En d'autres termes, alors que l'émancipation des (femmes des) couches moyennes du travail informel est passé aux Pays-Bas par le développement du système de prise en charge formel, il a (en partie) eu lieu en Italie grâce au développement du marché des soins. Cela a été possible grâce à des éléments institutionnels traditionnels du système sociale Italie. D'un côté la disponibilité de ressources monétaires considérables du fait, à la fois, du système de retraites et des allocations en faveur des personnes dépendantes a doté les ménages d'importantes ressources pour accéder au marché des soins. D'autre côté, la possibilité de réduire drastiquement les coûts de production des services grâce à la pratique du travail à noir s'est accompagné de la croissante disponibilité de travailleurs immigrés. Néanmoins l'analyse empirique souligne que ces facteurs ont contribué à produire des changements remarquables surtout du fait qu'ils ont doté une génération particulière de femmes italiennes (les filles des personnes âgées dépendantes) de ressources qui n'étaient pas à disposition auparavant. En d'autres termes, ils ont introduit dans le système des possibilités de choix inconnues jusqu'à très récemment.

6.3. La résistance du modèle de soins formel et la transformation du modèle de soins informel

On observe des tensions importantes s'exercer sur les systèmes de prise en charge de la dépendance, à Milan ainsi qu'à Amsterdam. Ces tensions sont aussi représentées par les opinions concernant les réponses aux besoins de soins qu'expriment les interviewés dans les deux villes. A Amsterdam, le discours politique concernant la nécessité d'une plus forte responsabilisation des individus et des familles en ce qui concerne la réponse aux risques sociaux (et au risque dépendance en particulier) se reflète sur la préoccupation manifestée par plusieurs interviewés, qui envisagent dans le repli de l'état providence une réduction de l'autonomie réciproque des générations dans la gestion du risque. D'ailleurs, à Milan, la vision traditionnelle des solidarités familiales fondées sur les soins directs est remise en cause par une vision normative qui soit admet les solutions de marché comme réponse légitime, soit questionne plus radicalement les fondements de la solidarité familiale et demande la socialisation du risque. Néanmoins, alors qu'à Milan l'enquête qualitative confirme que des changements radicaux ont été mis en place dans la prise en charge de la dépendance, les transformations paraissent beaucoup plus limitées à Amsterdam. Comme on l'a souligné, les institutions de *welfare* (et les institutions au sens plus large) conditionnent fortement les façons les « paquets de soins » sont construits, du fait qu'elles structurent les opportunités et les contraintes de l'action individuelle et collective. Cela produit des variations entre les systèmes par rapport non seulement aux différents « paquets de soins » disponibles, mais aussi aux enjeux, aux acteurs qui jouent un rôle dans le système et donc, aux mécanismes sous-jacents le changement social. C'est à partir de cette observation que les trajectoires des deux systèmes peuvent s'interpréter.

D'un côté, les changements profonds qu'on pourrait s'attendre dans le système néerlandais de soins du fait des changements de direction des politiques publiques à partir des années 1990 n'ont pas eu lieu. Des limités changements dans le cas de système formel considéré peuvent s'interpréter comme le résultat de résistances institutionnelles et sociales. Alors que tous les acteurs clé interrogés ont souligné la portée des changements en cours dans l'organisation des services de prise en charge et dans les modalités d'accès aux prestations financées par l'assurance obligatoire nationale, l'impact direct sur les « paquets de soins » paraît plutôt limité. Durant les dernières années, le système néerlandais de prise en charge de la dépendance a sans doute connu l'introduction de logiques de marché autrefois absentes. Mais ces logiques n'intéressent pas tant de l'allocation des ressources de soin que le côté de la production. Le recours à ressources de marché financé directement par les individus et les familles pour répondre aux besoins de soins ne concerne qu'une proportion limitée de la population, alors que les couches moyennes continuent à être incluses dans le système collectif de redistribution. Même quand c'est le marché la source qui offre les services, le financement de ces services est public (comme dans le cas du *personal budget*). Par contre le recours au marché sur la base de ressources monétaires privé n'a lieu que pour des besoins complémentaires. D'ailleurs le marché du travail des services sociaux se développe dans un contexte beaucoup plus réglementer que dans le cas italien, avec moins de chances de s'appuyer sur une forte fragilisation des travailleurs des services de soin. A la fois la réduite présence du travail au noir et la limitée fragmentation du marché du travail, réduisent fortement les chances de transférer les coûts croissants de production des services sur la main-d'œuvre. En ce qui concerne la seconde voie de changement du système – le développement d'un soutien familial plus fort et donc le déplacement des coûts de production sur le travail informel – des difficultés se présentent clairement à l'analyse. Une résistance sociale assez marquée vers la possible « re-familisation » du risque dépendance émerge des entretiens. Même parmi les interviewés et les acteurs clé favorisant l'idée d'un engagement plus important des *caregivers* informels dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes, ce souhait concernait la présence et la prise de responsabilité plutôt que l'intervention directe dans le système des soins. Finalement, puisque le système de soins formel qui se construit autour de l'assurance nationale obligatoire néerlandaise constitue un enjeu important, tous les acteurs collectifs au niveau national et local sont fortement intéressés à qu'il soit maintenu et renforcé.

D'ailleurs, les caractéristiques institutionnelles du contexte italien ont favorisé une transformation marquée des modes de productions des soins, dans laquelle une génération particulière de femmes a joué un rôle clé. Ce changement considérable questionne à la fois la transformation de rôle des genres et les inégalités sociales dans un système de prise en charge de la dépendance qui reste fortement familiste, même si de plus en plus « marchandisé ». Puisque les femmes sont traditionnellement plus engagées dans la production de soins informels les changements observés dans le système de prise en charge informelle questionnent d'abord les transformations des relations entre les genres et la division du travail informel. L'organisation et la supervision du soutien représentant le nouveau type de tâches accomplies par les femmes en cas d'accès aux services de marché sont, d'autre côté, plus facilement partagé que les soins directs. Néanmoins, les matériaux empiriques soulignent à ce propos qu'un nouvel équilibre entre les genres et rejoint pas tant à travers un plus grand engagement des hommes dans les soins informel, mais grâce à une retraite partielle des femmes des soins directs. En outre, le passage d'un système informel à un système combiné informel et de marché s'est fondé sur la construction d'un profil particulier de travailleur des services à la personne qui questionne le système d'inégalités sociales. L'externalisation des soins vers le marché constitue une tentative de déplacer le poids de la production du *care* sur les travailleurs. Cela a

été possible grâce à un déplacement de tensions et de coûts du travail informel à une main-d'œuvre qui se présente comme sous-rémunérée et sous-protégée. Ces changements ont été favorisés à la fois par les caractéristiques institutionnelles de base du système et par l'action des acteurs individuels soutenue par les acteurs collectifs localisés.

7. Conclusions

L'analyse conduite confirme qu'une perspective privilégiant les politiques publiques et leurs changements au niveau national ne suffit pas pour comprendre les transformations en cours au niveau de l'organisation sociale. Ce domaine n'étant qu'en partie couvert par la protection sociale, les transformations à l'œuvre ne sont pas qualifiables comme simples conséquences du retrait de l'Etat. Du point de vue des politiques, le contexte institutionnel, les politiques sociales plus générales et les relations entre les niveaux national et local représentent des facteurs importants. En outre, puisque la famille joue un rôle important dans la gestion du risque, il a fallu prendre en compte la possibilité qu'elle puisse représenter une variable indépendante dans le système et re-conceptualiser le rôle du marché et ses interactions avec les autres sphères de production et d'allocations des ressources.

Le point de départ théorique du concept de « *welfare system* », a permis d'analyser les changements dans les systèmes de *welfare* de façon plus opérationnelle. D'un côté, la nature des systèmes de soins et leur changement ont été observés à partir de la combinaison effective de différentes ressources en réponse aux besoins des personnes âgées dépendantes. De l'autre, on a attribué non seulement aux politiques publiques, mais aussi à la sphère de la réciprocité la faculté de produire des changements qui s'imposent au niveau de système. En outre, la proposition concernant la distinction entre les fonctions de productions et d'allocations des ressources de soins a permis d'analyser de façon distincte les processus de changement dans ces deux sphères et à en éclaircir les relations. Cette approche questionne à la fois les bases des typologies existantes des systèmes de *welfare* ou bien des systèmes de soins, en soulevant en même temps d'ultérieures questions qui s'ouvrent à de nouvelles pistes de recherche.

7.1. La *political economy* de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées

Tandis qu'au début des années 1990 les deux cas représentaient clairement deux modèles opposés, les changements observés sont beaucoup plus marqués en Italie qu'aux Pays Bas. Au début de la décennie en Italie les soins pour les personnes âgées dépendantes étaient effectivement produits et distribués à l'intérieur des familles. La production collective de service (à travers le secteur public ou bien les organisations non lucratives) jouait un rôle marginal, ainsi que le marché. Par contre, aux Pays-Bas, dans la même période, la production et l'allocation des soins pour les personnes âgées dépendantes avait lieu principalement dans le cadre d'un système collectif de protection : financé à travers une assurance obligatoire et organisé à travers la production de services publics où d'organisations non lucratives. Malgré son importance, le soutien familial jouait un rôle complémentaire par rapport aux soins formels, ainsi que les soins de marché étaient d'une ampleur limitée. Alors que aux Pays-Bas de nombreuses mesures de ciblage, mécanismes de marché et mesure pour le développement des soins informels ont été introduits, en Italie les années 1990 ont été une période de stabilité des politiques publique de prise en charge de la dépendance. Néanmoins, le cas néerlandais voit ses caractéristiques principales maintenues et se présente comme un cas de résistance institutionnelle et sociale au désengagement de l'Etat. Au contraire, en Italie on observe le passage à un système mixte de famille et marché dans la gestion des risques et on met en lumière un cas intéressant d'innovation sans changement important de politiques publiques. Le travail empirique confirme donc la nécessité de dépasser une approche uniquement fondée sur l'analyse des politiques publiques et d'insérer le jeu d'acteurs individuels et collectifs dans l'interprétation des transformations en cours. Afin de saisir la nature et les trajectoires des systèmes des *welfare* il est nécessaire de prendre en compte les acteurs pertinents (individuels et collectifs), les enjeux, les stratégies dans les cadre de ressources et contraintes qui s'inscrivent à la fois dans le système institutionnel de prise en charge de la dépendance et dans la structure des inégalités sociales.

La recherche confirme que les inégalités produites par la participation au marché du travail, par la différente appartenance de genre et de génération, par l'histoire migratoire sont modifiées par les politiques publiques. Ce qui fait la différence est non seulement la politique sociale étroitement liée au risque analysé mais au sens plus large, qui s'inscrit aussi dans les politiques de régulation du marché du travail et de l'immigration. Le systèmes d'inégalités sociales dans le domaine étudié est forcément très différent en Italie et aux Pays-Bas : les différents systèmes d'inégalités concernent la « double » exposition au risque (devenir dépendant et devoir s'occuper d'une personne dépendante), mais aussi la disponibilité de ressources et les rapport de pouvoirs entre acteurs, ainsi que le degré de liberté de choix par rapport aux réponses aux besoins de soins. Alors que les rapports entre les générations (dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées dépendantes) sont gérés à l'intérieur des familles en Italie, ils font l'objet de redistribution collective aux Pays-Bas. Cette différence se reflète fortement sur le système d'inégalité entre les générations et sur les dynamiques de leurs relations, sur les enjeux familiaux de la dépendance, sur la

position des femmes et des générations des enfants. En même temps, les institutions de *welfare* au sens large influencent fortement les relations entre les familles et le marché des soins, car il établit les règles fondamentales par rapport auxquelles se développent des relations marchandes et favorise un équilibre spécifique de pouvoir entre producteur et consommateurs de soins.

Un système de *welfare* est donc également un système de conflits et de régulation de conflits, dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées ainsi que dans d'autres secteurs de la protection sociale. Puisque les soins sont longuement restés dans le domaine des relations familiales ou bien sont rentrés dans la sphère de la régulation publique à l'occasion du développement des services sociaux, les enjeux et les conflits qui y sont rattachés ont été longuement négligés par la *political economy*. Le développement de soins de marché d'une certaine façon en sollicite une analyse plus attentive. Dans le modèle de soins formels, représenté par le cas néerlandais, les conflits qui caractérisent les relations entre qui offre et qui reçoit les soins subissent fortement l'intermédiation et dans une certaine mesure la réduction des politiques publiques. La demande d'un plus haut niveau de liberté de choix avancé par les usagers au cours des années 1990 constitue une expression de ce conflit et entre production et consommation de ressources de soin. A ce niveau, les politiques publiques et le système de représentation des intérêts ont continué à jouer un rôle aux Pays-Bas, même si dans le cadre de nouveaux équilibres et de l'introduction de principes de marché dans le système de prise en charge collectif. Dans le modèle de soins informels, représenté par le cas italien, la politique publique a tendance à s'éloigner de la régulation des relations entre producteurs et consommateurs de soins, à la fois dans le passé et dans le cadre des transformations plus récentes. Dans la transition de ce modèle vers un système mixte de soutien familiale et de marché les conflits et les tensions qui s'inscrivent dans les relations de soins informelles ont été en partie transférés dans la relation d'emploi. Alors que dans le modèle traditionnel les politiques sociales, assumant que les soins étaient une « affaire de famille », implicitement soutenaient les relations de pouvoir au sein de la famille (notamment de genre et de générations), dans le cadre du nouveau système « marchandisé » les politiques sociales ont également choisie la non intervention dans la régulation des conflits entre employeurs et salariées. Comme on l'a montré, l'absence de régulation – ou la mise en œuvre très faible des réglementations existantes – a à la fois permis le développement de ce type de marché et en reproduit les relations de pouvoirs, favorisant une régulation « privée » du conflit. De cette façon les coûts des soins continuent à être supporté surtout par la main-d'œuvre produisant des services – hier non rémunérés dans le cadre des soutiens informels et aujourd'hui en partie sous rémunérés. Dans le cadre de ces processus les acteurs sociaux intermédiaires jouent un rôle crucial. Néanmoins, alors qu'aux Pays-Bas le système de représentation des intérêts est fortement structuré, par rapport à son histoire institutionnelle, en Italie le problème de la représentation des intérêts émerge clairement. Ici les différentes positions des *caregivers* informels, des personnes âgées, des travailleurs des différents sous secteurs et surtout des travailleurs immigrés directement embauchés par les familles, ne sont pas ouvertement représentés dans l'arène politique et sociale, ce qui se reflète sur la difficulté de mobilisations collective des différentes instances.

7.2. Le problème du *welfare* local

Les relations et les tensions entre les dimensions locale et nationale constituent une question cruciale dans le débat sur la transition des systèmes de *welfare*. L'éventuelle différenciation interne des systèmes nationaux représenterait une variable importante dans l'étude de leurs trajectoires. Alors que le système néerlandais est fortement centralisé par rapport aux politiques de prise en charge de la dépendance, le cas italien fournit un exemple de politiques fortement différencié au niveau local. Les recherches précédentes qui se sont focalisées sur les politiques publiques ont successivement confirmé les variations locales, surtout dans le domaine des politiques contre la pauvreté (Saraceno 1998b) et plus en générale par rapport au niveau de dépense pour les politiques sociales régionales et locales (Artoni et Ranci Ortigosa 1989 ; Fargion 1997 ; LABOS 1992, 1994 ; Da Roit 2001). Le questionnement concerne donc dans quelle mesure la variation locale des politiques sociales constitue un facteur de différenciations de systèmes locaux de *welfare* dans le sens de cette recherche, c'est-à-dire des combinaisons stables de ressources en réponse aux risques sociaux, et notamment au risque dépendance. Les résultats de recherche soulignent les difficultés d'émergences de systèmes locaux différenciés dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées dépendantes.

A travers l'analyse quantitative, on a observé les variations sous-nationales et les variations par rapport au niveau d'urbanisation par rapport à la distribution à la fois du risque et des réponses aux besoins de soins. La variation des « paquets de soins » à niveau sous-national est fortement limitée aux Pays-Bas ainsi qu'en Italie. Alors que ce résultat concorde avec les hypothèses qu'on pourrait formuler par rapport aux Pays-Bas, est contradictoire avec la différenciation territoriale des politiques sociales en Italie. Plus précisément, le développement des soins de marché, représentant le changement plus important dans le système de soins italien, n'est point un phénomène limité aux régions du centre-nord : le poids de ce type de soutien n'est que légèrement inférieur dans le sud. La structure institutionnelle italienne peut fournir des clés de lecture de cet apparent paradoxe. Les ressources régionales destinées aux politiques sociales sont très limitées par rapport à l'importance des mesures nationales de soutien monétaire direct aux usagers. Le seul

secteur d'activité où les régions jouent un rôle de premier plan est celui de l'institutionnalisation. Effectivement, l'impact des différentes politiques régionales par rapport à l'institutionnalisation est très visible dans l'analyse de l'occurrence de la dépendance parmi les personnes âgées vivant à domicile. Par contre, les différences entre territoires plus ou moins urbanisés émergent clairement, en Italie ainsi qu'aux Pays-Bas. Néanmoins, alors qu'aux Pays-Bas le recours au soutien formel est plus important dans les contextes plus urbanisés où les ressources formelles sont plus faibles, cela n'est pas vrai dans le cas italien, où la faiblesse des ressources informelles n'est compensée par la disponibilité de ressources formelles. Du point de vue des politiques publiques ce phénomène peut s'interpréter comme la plus grande capacité des politiques sociales néerlandaises de s'adapter aux besoins spécifiques de contextes territoriaux différents et, par contre, la capacité inférieure dans le cas italien. Autrement dit, non seulement en Italie on observe une différenciation limitée des réponses aux besoins entre macro régions, mais aussi une réduite capacité de faire face aux problèmes des contextes urbains : les politiques régionales ont une portée limitée et les politiques locales ont du mal à s'adapter à des niveaux de besoins plus élevés. Au contraire, aux Pays-Bas l'homogénéité régionale a comme contrepartie une plus grande capacité d'adaptation aux besoins locaux. Dans un contexte très centralisé, où les individus sont titulaires de droits d'accès aux services et aux allocations, d'une certaine façon la politique sociale suit les besoins, alors que dans un contexte décentralisé et fragmenté avec une disponibilité limitée de ressources au niveau local, la politique sociale présente montre plus de difficultés à s'adapter aux besoins.

Lorsqu'on descend à un niveau local et fondé sur l'analyse qualitative des stratégies des acteurs locaux, on ne dispose pas, dans le cadre de cette recherche, de données concernant la différenciation (ou bien l'homogénéité des systèmes locaux), mais plutôt des éléments qui montrent les processus à la base d'une possible différenciation. Puisque les éléments institutionnels, comme on l'a souligné dans le cadre de l'analyse qualitative, constituent des facteurs décisifs pour structurer la production des paquets de soins, la variation des politiques locale devrait jouer un rôle déterminant seulement si a même de changer le contexte institutionnel. Nonobstant l'observation de plusieurs éléments de distinction des deux systèmes locaux dans leurs cadres nationaux respectifs, l'analyse qualitative des « paquets de soins » a souligné comme les ressources sur lesquelles les individus et les familles s'appuient pour la construction des « paquets » sont généralement des ressources nationales : les retraites, les allocations monétaires nationale pour les personnes dépendantes (à Milan), les services financé par l'assurance nationale obligatoire (à Amsterdam). Les états providence nationaux jouent donc un rôle clé dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes à Milan ainsi qu'à Amsterdam. En outre, la mobilisation d'acteurs locaux et la réalisation d'initiatives locales dans ce domaine de la protection sociale sont fortement limitées : les mesures de prise en charge des personnes âgées dépendantes sont très onéreuses, demandent une organisation complexe et se structurent sur la longue durée. Puisque, pour ces raisons, les organisations (lucratives ainsi que non lucratives) qui offrent des services de soins comptent surtout ou exclusivement sur des financements publics, les possibilités de développer des systèmes innovateurs sont fortement limitées. Par conséquent, la présence de pouvoir discrétionnaire au niveau local qui ne s'accompagne pas de considérables ressources récoltées à un niveau institutionnel plus élevé montre des limites dans la production de différenciations remarquables au niveau local, comme dans le cas italien. Par contre, dans le cas néerlandais, l'organisation locale des services, qui s'inscrit dans le cadre de ressources disponibles à partir d'une mesure nationale, a plus de possibilités de produire des solutions différenciées.

7.3. Futures directions de recherche

L'analyse traditionnelle de la protection sociale devra probablement faire face à des limites croissantes même par rapport aux risques traditionnels, du fait des transformations des politiques sociales, des relations d'emploi et des structures et dynamiques familiales. La solution suggérée par ce travail consiste en un renversement de perspective qui considère les façons dont les individus et les familles font face aux risques sociaux, comme un indicateur des mécanismes de production et d'allocations des ressources de chaque société. Cette démarche devrait contribuer à une compréhension plus large et plus approfondie des changements en cours dans les systèmes de protection sociale contemporains et des forces sous-jacentes à ces transformations.

En outre, ce travail a souligné les liens entre les changements des modes de production et les modes d'allocations des ressources de soin, insistant sur la double nature du risque dépendance. En même temps, il a aussi évoqué le besoin d'une compréhension plus systématique des transformations des relations d'emploi dans le domaine des services à la personne. Une analyse plus étendue s'appuyant sur une extension de la comparaison devrait fournir des éléments ultérieurs sur l'applicabilité des concepts de marchandisation et de-marchandisation. Comme on l'a souligné la référence au clivage traditionnel public-privé dans ce domaine a en partie perdu son pouvoir analytique. Par conséquent l'analyse demande grande attention aux différentes modalités de participation au marché du travail et de sa régulation.

Dans le cadre de cette recherche on a privilégié l'observation des décisions et des stratégies qui, étant donné un système institutionnel de prise en charge de la dépendance, sont potentiellement productrices de changements dans les systèmes. Néanmoins, la nécessité d'une lecture des influences sociales sur la

construction des politiques émerge clairement. L'analyse des cas italien et néerlandais fournit à cet égard des lignes interprétatives qui méritent future attention. Les questions émergeant de cette étude sont les relations, d'un côté, entre des politiques sociales consolidées et des changements dans ces politiques et, de l'autre côté, entre le changement social et les politiques sociales. Dans le cas néerlandais l'organisation d'intérêts préexistante et d'un système de prise en charge collective très forte, structurent clairement le débat, les enjeux et les effets réels des politiques mises en œuvre. Par contre, ce qui émerge dans le cas italien est l'absence d'un système de représentation d'intérêts, d'où le paradoxe apparent de la faiblesse des mesures de prise en charge collective de la dépendance en dépit du poids démographique, social et donc électoral des personnes âgées. En autres termes, la mobilisation des personnes âgées dans ses formes différentes doit être intégrée à l'analyse.

La discussion précédemment conduite à propos des limites du niveau local dans la définition d'un cadre institutionnel radicalement différent par rapport au contexte national a également souligné la possibilité de nouvelles lignes de recherches. Il s'agit d'interroger, à partir d'une perspective et d'une méthodologie différentes, les conditions et les logiques selon lesquelles la dimension locale devient cruciale dans la construction des « paquets de *welfare* ». Mis à part l'analyse qualitative de la variabilité des systèmes institutionnels locaux de protection sociale, il est souhaitable de concevoir des outils permettant de repérer l'émergence de systèmes locaux de *welfare*, systèmes caractérisés, au niveau individuel, par des réponses différentes aux risques sociaux. Tandis que dans le cas de la dépendance des personnes âgées en Italie cela n'a pas trouvé confirmations au niveau des macro régions, une échelle territoriale plus fine pourrait mettre en évidence des différences plus importantes.

Références

- Abrahamson P. (1997), "The Scandinavian social service state in comparison", in Sipila J. (ed.), *Social care services: the key to the Scandinavian welfare model*, Aldershot: Avebury.
- Ambrosini M. (1999), *Gli utili invasori*, Bologna : Mulino.
- Anttonen A., Sipila J. (1996), "European social care services. Is it possible to identify models?", *Journal of European Social Policy*, 6: 87-100.
- Artoni R., Ranci Ortigosa E. (1989), *La spesa pubblica per l'assistenza in Italia*, Milano:Angeli.
- Barbagli M., Colombo A., Sciortino G. (a cura di) (2004), *I sommersi e i sanati*, Bologna: Mulino.
- Baumol W. (1967), "The macroeconomics of unbalanced growth", *American Economic Review*, 57: 415-426.
- Bison I., Esping-Andersen G. (2000), "Unemployment, welfare regimes and income packaging", in Gallie D., Paugam S. (eds.), *Welfare regimes and the experience of unemployment in Europe*, Oxford: Oxford University Press.
- Bonarini F. (2002), "La popolazione anziana degli istituti assistenziali secondo i dati del censimento del 1991", in Ongaro R. (a cura di), *In famiglia o in istituto. L'età anziana tra risorse e costrizioni*, Milano, Angeli, pp.147-172.
- Bonke J., Koch-Weser E. (2001), "The Welfare State and Time Allocation. Denmark, Italy, France and Sweden", Copenhagen: Danish National Institute for Social Research. Welfare Distribution Working Papers.
- Breeze E., Sloggett A., Fletcher A.E. (1999a), "Socioeconomic status and transitions in status in old age in relation to limiting long-term illness measured at the 1991 Census; Results from the UK Longitudinal Study", *European Journal of Public Health*, 9: 265-70.
- Ciorli A., Della Croce F. (1994), *Per forza e per amore. L'assistenza ad anziani non autosufficienti dimessi da un ospedale milanese*, Milano: Iler-Angeli.
- Coleman J.S. (1986), "Social Theory, social research and a theory of action", *American Journal of Sociology*, 91: 1309-35.
- Commissie Sociaal-Economische Deskundigen (CSED) (1999), *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing (Health care in light of the future greying of the population)*, The Hague: Sociaal Economische Raad.
- Commissione per l'analisi per le compatibilità macroeconomiche della spesa sociale ("Commissione Onofri") (1997), *Relazione finale*, Roma.
- Crozier M., Friedberg E. (1977), *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris : Seuil.
- Da Roit B. (2001), *Politiche pubbliche per l'assistenza. Attori, cambiamenti, Risorse in Lombardia*, Milano, Angeli.
- Da Roit B., Castegnaro C. (2004), *Chi cura gli anziani non autosufficienti?*, Milano, Angeli.
- Daly M. (ed.) (2001), *Care work. The quest for security*, Geneva: ILO, pp.159-174.
- de Boer A. (1999), *Housing and care for older people: a macro-micro perspective*, Nederlandse Geografische Studies 253, Utrecht: Urban Research Centre
- Esping-Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press.
- Esping-Andersen G. (1999), *The Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford: Oxford University Press, It. Tr.: (2000), *I fondamenti sociali delle economie post-industriali*, Bologna, Mulino.
- Esping-Andersen G., Gallie D., Hemerijk A., Myles J. (2002), *Why we need a new welfare state*, Oxford, Oxford University Press.
- Esping-Andersen G. (ed.) (1996), *Welfare states in transition: national adaptations in global economies*, London: Sage.
- Evers A. (1998), "The New Long-Term Care Insurance Program in Germany", in *Journal of Aging and Social Policy*, 10(1): 77-98.
- Facchini C. (1996), "Tipologia familiare, reti di relazione e reti di supporto", in Mauri L., Breveglieri L., *Vivere l'età anziana. Indagine sociologica in un'area avanzata*, Milano: Angeli
- Fargion V. (1997), *Geografia della cittadinanza sociale in Italia*, Bologna: Il Mulino.
- Ferrera M. (1998), *Le trappole del welfare*, Bologna: Il Mulino.
- Ferrera M., Rhodes M. (eds.) (2000), *Recasting European Welfare States*, London: Franck Cass.
- Flora P., Heidenheimer A. (eds.) (1981), *The development of the welfare states in Europe and America*, London: Transaction books.
- FORMEZ (2003), *L'attuazione della riforma del welfare locale*, Roma: FORMEZ
- Gallie D., Paugam S. (eds.) (2000), *Welfare regimes and the experience of unemployment in Europe*, Oxford: Oxford University Press.
- Giddens A. (1985), *The nation state and violence*, Cambridge: Polity press.
- Goodin R.E., Headley B., Muffels R., Dirven H.-J. (1999), *The real worlds of welfare capitalism*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Hanssen J.I. (1997), "The Scandinavian model as seen from a local perspective", in Sipila (ed.) (1997).

- Heclo H. (1974), *Modern Social Politics in Britain and Sweden: From Relief to Income Maintenance*, New Haven: Yale University Press.
- Hult C., Svallfors S. (2002), "Production regimes and work orientations: a comparison of six countries", *European Sociological Review*, 18(3): 315-331.
- INPS (2003), *Rapporto annuale Inps 2002*, Roma: INPS.
- IRER (2000), *Anziani, stato di salute e reti sociali. Un'indagine diretta sulla popolazione anziana della Lombardia*, Milano: Guerini e Associati.
- ISTAT (2002), *I presidi residenziali socio-assistenziali: anno 1999*, Roma: ISTAT Argomenti.
- Knijn T. (2001), "Care work: innovations in The Netherlands", Daly M. (ed.), *Care work. The quest for security*, Geneva: ILO, pp.159-174.
- Korpi W. (1980), "Social policy and distributional conflict in the capitalist democracies. A preliminary comparative framework", *West European politics*, 3(3): 296-316.
- Korpi W. (1983), *The democratic class struggle*, Boston: Routledge and Kegan Paul.
- Kroger T. (1997), "Local government in Scandinavia: autonomous or integrated into the welfare?" In Sipila (ed.) (1997).
- LABOS (1992), *Regioni e politiche socio assistenziali. IV Rapporto*. Roma : TER.
- LABOS (1994), *Regioni e politiche socio assistenziali. V Rapporto*. Roma : TER.
- Leibfried S. (1993), "Towards a European welfare state", in Jones (ed.), *New perspectives on the welfare state*, London: Routledge (republished as "Towards a European welfare state: on integrating poverty regimes in the European Community", in Pierson C., Castles F.G. (2000), *The welfare state reader*, Cambridge: Polity Press, pp.190-206)
- Lewis J. (1992), "Gender and the development of welfare regimes", *Journal of European Social Policy*, 2(3): 159-173.
- Lewis J. (1997a), "Gender and welfare regimes: further thoughts", *Social politics*, 4(2): 160-177.
- Lewis J. (2002b), "Le "community care" au Royaume Uni: le tournant des années 1990", in Martin C. (sous la dir.), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?*, Rennes: Presses Universitaires de Rennes
- Lewis J. (ed.) (1998), *Gender, social care and the welfare state restructuring in Europe*, Aldershot, Ashgate.
- Mann M. (1993), *The sources of social power. 2, The rise of classes and nation-states, 1760-1914*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Marshall T.H. (1950), *Citizenship and social class*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Martin C. (sous la dir.) (2002), *La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?*, Rennes: Presse Universitaire de Rennes.
- Micheli G.A. (1991), "I servizi socio-assistenziali e sanitari", Irer, *Social survey in Lombardia. Contributi sulla formazione della domanda sociale*, Milano: Angeli, pp.21-91.
- Micheli G.A. (1996), "Piantar radici perché non avanzi il deserto", in Mauri L., Breveglieri L., *Vivere l'età anziana. Indagine sociologica in un'area avanzata*, Milano: Angeli
- Millar J., Warman, A. (1996), *Family obligations in Europe*, London: Family Policy Studies Centre.
- Mingione E. (1997), *Sociologia della vita economica*, Roma: Carocci.
- Mingione E. (2001), "Il lato oscuro del welfare: trasformazione delle biografie, strategie familiari e sistemi di garanzia", Atti del convegno "Tecnologia e società II", 5-6 aprile 2001, Accademia dei Lincei, Roma.
- Ministero per la Solidarietà sociale (1999), *Anziani in Italia*, Roma.
- Morel N. (2004), "Providing coverage against new social risks in Bismarckian welfare states: the case of long term care", Paper presented at the ISA RC19, Paris: 2-4 September 2004.
- Naldini M. (2002), "Le politiche sociali e la famiglia nei Paesi Mediterranei. Prospettive di analisi comparata", *Stato e Mercato*, 64: 73-99.
- O'Connor J. (1973), *The fiscal crisis of the state*, New York: St.Martin's press.
- O'Connor J. (1996), "From women in the welfare state to gendering the welfare state regimes", *Current Sociology*, 44(2).
- OECD (1981), *The welfare state in crisis*, Paris: OECD.
- OECD (1996a), *Ageing in OECD countries*, Paris: OECD.
- OECD (1996b), *Caring for frail elderly people. Policies in evolution*, Paris: OECD.
- Orloff A.S. (1996), "Gender in the welfare state", *Annual review of Sociology*, 22: 51-78.
- Pacolet J., Bouten R., Lanoye H., Versiek K. (2000), *Social Protection for Dependency in Old Age. A Study of the Fifteen EU member States and Norway*, Aldershot: Ashgate.
- Palier B. (2000), "Does Europe matter ? Européisation et réforme des politiques sociales des Pays de l'Union Européenne", *Politique Européenne*, 2: 7-28.
- Pierson P. (1994), *Dismantling the welfare state? Reagan, Thatcher and the politics of retrenchment*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Pierson P. (1996), "The New Politics of the Welfare State", *World Politics*, 48(2): 143-179.
- Pierson P. (ed.) (2001), *The new politics of the welfare state*, Oxford: Oxford University Press.
- Polanyi K. (1944), *The Great Transformation*, it tr. (1974): *La Grande trasformazione*, Torino: Einaudi.

- Qureshi, H., Walker A. (1990), *The caring relationship: Elderly people and their families*. London: Macmillan.
- Rainwater R., Rein M., Schwartz M. (1986), *Income packaging in the welfare state: a comparative study of family income*, Oxford, Clarendon Press.
- Rein M., Rainwater L. (1986), *Public/private interplay in social protection*, New York: M.E. Sharp.
- Reyneri E. (2001), "Migrants in irregular employment in the Mediterranean countries of the European Union", *International Migration papers*, Genève, ILO.
- Rimlinger G. (1971), *Welfare Policy and Industrialization in America, Germany and Russia*. New York: Wiley.
- Rosanvallon P. (1981), *La crise de l'état providence*, Paris : Seuil.
- Rostgaard T., Fridberg T. (1998), *Caring for children and older people: a comparison of European policies and practices*. Copenhagen: The Danish National Institute of Social Research.
- Sainsbury D. (ed.) (1994), *Gendering welfare states*, London: Sage.
- Saraceno C. (1998a), *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Bologna: Il Mulino.
- Saraceno C. (1998b), "Conclusions", in *ESOPO. Evaluation of social policies at the local urban level: income support for the able bodied, Final report*, pp.223-231.
- Saraceno C., Naldini M (2001), *Sociologia della famiglia*, Bologna: Il Mulino.
- Simonen L., Kovalainen A. (1998), "Paradoxes of social care restructuring: the Finnish case", in Lewis J. (ed.) (1998).
- Sipila J. (ed.) (1997), *Social care services: the key to the Scandinavian welfare model*, Aldershot, Ashgate.
- Sundström G. (1994), "Les solidarités familiales : tour d'horizon des tendances", in *Protéger les personnes âgées dépendantes, nouvelles orientations*, OCDE, Etudes de politiques sociales, 14, p.15-58.
- Sunesson S. et al. (1998), "The flight from universalism", *European Journal of Social Work*, 1: 19-29.
- Szebehely, M. (1998), "Changing divisions of carework: caring for children and frail elderly people in Sweden". In: J. Lewis (ed.), *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*, Aldershot: Ashgate, pp. 257-283.
- Szebehely M. (2002), "Care as employment and welfare provision: the case of children and elderly people in Sweden at the dawn of the 21st century", mimeo.
- Taccani P. (1994), *Dentro la cura. Famiglie e anziani non autosufficienti*, Milano: Angeli.
- Trydegard G.B. (2003), "Swedish care reforms in the 1990s. A first evaluation of their consequences for the elderly people", *Revue française des affaires sociales*, 4: 443-460.
- Trydegard G.B., Thorslund M. (2001), "Inequality in the welfare state? Local variations in care of the elderly. The case of Sweden", *International Journal of Social Welfare*, 10: 174-184.
- Ungerson C. (ed.) (1987), *Women and community care. Gender and caring in modern welfare states*, London: Wheatsheaf.
- Ungerson, C. (1997), "Social Politics and the commodification of care", *Social Politics, International Studies in Gender, State and Society*. Special Issue 4 (3), 362-381.
- van den Heuvel W. (1997), "Policy towards the elderly: twenty-five years of Dutch experience", *Journal of Aging Studies*, 11 (3): 251-58.
- van Tilburg, T. (1995), "Delineation of the social network and differences in network size", in Knipscheer C.P.M., de Jong Gierveld J., van Tilburg T., Dykstra P.A. (eds.), *Living arrangements and social networks of older adults*. Amsterdam: Free University Press, pp. 83-96.
- Weekers S., Pijl M. (1998), *Home care e care allowances in the European Union*, Utrecht, NIZW.
- Wenger, G.C. (1993b), "The formation of social networks: Selfhelp, mutual aid and old people in contemporary Britain", *Journal of Aging Studies*, 7: 25-40.
- Zincone G. (ed.) (2001), *Secondo rapporto sull'integrazione degli immigrati in Italia*, Bologna: Mulino.