

ÉTUDES ÉCONOMIQUES

ANALYSES

Les marchés de la Silver économie

Date de parution : avril 2015
Couverture : Hélène Allias-Denis, Brigitte Baroin
Édition : Martine Automme, Nicole Merle-Lamoot

Les marchés de la Silver économie





**Contributions des Services économiques et des services pour les
affaires sociales des pays suivants :**
**Allemagne, Brésil, Chine, Corée du Sud, Italie, Japon, Royaume-Uni,
Turquie**

Février 2015

Ce document de travail, réalisé par le réseau international de la Direction Générale du Trésor sur la base d'un cahier des charges et questionnaire précis fournis par le(s) commanditaire(s), permet de disposer d'un panorama de diverses situations à l'international. Toutefois, il ne constitue d'aucune manière une prise de position de la DG Trésor (et par extension celle des ministères économiques et financiers) sur le sujet donné.

La DG Trésor ne peut en aucun cas être tenue responsable de l'utilisation et de l'interprétation de l'information contenue dans ce document.

SOMMAIRE

| | |
|---------------------------|-----------|
| Introduction | 4 |
| ALLEMAGNE..... | 6 |
| BRÉSIL | 13 |
| CHINE..... | 19 |
| CORÉE DU SUD..... | 25 |
| ITALIE..... | 31 |
| JAPON..... | 41 |
| ROYAUME-UNI..... | 53 |
| TURQUIE | 61 |

Introduction

Par la direction générale des entreprises (service de l'industrie)

Ce dossier, réalisé pour le compte de la Direction générale des Entreprises (DGE) avec la collaboration de conseillers pour les affaires sociales près les ambassades concernées, comprend huit fiches pays analysant les marchés de la silver économie.

I Contexte et objectif de la demande :

Le contrat de filière « Silver économie », signé le 12 décembre 2013, comportait 6 axes et plus quarante actions. Au titre de l'axe 3 « Exporter les produits et les technologies de la Silver économie », il proposait 6 actions dont la 5ème visait à mobiliser les missions économiques en vue d'une analyse des marchés locaux, notamment afin d'aider à positionner l'offre française à l'international.

L'objectif central de l'étude est de recenser l'offre locale à travers :

- les politiques publiques en faveur de la silver économie (plans dédiés aux populations âgées) ;
- les offres particulières proposées par les industriels (services de téléassistance, bouquets de services) et le secteur des assurances (pour la prise en charge de la dépendance) ;
- les appels d'offre locaux lancés par les collectivités (en matière de services à la personne ou d'adaptation des logements) ;
- les salons professionnels et grand public organisés sur le thème de la silver économie.

Le questionnaire vise à évaluer les besoins du pays en fonction de sa démographie et de son type de prise en charge – ou d'absence de prise en charge – des besoins des personnes âgées, d'identifier les réponses technologiques et de services déjà en place et de repérer les interlocuteurs locaux ou nationaux permettant d'accéder aux marchés locaux (collectivités, organisme assurantiers).

II Questionnaire de l'étude :

Q1 - Quelles sont les caractéristiques du marché des seniors ?

Q2 - Le pays a-t-il défini une politique publique en faveur des personnes âgées, du type plan national ?

Q3 - Le pays dispose-t-il d'une offre de services d'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes ? Quels sont les modes d'organisation et la nature de ces services : national/local ; public/privé ?

Q4 - Existe-il une solvabilisation publique ou collective des besoins d'assistance des personnes âgées ? À quel niveau se prennent les décisions d'assistance : au niveau des services sociaux des villes ou des régions, au niveau des caisses locales d'assurance ?

Q5 - Les collectivités locales lancent-elles des appels d'offre en matière de services à la personne ou d'adaptation des logements des personnes âgées ?

Q6 - Le pays a-t-il développé une offre technologique d'assistance à domicile : téléassistance, bouquets de services ? Quelle est la proportion de la population âgée faisant appel aux services de téléassistance ?

Q7 - Le pays dispose-t-il d'une offre de résidences d'hébergements spécialisés ? Quelle est la proportion de personnes âgées vivant dans ces établissements ?

Q8 - Comment les services et les industries dédiés aux « âgés » sont-ils organisés ? En filière intégrée, en fédérations, sans organisation particulière ? Quels sont les leaders et principaux donneurs d'ordre de la filière ? *Repérer en particulier les organismes représentatifs en matière de téléassistance et de domotique.*

Q9 - Existe-il au sein de la filière des normes, des standards ou des dispositifs de qualité spécifiques ? Quelles seraient les barrières tarifaires ou non tarifaires qui seraient susceptibles de freiner la pénétration des produits et services français ?

Q10 - Le pays organise-t-il ou envisage-t-il des salons professionnels et grand public sur le thème de la silver économie ?

ALLEMAGNE

Q1 - Quelles sont les caractéristiques du marché des seniors ?

Les + 65 ans représentent aujourd’hui 20,7% de la population en Allemagne (soit 21,67 millions de personnes) et en constitueront près de 29% en 2030. Les +80 ans représentent 5,1% de la population, ils représenteront jusqu’à 8,3% en 2030 et 14,8% en 2050. En 2010, le taux de dépendance vieillesse était de 31,17 %. Il est estimé à 46,23 % pour 2030 et à 59,08 % pour 2060.

En 2008, on estimait la proportion des seniors pauvres à 15%. Au tournant du millénaire, les personnes âgées allemandes ont perdu environ un cinquième de leur pouvoir d’achat. À l’Ouest, celui-ci a chuté d’environ 17%, contre près de 22% à l’Est.

Enfin, le revenu mensuel net moyen des +65 ans est d’environ 1900 €. Le pouvoir d’achat des +60 ans est estimé aujourd’hui à plus de 316 milliards d’euros. Alors que les ménages dépensent en moyenne 75% de leur revenu disponible à la consommation, les personnes âgées entre 65 et 75 ans en dépensent environ 84%, taux le plus élevé par tranche d’âge. Les dépenses couvrent majoritairement les soins de santé, le logement et les loisirs. Pour les dépenses de santé, les personnes âgées comptent un budget mensuel d’environ 109 €, contre 80 € en moyenne nationale. Concernant les loisirs, alors que la dépense moyenne des ménages en 2003 était de 59 € par mois pour des voyages, elle était de 87 € pour les 60-65 ans et 83 € pour les 65-75 ans.

(source : Destatis, DIW)

Q2 - Le pays a-t-il défini une politique publique en faveur des personnes âgées, du type plan national ?

➤ Prise en charge de la perte d’autonomie

Le gouvernement fédéral allemand dispose d’un ministère fédéral de la famille, des personnes âgées, des femmes et de la jeunesse (*Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*, BMFSFJ). En novembre 2014, une nouvelle loi élaborée par le ministère fédéral de la santé (*Bundesministerium für Gesundheit*, BMG) a été adoptée sur la dépendance. Il y a aujourd’hui **2,6 millions de personnes dépendantes en Allemagne**. Elles reçoivent, pour toute forme de perte d’autonomie, indépendamment de leur revenu et de leur âge, des allocations dépendance, qui sont uniquement fonction d’une grille d’évaluation et des modalités de prise en charge. Ainsi, il n’existe pas de barrière d’âge et les jeunes personnes lourdement handicapées relèvent aussi de cette branche dépendance. Un ensemble de mesures nationales met aussi un accent spécifique sur le soutien apporté aux aidants familiaux. L’enjeu est de taille puisque plus de deux tiers des personnes prises en charge à domicile (1,22 million de personnes) se font aider par un membre de leur famille.

Obligatoire, l’assurance dépendance est adossée au régime d’assurance maladie : toute personne affiliée au régime légal d’assurance maladie ou à un régime privé est automatiquement affiliée à la caisse dépendance rattachée à son régime d’assurance maladie. Les caisses privées doivent fournir exactement les mêmes services que les caisses publiques. Au 1er juillet 2014, il existait 131 caisses d’assurance maladie.

Les retraites sont, elles, gérées par l’Institution fédérale de l’assurance retraite allemande (*Deutsche Rentenversicherung Bund*) et les organismes régionaux. Le régime légal d’assurance vieillesse est par ailleurs complété par une prévoyance individuelle complémentaire d’initiative privée, bénéficiant de l’aide de l’État. Ainsi, l’Allemagne met en œuvre une politique publique d’action sociale en faveur des

**Service économique régional de Berlin –
Service des affaires sociales à l’Ambassade de France**

personnes âgées qui résulte de l’action croisée des services sociaux des collectivités locales (communes et *Länder*) et des caisses de la sécurité sociale.

Chiffres 2014 :

- Nombre d’affiliés par caisse : 69,8 millions de personnes affiliées au régime public (88%) et 9,5 millions affiliées au régime privé (12%)
- Nombre de personnes dépendantes prises en charge en fonction des caisses :

| | Régime public | Régime privé | Total |
|-------|---------------|--------------|---------------|
| Total | 2,48 millions | 150 000 | 2,63 millions |

| | Nombre de personnes dépendantes ayant moins de 60 ans | Nombre de personnes dépendantes ayant plus de 60 ans | Total |
|------------------|---|--|-----------------------|
| à domicile | 302 000 | 1,456 millions | 1,758 millions |
| en établissement | 34 000 | 709 000 | 743 000 |
| Total | 336 000 (13%) | 2,165 millions (87%) | 2,501 millions |

➤ **Le logement des personnes âgées**

Contrairement à la France, il n’existe pas de loi incluant toute la dimension de l’adaptation de la société au vieillissement. La loi sur l’assurance dépendance en Allemagne se concentre en effet plutôt sur le logement et un renforcement financier, une approche moins transversale que l’approche française.

La loi relative au logement (*Heimgesetz*) du 5 novembre 2001 vise à renforcer le droit des personnes dépendantes ou nécessitant des soins en Allemagne. Elle concerne les différents types de logement pour personnes âgées quand la perte d’autonomie se fait jour. Le ministère fédéral de la Famille (BMFSFJ) a ainsi établi une classification en 5 catégories des différents modes de logement adaptés aux personnes âgées, en fonction de leur degré de dépendance et de leur besoin à recevoir des soins en continu ou ponctuellement :

1. Vie en communauté
2. Service d’aide ajusté et régulier à domicile
3. Logement en résidence pour personnes âgées : accompagnement au quotidien de services médicalisés
4. Foyers communautaires pour personnes âgées en perte d’autonomie
5. Établissements d’hébergement spécialisés : réservés aux personnes dépendantes et en perte d’autonomie totale.

La loi relative à la régulation de contrats sur les logements avec service de soins ou d’encadrement (*Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz*), entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2009, est une loi de protection des consommateurs. Elle renforce le droit à la mise à disposition d’une pièce d’habitation pour les personnes âgées dépendantes. En complément de la loi relative au logement, elle est davantage orientée sur les services à domicile.

➤ **Transport et numérique**

Plusieurs initiatives sont lancées en partenariat avec le ministre fédéral des transports et des infrastructures numériques afin d’aider à la mobilité et à la sécurité des personnes âgées.

➤ **Engagement citoyen des seniors**

Depuis 2011 un service civique est proposé à 35 000 personnes âgées par an qui peuvent s’engager jusqu’à 20 heures par semaine. Très développé en Allemagne, c’est un moyen pour les personnes âgées de s’investir au niveau associatif.

Enfin, il existe l’association fédérale *50 Initiative Plus e.V.* qui défend les intérêts des 34 millions de citoyens allemands de plus de 50 ans. Elle est soutenue par le Parlement fédéral et des fédérations de villes et de communes.

Q3 - Le pays dispose-t-il d’une offre de services d’aide à domicile aux personnes âgées dépendantes? Quels sont les modes d’organisation et la nature de ces services : national/local, public/privé ?

Les bénéficiaires de l’assurance dépendance légale peuvent choisir entre des prestations en nature, dispensées à domicile ou en établissement, et des prestations en espèces. Dans le premier cas, il existe des prestations en nature (« *Pflegesachleistung* ») comparable à l’APA (montants actuels de 225 à 1 918 € par mois) qui doivent être utilisées pour financer les soins fournis par un organisme professionnel, et des prestations en espèces (« *Pflegegeld* », montants actuels de 120 à 700 € par mois) dont l’utilisation est plus libre. Les deux prestations peuvent être cumulées. Toutefois, une prestation en espèces permet de choisir individuellement son panier de services parmi des services médicaux, un accueil provisoire en établissement ou des services d’aide à la personne. Parmi les services d’aide à la personne, on trouve notamment des soins d’hygiène, une aide-ménagère, une téléalarme, des aides techniques, des services de transport ou un portage de repas à domicile. De plus, l’assurance dépendance prend en charge les dépenses de matériel spécialisé (lit médicalisé par exemple) ainsi que, dans la limite d’un forfait, les frais liés à l’aménagement du logement. Il ne s’agit donc pas de couvrir l’ensemble des besoins des personnes âgées, mais de leur fournir, en fonction des besoins évalués, un certain forfait. En moyenne, cette assurance couvre 70 % des besoins, le reste à charge des familles s’élevant à 30 %. Par ailleurs, bien que la prestation en nature équivaut environ au double de celle versée en espèces, environ 70 % des personnes âgées dépendantes choisissent l’aide financière.

Les *Länder* ne fournissent pas de services aux personnes dépendantes : les prérogatives en la matière sont organisées au niveau de l’État, en lien avec les caisses régionales d’assurance dépendance.

Cependant, les *Länder* et les communes restent en charge des prestations en nature octroyées aux personnes âgées les plus démunies. En effet, si la prestation dépendance et les ressources personnelles s’avèrent insuffisantes pour satisfaire la perte d’autonomie, alors une personne âgée peut se tourner vers l’aide sociale (*Hilfe zur Pflege*). Ainsi, **l’organisation du système d’aide sociale est structurellement dépendante du caractère fédéral de l’État allemand.** L’État fédéral (*Bund*) a une compétence normative : il définit le cadre d’application nationale. Les *Länder* sont les autorités compétentes pour l’application des décisions du *Bund*. **En matière d’aide sociale, les *Länder* se sont donc dotés de leur propre législation de transposition de la législation fédérale.** Ils ont donc une fonction charnière entre le niveau central et le niveau communal. Le niveau de mise en œuvre concrète de l’aide sociale (versement des prestations, services aux personnes) est assuré par l’ensemble des services sociaux. Cette appellation courante rassemble en réalité une grande diversité d’acteurs et de niveaux d’administration. On distinguera notamment :

- les responsables locaux qui supervisent l’organisation et assurent parfois eux-mêmes la gestion des aides ;
- les responsables « supra-locaux » dont le but est de fournir ou de financer des prestations d’aide sociale ayant plus particulièrement une dimension et une portée régionale ;

**Service économique régional de Berlin –
Service des affaires sociales à l’Ambassade de France**

- les réseaux associatifs.

Les *Länder* sont également en charge de la formation des personnels intervenant auprès de ces publics fragiles.

Il existe des entreprises privées qui proposent des services d’aide à domicile aux personnes âgées dépendantes et concluent pour cela des contrats ou des partenariats avec les caisses d’assurance. Ces prestataires indépendants doivent être accrédités et les bouquets de services agréés par les caisses publiques avant que la personne dépendante ne puisse signer un contrat avec le prestataire. Les contrats entre les caisses et ces prestataires privés fixent, entre-autre, le panier de soins remboursable, très souvent sur la base d’unités de temps. Enfin, **les organismes privés et les organismes à but non lucratif sont ouvertement en concurrence pour offrir leurs services aux personnes âgées.**

En Allemagne, les acteurs privés et associatifs se partagent le marché des services aux personnes dépendantes, tandis que l’emploi direct est privilégié pour les services à domicile. Les gestionnaires associatifs dépendant soit de l’Église catholique soit de l’Église protestante, occupent traditionnellement une place centrale dans le secteur de l’action sociale. Toutefois les acteurs privés lucratifs sont de plus en plus présents. En 2008, concernant l’aide aux personnes dépendantes de plus de 65 ans, la part des structures privées lucratives était de 45 % (contre 36 % en 1998), celle des organisations non lucratives de 53 % (contre 62 % en 1998) et celle des structures publiques de 2 %.

Q4 - Existe-il une solvabilisation publique ou collective des besoins d’assistance des personnes âgées ? A quel niveau se prennent les décisions d’assistance : au niveau des services sociaux des villes ou des régions, au niveau des caisses locales d’assurance ?

Comme en France, il existe en Allemagne plusieurs niveaux de solvabilisation de l’assistance :

- Une solvabilisation publique nationale, dont le niveau des allocations dépendance n’est fonction ni de l’âge ni du revenu mais d’une grille d’évaluation (3 niveaux principaux 1, 2 et 3 plus un niveau 0 et des niveaux intermédiaires pour les personnes souffrant principalement d’Alzheimer ainsi qu’un niveau 3 renforcé) et des modalités de prise en charge. Les bénéficiaires de l’assurance dépendance légale peuvent choisir entre des prestations en nature dispensées à domicile ou en établissement et des prestations en espèces.
- Une solvabilisation publique locale (*Länder* et communes) pour les personnes âgées les plus démunies recevant l’aide sociale.
- Une solvabilisation collective publique nationale par le biais des caisses de retraites obligatoires.
- Une solvabilisation collective privée par le biais des assurances et des sociétés de prévoyances, qui bénéficient toutefois d’une aide fiscale de l’État.

Q5 - Les collectivités locales lancent-elles des appels d’offre en matière de services à la personne ou d’adaptation des logements des personnes âgées ?

L’Allemagne ne semble pas lancer de tels appels d’offre. Les municipalités répondent en offrant certains services généraux, qui dépassent rarement les services d’information.

Les programmes en matière de services à la personne ou d’adaptation des logements des personnes âgées sont, le plus souvent, à l’initiative du gouvernement fédéral ou des prestataires de service eux-mêmes. Des fonds nécessaires à l’adaptation au logement sont octroyés sous forme d’aide individuelle par l’État, aide qui a notamment augmenté après la réforme de l’assurance dépendance. Il existe aussi en Allemagne la *Kreditanstalt für Wiederaufbau* (KfW), un institut qui subventionne ou accorde des prêts dans le cadre d’un programme destiné à l’adaptation des logements, en partenariat avec le ministère fédéral.

Q6 - Le pays a-t-il développé une offre technologique d’assistance à domicile : téléassistance, bouquets de services ? Quelle est la proportion de la population âgée faisant appel aux services de téléassistance ?

Les entreprises allemandes, de toute taille, se renforcent dans le secteur de l’assistance à domicile, avec comme objectif de développer des produits et des services spécifiques. Les entreprises souhaitent avant tout intégrer les nouvelles technologies dans les services dédiés aux personnes âgées. Ainsi, de plus en plus d’offres apparaissent dans des secteurs comme la domotique (téléassistance, détecteur de chute), les objets connectés ou encore le bien-être (tablettes, divertissements, communication). Enfin, on retrouve principalement des bouquets de service dans le secteur du maintien à domicile et l’aménagement de l’habitat (*Ambiant Assisted Living*). Cependant, ces bouquets n’intègrent pas toujours des offres de téléassistance.

D’après un sondage Bitkom réalisé en 2009, 58% des allemands de plus de 65 ans seraient prêts à utiliser des systèmes d’assistance comme les détecteurs de choc et 53% d’entre eux imaginent utiliser un jour un système de télémédecine pour une surveillance permanente de leurs fonctions corporelles.

Q7 - Le pays dispose-t-il d’une offre de résidences d’hébergements spécialisés ? Quelle est la proportion de personnes âgées vivant dans ces établissements ?

L’Allemagne dispose d’une offre de résidences d’hébergements spécialisés qui est proposée aux personnes âgées en fonction de leur degré de dépendance.

Le tableau ci-dessous illustre le nombre de personnes dépendantes prises en charge en fonction des caisses et de la modalité de prise en charge.

| | Régime public | Régime privé | Total | Proportion |
|-------------------------|---------------|--------------|----------------|------------|
| A domicile | 1,74 millions | 105 000 | 1,845 millions | 70% |
| En établissement | 740 000 | 45 000 | 785 000 | 30% |
| Total | 2,48 millions | 150 000 | 2,63 millions | 100% |

L’accueil en établissement spécialisé type EPHAD concerne environ 30% des personnes dépendantes.

Q8 - Comment les services et les industries dédiés aux « âgés » sont-ils organisés ? En filière intégrée, en fédérations, sans organisation particulière ? Repérer en particulier les organismes représentatifs en matière de téléassistance et de domotique.

Contrairement à la France, l’Allemagne n’est pas organisée en filières en tant que telles. On retrouve des organismes comme le réseau AAL (*Ambiant Assisted Living*) qui rassemble, en Sarre, Rhénanie-Palatinat et dans le Bade-Wurtemberg, près de 300 acteurs de l’économie locale, dont 100 entreprises, des collectivités territoriales, des caisses d’assurance maladie, des hôpitaux ou encore des associations. Le réseau AAL, bien que s’occupant majoritairement des personnes âgées, aide toutes les personnes dépendantes, aussi bien les personnes handicapées que des enfants.

La *Deutsche Gesellschaft für Gerontechnik* est une société allemande spécialisée dans le vieillissement et les techniques de gérontologie. Organisme privé, il est toutefois en lien avec le ministère fédéral, notamment à travers le projet *50 Initiative Plus e.V.* Cette société rassemble, au sein d’un catalogue, les solutions de nombreuses entreprises allemandes concernant la domotique, l’adaptation du logement, la mobilité ou la communication. Elle réalise aussi des études, organise des salons et publie, plusieurs fois par an, le magazine *Optimum* qui présente les actualités et les nouveautés en matière de téléassistance et de domotique notamment.

Par ailleurs, certaines entreprises sont membres de confédération, comme celle de l’industrie électronique et électrotechnique (*ZVEI*). Un rôle joué par ces confédérations est le suivant : lors de

**Service économique régional de Berlin –
Service des affaires sociales à l’Ambassade de France**

salons spécialisés, elles représentent les entreprises qui travaillent autour de services ou de produits destinés aux personnes âgées et fournissent des informations aux différents clients.

Enfin, certaines entreprises, comme le groupe Hager, jouent un rôle très important et sont très actives dans le secteur de la téléassistance et la domotique. Hager aide notamment au financement et à la création d’appartements témoins, en collaboration avec le réseau AAL par exemple.

Q9 - Existe-il au sein de la filière des normes, des standards ou des dispositifs de qualité spécifiques ? Quelles seraient les barrières tarifaires ou non tarifaires qui seraient susceptibles de freiner la pénétration des produits et services français ?

À la demande de l’institut des normes en Allemagne (*DIN - Deutsches Institut für Normung*), un projet national de normalisation pour les services venant en aide aux personnes âgées a été lancé en 2002. Il s’agit de normes de services et non de produits, qui définissent notamment les priorités à satisfaire en matière d’informations (consultation obligatoire ou facultative par exemple), de conseil et de soutien. Concernant les soins à domicile, les prestataires doivent respecter des principes et des normes de qualité, prévus dans les conventions passées avec les caisses d’assurance dépendance.

Les exigences en matière d’adaptation du logement et d’accessibilité sont définies dans les normes DIN 18040, DIN 18025, DIN 32984, DIN 77800. En termes de respect de la vie privée et des données personnelles, il existe la norme 1811 de la DKE (*Deutsche Kommission Elektrotechnik*).

Enfin, il existe un label de qualité AAL qui regroupe des produits et des services aussi divers que la domotique, la téléassistance, l’hébergement, l’alimentation, la santé ou la finance.

Q10 - Le pays organise-t-il ou envisage-t-il des salons professionnels et grand public sur le thème de la silver économie ?

L’Allemagne organise de très nombreux salons professionnels ou grand public :

Salons professionnels :

- IFA (consumer electronics unlimited) : Berlin du 4 au 9 septembre 2015
- REHACARE (salon et congrès) : Düsseldorf du 14 au 17 octobre 2015

Salons grand public :

- DIE 66 : Munich du 17 au 19 avril 2015
- SeniorA : du 30 septembre au 4 octobre 2015 à Dortmund
- iNVIVA : du 20 au 21 février 2015 à Nuremberg
- Altenpflege : du 24 au 26 mars 2015 à Nuremberg
- IRMA : du 29 au 31 mai 2015 à Hambourg ;
- Réseau Ambient Assisted Living (AAL) : 28 mai 2015 en Sarre.

Lors de ces salons sont souvent présentés des appartements témoins qui regroupent de nombreux services dans le cadre de l’adaptation du logement pour l’autonomie des personnes âgées. Il existe un appartement témoin dans un container pouvant être déplacé entre les différents salons. De nombreux produits de démonstrations sont aussi présentés (capteurs de chute, robots d’assistance,...).

BRÉSIL

Q1 - Quelles sont les caractéristiques du marché des seniors ?

Une publication récente (novembre 2014) de l'IPEA (« *Instituto de Pesquisa Economica Aplicada* ») consacrée au “nouveau régime démographique” du Brésil résume d'une formule les évolutions constatées sur les quinze dernières années et attendues sur les quinze à trente prochaines années : **le Brésil est un pays encore jeune mais qui vieillit vite** - il est celui qui vieillit le plus vite de tous les pays d'Amérique latine -, avant même d'être devenu pleinement un pays riche.

Ainsi, sur la période 2000-2010, la population âgée a fortement augmenté (+ 41,65%). Fin 2013, les plus de 60 ans représentaient 26,2 M de personnes (13% de la population totale), selon la proportion suivante : 55,5% de femmes, 44,5% d'hommes. Parmi eux, 3,2 M ont plus de 80 ans. Lors du recensement précédent, effectué en 2000, la population de plus de 60 ans ne représentait que 8,6% des Brésiliens (14,5 M de personnes) et celle des plus de 65 ans, 5,8%.

Les plus de 60 ans habitent majoritairement dans le Sudeste (46%), le Nordeste (27%) et le Sud (16%).

Parmi eux, et selon une étude réalisée par l'IPEA en 2011, 3,3 millions de seniors présentaient une incapacité partielle ou totale pour les activités quotidiennes (manger, se laver, etc.).

En 2030, les seniors seront plus nombreux que les 15-29 ans : une personne sur quatre aura plus de 65 ans ; et, d'ici 2050, le nombre de Brésiliens de plus de 60 ans devrait tripler, tandis que celui des 80 ans ou plus devrait quadrupler, passant de 3,2 millions en 2010 à 13 millions en 2050, soit près de 20% de la population âgée contre 14,3% en 2010. En 2050 et pour la première fois, on comptera plus de personnes âgées que de mineurs de moins de 15 ans.

Le vieillissement de la population au Brésil résulte de deux facteurs : la chute du taux de fécondité (actuellement de 1,77 enfant par femme et devrait encore baisser au cours des prochaines années pour atteindre 1,5 enfant par femme en 2030) et l'amélioration des conditions de vie et de santé, qui a conduit à une baisse de la mortalité (6‰ en 2010) et à un allongement de l'espérance de vie (74,9 ans en 2014 contre 65 ans en 1990).

En 2012, les revenus des personnes du troisième âge s'élevaient à 134 Mds EUR contre 67 Mds EUR en 2002 et 3,3 M de personnes âgées continuaient à travailler après l'âge légal de départ à la retraite (2,2 M d'hommes et 1,1 M de femmes). Les centres d'intérêts des seniors sont extrêmement variés. D'une part, les personnes âgées représentaient, en 2012, 30% du public des salles de sport au Brésil, tandis qu'elles deviennent également la première cible des agences immobilières. D'autre part, en 2013 au Brésil, près de 3 M de personnes âgées de plus de 55 ans ont accédé à Internet et y ont passé plus de temps (53 heures/mois) que les adolescents (30 heures pour les 12-17 ans).

Enfin, à moyen terme, le financement des retraites, qui représente 0,9% du PIB en 2013, devrait accroître la pression sur l'État Fédéral.

Q2 - Le pays a-t-il défini une politique publique en faveur des personnes âgées, du type plan national ?

La Constitution Fédérale (CF) de 1988 garantit les droits des personnes âgées. Elle a notamment instauré à leur intention, - pour celles disposant d'un revenu inférieur ou égal au ¼ du salaire minimum - le « *Benefício de Prestação continuada da Assistência Social* » - **BPC - (équivalent de notre minimum vieillesse)**, d'un montant égal au salaire minimum et réglementé par la « *Lei Orgânica da Assistência Social* » - LOAS, loi n° 8.742 du 07/12/1993 et les textes qui la complètent. Elle a également permis la création de conseils de défense des droits des personnes âgées dans les instances politiques au niveau municipal, fédéral ou national. La Politique nationale de la personne âgée (loi 8.842 de 1994), la réglementation n° 1395/GM du Ministère de la Santé (1999) et le Statut de la personne âgée (2003) ont renforcé ces droits. Dans le domaine de la santé, une nouvelle Politique nationale de santé de la personne âgée (règlement n° 2528/GM) a par ailleurs été approuvée le 19 octobre 2006. Entre 2006 et 2011 ont été organisées au Brésil, trois conférences nationales des droits de la personne âgée, associant pouvoirs publics et société civile. Suite à ces conférences et aux plans sectoriels qui en ont découlé, des plans orientés plus particulièrement sur la prévention de la **violence exercée contre les personnes âgées** ont été engagés, avec la mise en place en 2011, notamment, d'un service d'appel pour dénoncer de tels agissements.

Le Gouvernement Fédéral estime qu'à travers les différents programmes sociaux lancés et/ou amplifiés à partir des années 2000 (*Bolsa Familia, Brasil sem Miséria, Minha Casa Minha Vida...*), **huit personnes âgées sur dix sont aujourd'hui protégées par une couverture sociale**, au titre d'une prestation ou de l'un ou l'autre de ces programmes. Cependant, une étude de Global Age Watch Index, publiée à l'occasion de la journée mondiale des personnes âgées, le 1^{er} octobre 2014, souligne les **conditions de vie défavorables des personnes âgées au Brésil**. Ces dernières apparaissent comme appauvries, mal protégées contre les risques, ayant des difficultés de locomotion et un accès difficile aux transports publics, à la santé et aux autres services, tant en zone rurale qu'en zone urbaine. Cette étude portant sur 96 pays, situe le Brésil, en deçà de la moyenne globale, en 58^{ème} position pour la qualité de vie de ses personnes âgées, derrière des pays comme la Bolivie, l'Equateur et le Salvador. Les politiques publiques brésiliennes sont donc encore loin d'être à la hauteur des besoins de cette population.

Q3 - Le pays dispose-t-il d'une offre de services d'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes ? Quels sont les modes d'organisation et la nature de ces services : national/local ; public/privé ?

La législation brésilienne dispose que la personne âgée est prise en charge préférentiellement au sein de sa famille. La Constitution Fédérale l'énonce explicitement : « *la famille, la société et l'État ont le devoir de soutenir les personnes âgées... Les programmes de soutien seront mis en œuvre de préférence au sein de leurs familles* ».

La majorité des programmes publics liés à la personne âgée sont donc orientés sur l'aide ponctuelle à la famille, la prévention et l'insertion de la personne âgée dans la communauté. Dans le cadre de ces programmes il existe toutefois une volonté gouvernementale de renforcer le rôle des aides-soignants à domicile, à travers la réglementation de la profession, les actions de formation et la mise en place d'aides financières, voire de prises en charge.

Les actions de prévention, grâce à la mise en place de centres de référence et d'accompagnement par des équipes professionnelles multidisciplinaires, sont également largement mises en avant.

Si certaines municipalités ont pris de l'avance et ont déjà mis en place des services publics d'assistance à domicile, c'est cependant encore loin d'être une réalité sur l'ensemble du territoire brésilien. La législation brésilienne est en effet largement influencée par des préjugés qui assignent aux femmes la responsabilité principale de l'assistance aux personnes âgées et aux personnes handicapées au sein des familles.

Service économique régional de Brasilia
Service des affaires sociales à l'Ambassade de France
Business France

Par ailleurs, il convient de souligner la place importante occupée par le travail domestique, comptant plus de 6,5 millions de travailleurs - en majorité des femmes, noires, issues des régions pauvres du Brésil - qui, sans toujours la formation adéquate, remplissent ce rôle d'auxiliaires de vie auprès des personnes âgées à domicile. Cette solution, jusqu'alors financièrement accessible aux classes moyennes, pourrait toutefois s'avérer de plus en plus onéreuse, avec le renchérissement du coût de la main d'œuvre, consécutif à l'entrée en vigueur effective de la loi constitutionnelle n° 72/2013, promulguée le 2 avril 2013, qui a aligné le statut, jusqu'alors dérogatoire au droit du travail, de ces travailleurs, sur celui de l'ensemble des travailleurs salariés, avec la plénitude des droits sociaux qui leur sont reconnus.

Selon l'IPEA, sur les 3,1 millions de personnes dépendantes qui nécessitaient en 2008 un accompagnement ou une prise en charge, 2,45 millions étaient prises en charge par leur famille et 550 000 (16,8%) vivaient seules chez elles ou avec leur conjoint, aidées par un employée domestique ou prises en charge en hospice, cette catégorie d'hébergement concernant moins de 1% des personnes âgées (cf. infra).

Q4 - Existe-il une solvabilisation publique ou collective des besoins d'assistance des personnes âgées ? À quel niveau se prennent les décisions d'assistance : au niveau des services sociaux des villes ou des régions, au niveau des caisses locales d'assurance ?

Il n'existe pas, à l'instar de la France, une prestation spécifique nationale de solvabilisation de la perte d'autonomie, type APA. Des financements de ce type, rares lorsqu'ils existent, relèvent d'initiatives locales.

Certains programmes municipaux (ex : à São Paulo, le Programme d'accompagnement de la personne âgée - PAI) permettent ainsi une prise en charge totale par la municipalité (services de santé dans le cadre du Système unique de santé - SUS). L'étendue de ce programme reste toutefois très limitée puisque peu de ressources sont disponibles pour répondre aux besoins de la population.

Enfin, de plus en plus de villes, à l'instar des métropoles de São Paulo et de Rio de Janeiro, généralisent la gratuité des transports publics pour les personnes âgées.

Q5 - Les collectivités locales lancent-elles des appels d'offre en matière de services à la personne ou d'adaptation des logements des personnes âgées ?

Plusieurs projets locaux, qui font l'objet d'appels d'offres, ont été initiés par le gouvernement, qui souhaite la création de « *Condomínios de idosos* », résidences destinées aux personnes âgées défavorisées, dans le cadre de programmes d'habitat social. Ce type de projet a été mis en place dans les États du Paraná et de São Paulo (ex. *Condomínio República da Melhor Idade*), mais demeure encore très limité.

Q6 - Le pays a-t-il développé une offre technologique d'assistance à domicile : téléassistance, bouquets de services ? Quel est la proportion de la population âgée faisant appel aux services de téléassistance ?

Depuis peu, le marché de la téléassistance à domicile attire de nombreuses entreprises tant la croissance est prometteuse. Telehelp, pionnière au Brésil, a connu une croissance de 47% en 2013, pour atteindre 8,5 M BRL (2,91 M €) de CA et plus de 6 000 clients. Sur la même année, l'entreprise a enregistré 3 000 signaux d'alertes dans 230 villes. Pour l'exercice 2014-2015, elle s'attend à une hausse du nombre de clients de l'ordre de 50%.

Par ailleurs, l'âge moyen de l'utilisateur est de 79 ans qui, dans 50% des cas, a de lui-même pris la décision de s'équiper, à la recherche d'indépendance et de sécurité personnelle. A l'heure actuelle, la majeure partie de la clientèle demeure les personnes âgées, même si un élargissement du panel se dessine (les malades souffrant d'Alzheimer ou les enfants).

Au Brésil, en 2050, le nombre de personnes âgées dépassera le nombre d'enfants et la catégorie « 3^{ème} âge » va tripler dans les 20 prochaines années. Telehelp souhaite ainsi profiter du vieillissement

de la population en offrant par exemple ses services dans le cadre de partenariats signés avec le gouvernement fédéral.

En matière de santé publique, la téléassistance peut représenter un avantage incontestable. Pour preuve, au Royaume-Uni, le programme du gouvernement « *3millionlives* » a souligné l'importance de la téléassistance qui peut réduire jusqu'à 45% l'indice de mortalité.

Q7 - Le pays dispose-t-il d'une offre de résidences d'hébergements spécialisés ? Quelle est la proportion de personnes âgées vivant dans ces établissements ?

Les Hospices de long séjour pour personnes âgées (ILPI) désignent des institutions gouvernementales ou non, à caractère résidentiel, destinées à l'hébergement collectif de personnes d'âge égal ou supérieur à 60 ans. Selon une étude réalisée par l'IPEA en 2011, il en existerait 3 548 en fonctionnement au Brésil, proposant 109 447 lits. Ces centres ont des taux d'occupation très élevés (91,6% en moyenne) et devraient voir, à l'avenir, leur proportion croître afin de répondre aux besoins de la population.

Toujours selon cette étude, 71% des villes ne posséderaient pas d'institutions réservées aux personnes âgées, 63,5% d'entre elles seraient concentrées dans la région Sudeste, alors que l'État de São Paulo réunit à lui seul 34,3% des établissements du pays. Enfin, il convient de mentionner le fait que 30,7% des ILPI sont situées dans des villes de plus de 500 000 habitants.

Parmi les 218 institutions brésiliennes, on compte une majorité d'établissements philanthropiques (65,2%) : elles possèdent le plus souvent une convention avec les organismes publics et seuls 20% de leurs budgets proviennent des fonds publics. Les autres institutions sont totalement privées (28,2%) ou, plus rarement, entièrement publiques (6,6%). Le coût moyen mensuel d'un résident dans ces institutions est estimé par l'IPEA à près de 750 BRL (257 EUR), soit quasiment l'équivalent du salaire minimum (788 BRL au 01/01/2015), mais pouvant varier entre 100 et 10 000 BRL selon la nature juridique et l'offre des services proposés.

Au total, les institutions privées et publiques réunissent près de 83 870 personnes âgées, soit 0,5% de la population brésilienne.

Q8 - Comment les services et les industries dédiés aux « âgés » sont-ils organisés ? En filière intégrée, en fédérations, sans organisation particulière ? Quels sont les leaders et principaux donneurs d'ordre de la filière ? Repérer en particulier les organismes représentatifs en matière de téléassistance et de domotique.

Au Brésil, l'organisation des services et les industries dédiés aux personnes âgées n'est pas particulièrement structurée. Il existe toutefois des associations spécialisées (ex. à São Paulo, la Société de Gériatrie et de Gérontologie - SBBG), mais dont le poids est très relatif et qui interviennent surtout en soutien émotionnel aux familles. Le rôle des médecins gériatres est très important dans le domaine de la santé.

On signalera également les initiatives prises dans le domaine du tourisme, à l'instigation du ministère en charge de ce secteur avec le programme « *Viaja Mais Melhor Idade* » composante du programme « *Viaja Mais* » (voyager plus). Il s'agit d'offrir aux retraités et pensionnés des opportunités de voyager et de profiter des activités touristiques, en vue de fortifier le secteur du tourisme au Brésil. À travers un portail www.viajamais.gov.br, le touriste accède à une liste régulièrement actualisée des ristournes et avantages offerts aux seniors par les agences enregistrées sur le site. Ce dernier n'est cependant qu'une vitrine de l'offre et il n'intervient pas dans la transaction entre l'agence et le client.

Q9 - Existe-il au sein de la filière des normes, des standards ou des dispositifs de qualité spécifiques ? Quelles seraient les barrières tarifaires ou non tarifaires qui seraient susceptibles de freiner la pénétration des produits et services français ?

Au sein de la filière, il existe diverses normes (nationales, des États et des municipalités) pour les résidences de personnes âgées et les centres jours, auxquelles s'ajoutent celles de l'Association brésilienne des normes techniques (ABNT) relatives à l'accessibilité dans les transports, les bâtiments publics et les équipements urbains.

Par ailleurs, certaines machines ou produits innovants peuvent avoir droit au régime *ex-Tarifario*. Il s'agit d'une concession tarifaire (temporaire) pour un produit spécifique qui n'est pas fabriqué au Brésil. Cette réduction se traduit par l'obtention d'une classification douanière spécifique du produit, qui permet de réduire les droits de douane à 2%. Les taux réduits peuvent rester en vigueur pendant deux ans au maximum. Il s'agit essentiellement de produits des chapitres 84, 85 et 90 de la Nomenclature Commune du Mercosur (NCM) : les biens d'équipement (liste BK), les équipements informatiques et de télécommunication (liste BIT) ainsi que leurs composants.

Q10 - Le pays organise-t-il ou envisage-t-il des salons professionnels et grand public sur le thème de la silver économie ?

Le Brésil organise plusieurs conférences sur ce thème ainsi qu'un salon : Salon *Brasil Idoso* - <https://brasilidoso.wordpress.com/feira/>. L'objectif est de faire connaître les nouvelles applications industrielles et thérapeutiques destinées au marché du troisième âge.

CHINE

Q1 - Quelles sont les caractéristiques du marché des seniors ?

La croissance de la population âgée en Chine est unique et l'une des plus rapides au monde. Selon les statistiques du ministère des affaires civiles, la Chine comptait plus de 212,4 millions de personnes âgées de plus de 60 ans fin 2014, dont près de 40 millions invalides ou atteints de démence sénile. Le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans s'élevait à 137,5 millions fin 2014 contre 88 millions en 2000. Au cours des 15 dernières années (2000 – 2014), la part de la population supérieure à 65 ans par rapport à la population nationale, est passée respectivement de 7 % à 10 %, celle des plus de 60 ans passant de 10,3 % à 15,5 % (une société est considérée comme vieillissante quand ce pourcentage dépasse 10 %). La Chine enregistre une croissance massive et durable de sa population âgée, correspondant à un apport moyen de près de 4 millions de personnes de plus de 65 ans chaque année depuis 2005 selon le ministère des affaires civiles. Les mesures récentes (décembre 2013) d'assouplissement de la politique de l'enfant unique ne permettront pas, même en cas de plein succès, de compenser ce phénomène.

Selon le **livre bleu sur le développement de l'industrie de vieillissement en Chine** (中国老龄产业发展报告), publié en **septembre 2014 par le Comité national du vieillissement**, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans devrait atteindre 480 millions en 2050, soit près d'un tiers de la population nationale. Le rapport estime que le marché chinois des biens et services destinés aux seniors s'élèvera à 106 000 Mds CNY en 2050, contre 4 000 Mds CNY en 2014 (651 Mds USD – 6,8 % du PIB). La Chine est ainsi le premier marché mondial potentiel de soins aux personnes âgées, avec un ajout moyen de 7,7 millions de personnes âgées de plus de 60 ans chaque année, d'ici 2050.

La structure démographique issue de la politique de l'enfant unique, l'évolution des modes de vie, l'éloignement géographique des familles, les capacités résidentielles d'accueil limitées et trop onéreuses pour certains, engendrent une **croissance** de la **population âgée vivant seule à domicile** (les fameux « nids vides » concernent 100 millions de plus de 60 ans). L'accroissement significatif de l'espérance de vie entraîne également l'émergence de nouvelles pathologies (Poly dépendance, Alzheimer, Parkinson, etc.) nécessitant la prévention, la détection et la mise en place de soins et d'accompagnements adéquats des patients. Quelque 3,7 millions de personnes de plus de 60 ans nécessitent des soins quotidiens. De fait, l'augmentation de l'espérance de vie en bonne santé est nettement plus lente que l'espérance de vie globale. L'absence de dispositif de détection précoce des signes de fragilité, la faiblesse de la prévention primaire ou secondaire des pathologies du vieillissement catalysent ce phénomène.

Face au vieillissement global de sa population, la Chine **doit adopter plusieurs réformes**, parmi lesquelles **l'amélioration du système de protection sociale** des personnes âgées (y compris les pensions et subventions nécessaires), la mise en place **d'assurances spécifiques** pour les personnes âgées dépendantes, l'entrée sur le marché de produits spécifiques au vieillissement, le renforcement des services et, plus globalement, la coordination des différentes politiques mises en œuvre, avec des lignes directrices claires.

Alors que la demande de soins et de services à destination des personnes âgées s'accroît, l'offre reste globalement insuffisante. La silver économie en Chine est une industrie émergente, d'une importance stratégique et urgente pour les autorités chinoises, facteur d'emplois et de paix sociale. L'attention portée aux aînés est en effet un élément essentiel de la tradition confucéenne qui reste solidement ancrée dans les consciences et donc un enjeu majeur pour les dirigeants soucieux de pérenniser le modèle économique et social dont ils sont les promoteurs. Les investissements privés et étrangers sont

Service économique régional de Pékin
Service des affaires sociales à l'Ambassade de France

encouragés dans ce domaine. Toutefois, toutes les entreprises étrangères qui entendent pénétrer ce marché, espérant ainsi capitaliser sur la richesse croissante du pays, auront un rôle de « pionnier ».

Q2 - Le pays a-t-il défini une politique publique en faveur des personnes âgées, du type plan national?

En réponse à la problématique du vieillissement, la Chine a publié une série de politiques visant à soutenir l'industrie du vieillissement et à construire un système de services de soins destiné aux personnes âgées. Ces mesures, variables selon les provinces et municipalités, reposent sur l'adoption, par le Conseil des Affaires d'État, le 17 septembre 2011, d'un plan quinquennal de développement de l'industrie de vieillissement en Chine¹. Ce plan a fixé plusieurs objectifs :

- la mise en place de stratégies pour répondre au vieillissement de la population et la mise en œuvre d'un plan à moyen et à long terme ;
- l'amélioration du système d'assurance vieillesse couvrant les résidents urbains et ruraux, le renforcement du système d'assurance médicale de base, l'augmentation des aides sociales destinées aux personnes âgées ;
- l'amélioration des services médicaux de base pour les personnes âgées et le renforcement des cliniques au niveau communautaire (quartier) pour fournir des services de soins aux personnes âgées de plus de 65 ans et prévenir les maladies liées au vieillissement ;
- l'établissement d'un système de services basé sur les familles (encouragement des familles à vivre ensemble ou à proximité ; installation d'équipements ; octroi d'allocations et inscription des personnes âgées comme résidents dans les villes où leurs enfants vivent) et les communautés, soutenu par les agences gouvernementales ;
- l'amélioration du réseau des services à domicile ou au sein de centres communautaires, avec un objectif de 30 lits pour 1000 personnes âgées, soit un ajout de 3,4 millions de lits destinés aux personnes âgées d'ici 2015, et un réseau de maisons et de centres pour les seniors couvrant respectivement 80 % et 50 % des milieux urbains et ruraux d'ici 2015 ;
- l'établissement et la promotion de normes techniques sur les projets urbains et ruraux de construction destinées aux personnes âgées ;
- le renforcement de l'administration sociale concernant les personnes âgées, avec l'établissement de commissions de travail sur le vieillissement dans toute la Chine, d'associations pour les personnes âgées dans plus de 95 % des communautés urbaines et plus de 80 % des communautés rurales et le renforcement des lois et règlements concernant les personnes âgées (publication d'une loi révisée sur la protection des droits et intérêts des personnes âgées²) afin d'améliorer les mécanismes de protection.

En septembre 2013, le Conseil des Affaires d'État a émis plusieurs avis concernant l'accélération du développement des services de soins aux personnes âgées, prévoyant expressément d'établir et de perfectionner des politiques préférentielles et de soutien, d'augmenter l'investissement et d'encourager la construction d'un système de services de soins aux personnes âgées. Les politiques préférentielles publiées par les autorités ne sont toutefois pas encore appliquées et les mécanismes d'appui pertinents pour la mise en œuvre de ces politiques sont absents.

Q3 - Le pays dispose-t-il d'une offre de services d'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes? Quels sont les modes d'organisation et la nature de ces services : national/local ; public/privé ?

¹ G. F. (2011) n°28. http://www.gov.cn/zwqk/2011-09/23/content_1954782.htm

² Loi révisée en 2012 et entrée en application en mai 2013, introduisant un système de tutelle volontaire. http://www.npc.gov.cn/npc/xinwen/2012-12/29/content_1749533.htm

Service économique régional de Pékin
Service des affaires sociales à l'Ambassade de France

Le développement de services de soins à domicile pour les personnes âgées est l'un des principaux objectifs fixé par le 12^{ème} plan quinquennal de développement de l'industrie de vieillissement en Chine. Le plan stipule que les autorités doivent établir, à trois niveaux (ville ou district ; sous-district ; village) un réseau de services de soins à domicile des personnes âgées, couvrant l'ensemble des communautés urbaines. Il précise également que les autorités entendent construire un système d'information sur les services de soins à domicile pour les personnes âgées et encourager le développement de programmes de soins à domicile par des prestataires de services privés.

Suite à ces objectifs fixés dans le 12^e plan quinquennal, le Conseil des Affaires d'État a adopté le 16 décembre 2011 **un plan sur la construction du système de prise en charge des personnes âgées³.** Ce plan définit un système de services de soins des personnes âgées reposant sur trois volets : la prise en charge à domicile, l'accueil dans des services communautaires, l'accès à des résidences médicalisées.

Les services de soins à domicile sont définis comme recouvrant, pour les personnes âgées non dépendantes, les services d'aide aux tâches de la vie courante (ménage, hygiène, alimentation, etc.) et l'aide juridique. Pour les personnes âgées dépendantes, les personnes très âgées et les seniors vivants seuls, ces services comprennent en plus, les soins de santé à domicile, les soins de réadaptation, l'assistance (reposant sur la mise en place d'équipements, notamment d'appel d'urgence) et la sécurité. Le plan spécifie que dans certaines régions, des subventions doivent être allouées aux personnes âgées dépendantes, afin de favoriser l'ajout d'équipements et améliorer les conditions de la vie quotidienne. Le plan souligne la nécessité de mettre en place une plateforme d'informations pratique et efficace et des services d'assistance (type *hotline*).

Dans le cadre de ce plan, Shanghai (dont la population âgée représente déjà 27 % de la population totale) a adopté le modèle « 90/7/3 », qui préconise une structure de l'offre avec 90 % des personnes vivant à domicile, 7 % bénéficiant d'accueil de jour et 3 % ayant accès à des résidences médicalisées ; plusieurs provinces (Sichuan, Xinjiang, Hebei, Jilin) ont retenu ce modèle, la municipalité de Pékin ayant adopté le modèle « 90/6/4 ». En outre, les autorités entendent former 3 millions de travailleurs sociaux d'ici 2020, la priorité étant accordée à l'accompagnement des personnes âgées.

Q4 - Existe-il une solvabilisation publique ou collective des besoins d'assistance des personnes âgées ? À quel niveau se prennent les décisions d'assistance : au niveau des services sociaux des villes ou des régions, au niveau des caisses locales d'assurance ?

À l'exception de la couverture assurance maladie de la population (96 % de la population étant théoriquement couverte, avec des niveaux de remboursement relativement faibles) et la cotisation retraite (également relativement faible), il existe un système d'aide financière pour les personnes âgées, confié aux autorités provinciales, les municipalités étant en charge de leur versement. Actuellement, 18 provinces en Chine ont établi un système de subvention des personnes âgées de plus de 80 ans ; 22 provinces ont établi un système de subvention de services pour les personnes âgées en difficulté.

En septembre 2014, le ministère des finances et le ministère des affaires civiles ont conjointement publié une « **Annnonce sur l'établissement et l'amélioration d'un système de subvention aux personnes très âgées ayant des difficultés et aux personnes âgées dépendantes⁴** ». Le document précise qu'il appartient aux autorités locales, selon la situation, de déterminer les personnes pouvant bénéficier de cette subvention et de les en informer. Les administrations des affaires civiles au niveau des comtés doivent ainsi dresser la liste des personnes très âgées ayant des difficultés financières, tandis que les établissements de santé au niveau des comtés doivent déterminer les personnes âgées dépendantes ayant des difficultés financières. L'annonce précise que pour ces dernières, les gouvernements locaux à tous les niveaux doivent fournir progressivement une subvention (définie

³ http://www.gov.cn/zw/gk/2011-12/27/content_2030503.htm

⁴ http://www.mof.gov.cn/zhengwuxinxi/caizhengxinwen/201410/t20141023_1154051.html

Service économique régional de Pékin
Service des affaires sociales à l'Ambassade de France

localement, idéalement de manière unifiée au niveau provincial, selon le développement économique local, les prix et la situation financière de la personne concernée), leurs difficultés devant être toutefois principalement surmontées par le système d'assurance vieillesse de base, le système d'aide sociale urbain ou rural et le système d'aide sociale. Cette aide financière sera attribuée en liquide ou en coupons donnant droit à des services, ce choix appartenant aux autorités locales.

Q5 - Les collectivités locales lancent-elles des appels d'offre en matière de services à la personne ou d'adaptation des logements des personnes âgées ?

Les collectivités locales lancent des appels d'offres en matière de services à la personne. Toutefois, les entreprises étrangères ne peuvent généralement pas répondre à ces demandes, en raison d'un modèle économique inadéquat et de normes spécifiques (à titre d'exemple, à un appel d'offres à Chengdu fixait un prix maximal de 2000 CNY pour les clients, à charge pour l'opérateur d'une maison de retraite de supporter le coût du loyer). En dehors des procédures d'appels d'offres, les opérateurs sont souvent sollicités directement par les services municipaux, ceux-ci proposant des terrains et des avantages pour déployer leurs services. Il existerait actuellement dans la plupart des municipalités, une multitude d'appels d'offres (pouvant prendre la forme d'enchères) pour l'acquisition de terrains dédiés à la construction de maisons de retraite ou d'appartement seniors.

Q6/- Le pays a-t-il développé une offre technologique d'assistance à domicile : téléassistance, bouquets de services ? Quelle est la proportion de la population âgée faisant appel aux services de téléassistance ?

La Chine n'a pas réellement développé une offre technologique d'assistance à domicile, à l'exception d'applications téléphoniques mobiles (non dédiés aux seuls seniors), type *Chunyu Yisheng*, permettant d'obtenir une consultation médicale ainsi que des services d'autodiagnostic sans se déplacer à l'hôpital.

À long terme, les politiques de sensibilisation résultant de la croissance continue des personnes âgées, devraient conduire à un besoin de solutions et d'équipements, offrant un marché non négligeable aux entreprises françaises de la silver économie.

Q7 - Le pays dispose-t-il d'une offre de résidences d'hébergements spécialisés ? Quelle est la proportion de personnes âgées vivant dans ces établissements ?

Selon le ministère des affaires civiles, la Chine disposait fin 2013 de 42 475 centres destinés aux seniors, correspondant à 4,9 millions de lits (+18,9 % en g.a), dont 641 000 lits dans des centres d'hébergements communautaires et des garderies de jour. Ces centres auraient accueilli 3,074 millions de personnes âgées (+5,5 % en g.a), correspondant à 1,5 % des personnes âgées de plus de 60 ans fin 2013.

Q8 - Comment les services et les industries dédiés aux « âgés » sont-ils organisés ? En filière intégrée, en fédérations, sans organisation particulière ? Quels sont les leaders et principaux donneurs d'ordre de la filière ? Repérer en particulier les organismes représentatifs en matière de téléassistance et de domotique.

Au niveau national (et sans tenir compte des autorités locales, tant au niveau provincial que municipal), de multiples structures publiques sont compétentes sur le sujet, le ministère des ressources humaines et de la sécurité sociale, la Commission Nationale pour le Développement et la Réforme (NDRC), le ministère des affaires civiles, la Commission nationale de la santé et du planning familial (prise en charge médicalisée), le ministère des finances, le ministère du commerce (Mofcom), le ministère du logement et du développement urbain et rural (MoHURD), le ministère des ressources et des terres et le Comité national chinois sur le vieillissement. **Le ministère des affaires civiles et la Commission nationale de la santé et du planning familial sont les deux principaux interlocuteurs.** Le Comité national chinois sur le vieillissement (CNCA), qui dépend du ministère des Affaires Civiles, est la principale structure publique en charge des personnes âgées. A noter également le rôle central du secrétariat de la Commission de travail chinois sur le vieillissement (CNWCA), dépendant du Conseil des Affaires d'État.

Service économique régional de Pékin
Service des affaires sociales à l'Ambassade de France

Le CNCA a pour mandat de :

- mettre en œuvre les décisions de CNWCA.
- conduire les recherches sur les stratégies de développement, les politiques et les plans à l'échelle nationale sur le vieillissement et travailler à leur mise en œuvre ;
- superviser et contrôler la mise en œuvre des décisions du CNWCA par les ministères concernés et les collectivités locales ;
- assurer la liaison et la coordination des travaux entre tous les membres ;
- mener enquête & recherches ; recueillir et compiler les informations concernant le travail sur le vieillissement, promouvoir les échanges de bonnes pratiques sur le vieillissement.

Q9 - Existe-il au sein de la filière des normes, des standards ou des dispositifs de qualité spécifiques ? Quelles seraient les barrières tarifaires ou non tarifaires qui seraient susceptibles de freiner la pénétration des produits et services français ?

L'un des objectifs fixé par le plan quinquennal de développement de l'industrie de vieillissement en Chine est d'établir et de promouvoir l'établissement et la promotion de normes techniques, plus spécifiquement sur les projets urbains destinés aux personnes âgées. Les autorités entendent ainsi revoir, modifier et améliorer les normes techniques en vigueur concernant les installations destinées aux personnes âgées. Elles entendent également renforcer la mise en œuvre de ces normes techniques dans le cadre de la planification d'un projet, sa conception et sa construction. Les provinces travaillent actuellement à la refonte des normes existantes et à la spécification des attentes sur le plan local. De même, l'AFNOR a établi en 2014 un dialogue spécifique avec l'Administration de normalisation chinoise sur le thème de la silver économie.

Les investissements privés et étrangers sont encouragés dans le domaine des soins aux personnes âgées, comme le stipulent la circulaire publiée conjointement par le ministère des affaires civiles et le ministère du commerce le 27 novembre 2014⁵, et le projet de nouveau catalogue des investissements (qui introduit spécifiquement ce point). Les investisseurs étrangers sont toutefois soumis à l'obligation de faire avaliser leur(s) projet(s) auprès des organismes provinciaux en charge du commerce. La circulaire du 27 novembre précise que les investisseurs étrangers bénéficieront des mêmes politiques fiscales favorables et des mêmes politiques de déduction des frais d'administration que les investisseurs nationaux.

Q10 - Le pays organise-t-il ou envisage-t-il des salons professionnels et grand public sur le thème de la silver économie ?

Les salons sur le thème de la silver économie se sont récemment multipliés en Chine, au niveau national comme au niveau des provinces (et / ou) municipalités. Au niveau national, la 4^e édition de la *China International Senior Service Expo* (CISSE 2015⁶) se tiendra à Pékin les 5 et 6 mai 2015. Ce salon, qui bénéficiera d'une présence française portée par Le Club Santé Chine et Business France, entend présenter des solutions permettant de répondre aux besoins urgents des personnes âgées, solutions regroupées sous des thématiques telles que les soins de réadaptation, les soins de santé, les services TIC, la formation professionnelle, la normalisation, etc.

Au niveau local, la China Silver Industry Association a tenu la première édition du salon « *China International Silver Industry Exhibition* » à Canton en novembre 2014. De même, de nombreuses villes et provinces organisent des salons sur ce thème : la « *Dalian International Senior Industry Expo* », organisée par le bureau des affaires civiles de la municipalité de Dalian ; la « *Beijing International Ageing Industry Expo* », dont la seconde édition s'est tenue à Pékin en novembre dernier ; la « *First Chinese Conference of Elderly Health and Smart elderly care Industry* » tenue à Chongqing en novembre 2014.

⁵ <http://english.mofcom.gov.cn/article/policyrelease/aaa/201412/20141200831534.shtml>

⁶ <http://cisse.casw.org.cn>

Service économique régional de Pékin
Service des affaires sociales à l'Ambassade de France

Nota Bene

Plusieurs entreprises françaises développent leur savoir-faire dans le domaine de la « *silver économie* » en Chine (gestion d'établissements de soins de vie dédiés aux séniors), notamment Colisée Patrimoine, Orpéa, Domusvi et plus récemment Adef Résidences. Dans le domaine des normes, l'AFNOR a établi en 2014 un dialogue spécifique avec l'Administration de normalisation chinoise sur le thème de la « *silver économie* ».

Au cours de la visite d'État du Président Xi Jinping en France en mars 2014, la France et la Chine ont manifesté le souhait de mettre en place sur le sujet des soins à domicile « *un projet pilote à moyen terme dans un cadre municipal, avec pour objectif de structurer le système de financement, de développer l'ingénierie de formation et la mise en place d'un système de qualification et de certification du personnel médico-social* »⁷. Ce projet avait été arrêté lors de la commission mixte économique franco-chinoise en février 2014, les ministres du commerce de France et de Chine ayant convenu d'une coopération sur la thématique des services d'accompagnement à domicile des personnes âgées.

⁷ Cf, « Plan de coopération à moyen et long terme des relations franco-chinoises », arrêté lors de la visite d'Etat du Président Xi Jinping en France en mars 2014. <http://www.elysee.fr/communiqués-de-presse/article/annexe-de-la-declaration-pour-ouvrir-une-nouvelle-etape-d-un-partenariat-global-strategique-franco-chinoise/>

CORÉE DU SUD

Q1 - Quelles sont les caractéristiques du marché des seniors ?

S'il convient de souligner de fortes inégalités économiques et sociales parmi les personnes âgées, le vieillissement accéléré de la Corée indique clairement que le marché des seniors va fortement se développer aux cours des prochaines années.

Contrairement à la plupart des pays développés, les seniors coréens ne correspondent pas à une catégorie relativement aisée et désireuse d'occuper son temps libre. Avec une population de 50 millions de personnes, la Corée est en effet marquée par une forte concentration de la précarité parmi les personnes âgées avec un taux de pauvreté de 49% chez les seniors⁸, premier parmi les pays de l'OCDE. Les pouvoirs publics n'ont pas encore développé de système de prise en charge soutenable des seniors (faible couverture de la caisse de retraite, déficit de l'assurance maladie estimé à 20 Md USD en 2020) et ces derniers sont amenés à travailler jusqu'à 71 ans en moyenne pour subvenir à leurs besoins.

Il existe néanmoins déjà une classe de personnes âgées aisées et ses effectifs devraient augmenter avec l'arrivée à la retraite des deux vagues de baby-boomers à horizon 2020. Une première vague, représentant environ 7 millions de personnes, des générations nées entre 1955 et 1963, et une deuxième vague de 6 millions de personnes, nées entre 1968 et 1974. Si le taux de personnes âgées de plus de 65 ans est de 12,6% en 2013 (30^{ème} sur les 34 pays de l'OCDE), ce taux devrait atteindre 20% d'ici 2020.

Ce segment de consommateurs émerge comme un marché clé : selon le Korea Health Industry Development Institute (KHIDI), la taille du marché de la silver économie devrait progresser en moyenne annuelle de 14% d'ici 2020. Ce marché qui regroupe neuf secteurs d'activité – traitement et soins médicaux, produits pharmaceutiques, appareils médicaux, cosmétiques, alimentation, loisirs, services financiers, habitation, et produits de consommation de confort – représentait 29 Md USD en 2010 et devrait atteindre 110 Md USD en 2020, soit une progression de 280%.

Les plus fortes progressions devraient concerner les services financiers (19% de croissance annuelle moyenne), les cosmétiques (17%) et les traitements et soins médicaux (17%).

Les dépenses en « personal care », un concept englobant les soins esthétiques, les activités sportives et d'entretien de la santé, présentent des opportunités particulièrement fortes, misant sur l'importance de l'apparence en Corée, premier pays au monde pour le nombre d'opérations de chirurgie par habitant.

Q2 - Le pays a-t-il défini une politique publique en faveur des personnes âgées, du type plan national?

Le ministère de la Santé et de l'action sociale est en charge de mettre en œuvre les politiques en faveur des personnes âgées, notamment au travers de plans d'action quinquennaux.

Dans ce cadre, il coordonne depuis 2008 le Long Term Care Insurance (LTCI), un **système spécifique de prise en charge de la dépendance des personnes âgées de plus de 65 ans**. Système identique à l'assurance-maladie, ce régime est basé sur une cotisation supplémentaire et des remboursements forfaitaires sur la prise en charge à domicile ou en établissement des personnes dépendantes. Les personnes âgées de plus de 65 ans peuvent bénéficier d'un remboursement de leurs frais médicaux de 80 à 85% par l'assurance maladie, mais aussi d'un hébergement médicalisé temporaire ou de long terme jusqu'à la fin de vie.

⁸ Rapport pays de l'OCDE sur la Corée (2014). Il s'agit du taux de pauvreté relatif, dont le seuil est fixé par l'OCDE à 50% du revenu médian de la population totale d'un pays donné.

Service économique de Séoul

Ces politiques publiques en faveur des personnes âgées coexistent avec le système public de retraite NPS (National Pension System), créé en 1988, ainsi qu'avec les mécanismes mis en place au niveau des gouvernements locaux (régions, villes) qui possèdent leurs propres structures autofinancées.

Q3 - Le pays dispose-t-il d'une offre de services d'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes? Quels sont les modes d'organisation et la nature de ces services : national/local ; public/privé ?

Les services d'aide à domicile sont fournis à la fois au niveau local et au niveau national.

Concernant les collectivités locales, il s'agit selon la taille de la ville ou selon l'environnement urbain ou rural de l'arrondissement, de la ville ou du canton. Les visites sont assurées par des agents locaux agréés. Ces agents publics sont formés aux soins médicaux de base et peuvent assister les personnes âgées dans leur vie quotidienne. Les autorités locales sont en charge d'examiner le dossier des patients et de donner un agrément à des personnes ou des organismes.

Au niveau national, dans le cadre du Long Term Care Insurance, le ministère de la Santé et de l'action sociale a créé en 2011 le Comprehensive Support Center for the Elderly Living Alone qui compte environ 6 600 aides à domiciles en 2013. Le service consiste la plupart du temps en 1 visite et 2 appels téléphoniques par semaine. Cependant, en 2014, le sous-effectif chronique face à la demande croissante ne permet plus de garantir une qualité de service optimum.

Au niveau national comme local, les services proposés sont :

- Présence et lien social,
- Toilette et soins de beauté,
- Ménage, repassage,
- Services de sécurité et d'intervention en cas d'accident,
- Organisation de funérailles pour les veufs et veuves.

Q4 - Existe-il une solvabilisation publique ou collective des besoins d'assistance des personnes âgées ? À quel niveau se prennent les décisions d'assistance : au niveau des services sociaux des villes ou des régions, au niveau des caisses locales d'assurance ?

Au niveau public, les systèmes de solvabilisation et d'éligibilité des services varient selon les structures nationales ou locales.

Au niveau national, via le Long-Term Care Insurance System, on différencie quatre degrés de dépendance, de 1, très dépendant, à 4, non-éligible. Près de 20% du montant des prestations fournies restent à la charge du bénéficiaire, proportion qui passe à 10% pour les revenus faibles et 0% pour les bénéficiaires du minimum vieillesse.

Au niveau local, chaque collectivité met en place son propre système de financement et de prise de décision.

Le système de solvabilisation par la caisse de retraite NPS (National Pension System) a bénéficié en 2013 à 29 % des personnes âgées pour un taux de remplacement cible de 50% pour 40 années de cotisations. Cela représente 3,4 millions de bénéficiaires pour 23 millions d'assurés.

Au niveau privé, les systèmes de solvabilisation via les pensions d'entreprise et les contrats de prévoyance par les banques et assurances sont encore très limités en couverture et en taux de remplacement.

Q5 - Les collectivités locales lancent-elles des appels d'offre en matière de services à la personne ou d'adaptation des logements des personnes âgées ?

Les marchés publics de plus de 100 000 USD (3 M USD pour les travaux publics), y compris pour les collectivités locales, sont centralisés par le Public Procurement Services et publiés sur le portail KONEPS (Korea ON-line E-Procurement System, en coréen) : <http://www.g2b.go.kr/>

Service économique de Séoul

KONEPS gère les achats de plus de 46 000 organismes publics et compte près de 267 000 fournisseurs enregistrés. (Voir Q9 pour les barrières à l'accès aux marchés publics).

Q6 - Le pays a-t-il développé une offre technologique d'assistance à domicile : téléassistance, bouquets de services ? Quelle est la proportion de la population âgée faisant appel aux services de téléassistance ?

Pour l'heure, la proportion de la population âgée faisant appel aux services de téléassistance demeure très faible. Ce marché étant embryonnaire il ne fait pas encore l'objet de statistiques nationales.

En ce qui concerne la téléassistance non-médicale, le ministère de la Santé a introduit en 2008 le système « U-CARE » pour un budget de 15 Md de won (env. 15 M USD). Ce dispositif consiste à installer des systèmes d'alertes à distance : alarmes portatives pour les personnes âgées, détecteurs de mouvement alertant la famille ou les secours en cas d'immobilité prolongée, détecteurs de fuite de gaz ou d'incendie... En 2009, quelque 9000 personnes dans six grandes villes ont bénéficié de ce service.

En juillet 2012, l'opérateur téléphonique privé SK Telecom a lancé, en coopération avec les entreprises coréennes d'informatique Hideasolution et de santé GC HEALTHCARE, un service similaire de détection chez les personnes âgées. Par ailleurs, la télémédecine a été identifiée par la Présidente Park comme un moteur de croissance début 2014, en mettant l'innovation technologique coréenne au service de ce marché.

Dans cette dynamique, le gouvernement a proposé en mars 2014 une révision de la loi pour autoriser les consultations médicales à distance entre les médecins et certaines catégories de patients (patients atteints de maladies chroniques, vivant dans les régions reculées ainsi que les personnes âgées et les handicapés.) Un programme pilote a été lancé en septembre 2014. A l'issue de ce programme, le projet de loi sur la télémédecine a été adopté au Parlement et doit entrer en vigueur d'ici juillet 2015. Ce projet suscite l'opposition des syndicats de médecins et professionnels de santé (500 000 membres au total), considérant que ce système va dégrader le niveau des prestations et pénaliser certains professionnels dont la spécialité ou les moyens ne permettent pas d'y recourir.

Samsung est en première ligne sur ce secteur, anticipant une convergence entre ses technologies et la santé. Le conglomérat souhaite se positionner comme un fournisseur de technologies de télémédecine de premier plan et a prévu d'investir 22 Md USD d'ici 2020 dans cinq nouveaux secteurs dont la biomédecine et les équipements médicaux.

Q7 - Le pays dispose-t-il d'une offre de résidences d'hébergements spécialisés ? Quelle est la proportion de personnes âgées vivant dans ces établissements ?

La Corée dispose de dispositifs d'hébergement médicalisé temporaire ou de long terme jusqu'à la fin de vie. Ces établissements répondent à des critères de certification stricts pour être intégrés au système national Long Term Care Insurance et peuvent donc être considérés comme proches du système français des maisons de retraite publiques.

En 2013, on comptait 5 000 établissements pour 159 000 personnes, soit 2,6% de la population de plus de 65 ans.

Q8 - Comment les services et les industries dédiés aux « âgés » sont-ils organisés ? En filière intégrée, en fédérations, sans organisation particulière ? Quels sont les leaders et principaux donneurs d'ordre de la filière ? Repérer en particulier les organismes représentatifs en matière de téléassistance et de domotique.

Le secteur des services et industries dédiés aux personnes âgées étant encore peu développé, il n'est pas structuré autour d'organisations particulières.

La filière se caractérise par, d'un côté les hôpitaux ou conglomérats qui proposent des résidences dédiées aux personnes âgées et tout équipées (parmi ces Silver Towns de luxe, on peut citer le Noble County de Samsung à Yongsin), de l'autre des structures de taille plus modeste proposant des services ou des équipements spécifiques.

Il n'existe pour le moment aucune structure de télémédecine, celle-ci venant juste d'être autorisée.

Concernant la domotique, le principal donneur d'ordre est la Korea Association of Smart Home, qui n'est pas spécifiquement dédiée aux personnes âgées.

Q9 - Existe-il au sein de la filière des normes, des standards ou des dispositifs de qualité spécifiques ? Quelles seraient les barrières tarifaires ou non tarifaires qui seraient susceptibles de freiner la pénétration des produits et services français ?

Sur cette filière, les questions d'accès au marché sont surtout relatives aux difficultés sur les commandes publiques et aux réglementations sur les médicaments et les équipements médicaux. Les marchés publics obtenus par des entreprises étrangères représentaient 1,24% de la commande publique coréenne tous secteurs confondus en 2013⁹. Ainsi :

- Les ministères peuvent acheter en direct pour les commandes ne dépassant pas 100 000 USD dans tous les secteurs et 3 M USD pour les marchés de travaux. Le gouvernement central peut en outre acheter en direct aux PME coréennes pour tout achat inférieur à 1 800 USD pour une liste de 195 produits fixés par décret présidentiel.
- Les collectivités locales et les sociétés publiques gèrent directement la majeure partie de leurs achats de biens et services
- Des exigences de licence ou encore d'expérience locale peuvent compliquer la présentation d'une offre par une société étrangère, avec souvent une exigence de localisation de la production

Concernant les médicaments, les barrières non tarifaires incluent :

- délais d'enregistrement des médicaments supérieurs à la moyenne OCDE (entre 5 et 10 ans) ;
- tests et re-certification systématique à l'import pour les produits pharmaceutiques et le matériel médical faute de reconnaissance des procédures européennes et inspections sur sites régulières ;
- faiblesses en matière de propriété intellectuelle (brevets pharmaceutiques remis en cause par les fabricants de génériques)
- politique de fixation des prix peu lisible et mouvante qui pénalise les plans de croissance à long terme et le développement de produits innovants face aux produits génériques (coréens majoritairement)
- depuis février 2014, une mesure encourageant les hôpitaux à diminuer au maximum les prix de leurs commandes incite les établissements à se tourner en priorité vers les produits génériques coréens au détriment des produits importés. Cette mesure a été renforcée en septembre 2014 par la Reward for Saving Drug Expenditure ou « RSDE »
- le gouvernement coréen entend renforcer la traçabilité des produits à partir de 2015 via un dispositif de sérialisation des médicaments (numéros de séries ou dispositifs de radio-identification). Au-delà du délai très court donné pour sa mise en œuvre, cette mesure est complexe pour les fabricants étrangers important leurs produits depuis des sites de production multiples.

⁹ Rapport 2014, Public Procurement Service

Service économique de Séoul

Concernant les équipements médicaux, on peut mentionner le fait que, les sites de fabrication des appareils médicaux importés en Corée doivent être certifiés KGMP (Korea Good Manufacturing Practice), proche du référentiel ISO mais non équivalent.

Q10 - Le pays organise-t-il ou envisage-t-il des salons professionnels et grand public sur le thème de la silver économie ?

Deux salons annuels existent déjà :

- Korea Rehabilitation and Senior Care (Busan, prochaine édition 26-28 juin 2015)
- SENDEX: Senior & People with Disabilities Expo (Seoul, prochaine édition août 2015)

ITALIE

Q1 - Quelles sont les caractéristiques du marché des seniors ?

Le marché italien des personnes âgées se caractérise par sa grande dimension. Selon les données de l'institut italien des statistiques (ISTAT), 12,3 millions d'italiens avaient plus de 65 ans et 3,6 millions plus de 80 ans lors du dernier recensement en 2011. **Les plus de 65 ans représentent 21,7% de la population totale, un des taux les plus élevés au monde.** D'après les projections de l'ISTAT, le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans devrait s'élever à 21 millions en 2050 et la population âgée de plus de 80 ans devrait plus que doubler (8,6 millions).

La dépense publique en faveur des personnes âgées atteint 13,4% de la dépense publique italienne, soit la part la plus importante de l'OCDE, principalement à cause du coût élevé du système de retraites.

Par ailleurs, la majeure partie de la consommation de la population âgée en Italie se concentre sur les dépenses liées au logement et à l'énergie (54%), à l'alimentation (21%), aux transports (7%) et à la santé (5%).

L'offre du secteur privé demeure relativement limitée dans le domaine de la *silver* économie. La majorité des entreprises ou coopératives opère dans le secteur des services à domicile. D'après un rapport de 2012 rédigé par le Centre d'Études en Investissement Social (Censis), 43,6% des personnes âgées dépendantes ont besoin d'une assistance à domicile 24h/24h (*badante*), et 29,3% de soins infirmiers, tandis que la population âgée autonome a besoin d'une assistance permanente dans 5,3% des cas et d'une aide à domicile ponctuelle dans 79,1% des cas.

Si les technologies domotiques ou la téléassistance apparaissent encore peu développées, l'association Assodomotica prévoit une croissance du secteur de la domotique de 21,8% en 2015 et 20,4% en 2016. Le nombre d'équipements domotiques installés par an est passé de 10 000 en 2005 à 95 000 en 2013 (170 000 prévus en 2016), pour une valeur totale de 42 millions d'euros en 2005 et 390 millions d'euros en 2013. On estime à 380 000 le nombre d'habitations équipées de technologies domotiques fin 2013 en Italie. Les principaux équipements domotiques concernent néanmoins l'efficacité énergétique et la sécurité, l'assistance aux personnes âgées demeurant un secteur relativement mineur.

D'autres produits connaissent une croissance intéressante sur le marché italien, tels que les produits d'assurance, ou encore les produits alimentaires et textiles adaptés à la population âgée¹⁰.

Q2 - Le pays a-t-il défini une politique publique en faveur des personnes âgées, du type national?

Le système de répartition des compétences législatives et administratives entre l'État et les régions a été sensiblement modifié en Italie avec la réforme du Titre V de la Constitution, transposée par la loi constitutionnelle n° 3/2001 «pour la mise en œuvre du système intégré d'interventions et de services sociaux». Dans un contexte de forte décentralisation, cette loi donne aux régions le pouvoir législatif dans le domaine social. Elle promeut également la bonne organisation du réseau des services, basée sur une division des compétences entre les différents échelons administratifs. Il revient à l'État de déterminer le niveau de base des services qui doivent être garantis sur l'ensemble du territoire national, afin de limiter les inégalités régionales.

Au niveau national, il existe deux fonds qui alimentent les politiques publiques pour les personnes âgées: le Fonds National pour la Politique Sociale (FNPS) et le Fonds National pour les Non-Autonomies (*Fondo per les non autosufficienze*- FNA).

¹⁰ Source : association Assindatcolf

Service économique régional de Rome
Service des affaires sociales à l'Ambassade de France

- Le FNPS, créé par la loi du 8 novembre 2000, n°328, finance la plupart des interventions dans le domaine social, y compris les initiatives pour les personnes âgées et les personnes handicapées. Le montant et la répartition des financements sont définis annuellement dans la loi de finances. La loi de finances pour 2015 (loi du 23 décembre 2014, n°190) attribue 300 millions d'euros au FNPS.
- Le FNA (créé par la loi de finances pour 2007 et réparti annuellement entre les régions), vise à assurer, sur tout le territoire national, la mise en œuvre du niveau de base de prestations sociales en faveur des personnes dépendantes, dont les personnes âgées (interventions, services sociaux et services de santé en faveur des personnes non autonomes, y compris les soins à domicile). Le Décret interministériel du 7 mai 2014 a attribué 350 millions d'euros au FNA pour l'année 2014, répartis entre les régions et les provinces autonomes (340 millions d'euros) en fonction de la part de la population âgée dépendante et des indicateurs socio-économiques. Une part du total (10 millions d'euros) a été attribuée au Ministère du Travail et des Politiques Sociales pour la promotion d'interventions novatrices en faveur des personnes âgées dépendantes. La loi de finances pour 2015 (loi du 23 décembre 2014, n°190) prévoit 400 millions d'euros en 2015¹¹ pour le financement du FNA et 250 millions d'euros à partir de 2016.

En matière de prévention, les politiques publiques nationales développées se sont concrétisées récemment par la signature d'un accord entre l'État et les régions sur le Plan National de Prévention 2014-2018. Celui-ci propose des lignes directrices, avec des préconisations en termes de mode de vie et de comportement sanitaire qui concernent notamment les personnes âgées. L'État et les collectivités territoriales ont également adopté un "plan national pour les démences" le 30 octobre 2014 afin d'améliorer la qualité des services en faveur des personnes âgées affectées par des démences. Le plan prévoit en particulier de mieux informer les familles et les professionnels du secteur de la santé et d'améliorer les diagnostics ainsi que les soins.

Au niveau régional, les modèles de gestion et d'organisation qui se développent grâce à l'offre d'assistance aux personnes âgées peuvent être classifiés comme suit:

- Système résidentiel avancé: services résidentiels et d'assistance sociale municipale ou locale (Trentin-Haut-Adige et Vallée d'Aoste);
- Soins intensifs: assistance continue (Emilie-Romagne, Frioul-Vénétie Julienne et Vénétie);
- «Cash for care»: répartition des indemnités d'accompagnement (Abruzzes, Campanie, Calabre, Sardaigne et Ombrie);
- Soins à moyenne intensité: un croisement entre les soins à domicile intégrés, le service de soins à domicile et les formes de «cash for care» (Ligurie, Lombardie, Piémont, Basilicate, Latium, Marches, Pouilles, Toscane);
- Soins à faible intensité (Molise, Sicile).

Q3 - Le pays dispose-t-il d'une offre de services d'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes? Quels sont les modes d'organisation et la nature de ces services: national/local ; public/privé?

L'offre de services d'aide à domicile aux personnes âgées permet de traiter la maladie sur place et d'améliorer la qualité de vie tout en limitant les coûts, car les prestations résidentielles et hospitalières demeurent onéreuses. Elle est structurée en fonction de l'organisation des compétences des différents niveaux territoriaux.

Organisation

L'État est chargé de définir un plan social national en déterminant:

- les niveaux essentiels d'assistance (prestations uniformes de base) ;

¹¹ Le gouvernement italien avait proposé dans un premier temps de réduire le fonds de 100 millions d'euros, mais est revenu sur sa décision suite aux protestations de nombreuses associations.

Service économique régional de Rome
Service des affaires sociales à l'Ambassade de France

- les qualités nécessaires des «comunità-famiglie» (communautés-familles) ;
- la répartition du budget du «fonds social national».

Le deuxième niveau est représenté par les régions qui doivent:

- programmer et coordonner les interventions sociales à travers des Plans Sociaux Régionaux et des Plans de Zone ;
- favoriser l'intégration des interventions sanitaires, sociales, de formation ;
- contrôler les institutions publiques et privées ;
- dresser la liste des acteurs et opérateurs autorisés à fournir des services établis par la réglementation ;
- définir la qualité des prestations ;
- déterminer le montant de participation restant à la charge des patients ;
- former le personnel.

Les régions peuvent également proposer des aides et des services spécifiques, mais les dispositifs collectifs de prise en charge sont relativement peu développés, fragmentés entre différents échelons, et il existe de très fortes disparités territoriales.

En vertu du principe de subsidiarité, les communes sont titulaires de la fonction administrative dans le secteur des prestations sociales. Elles fournissent les services sur la base des plans régionaux.

Dans la pratique, il existe plusieurs modèles d'organisation pour les prestations à domicile:

- Assistance à domicile planifiée: par le Médecin de Médecine Générale au domicile de son patient, avec la permission de l'Agence Sanitaire Locale (ASL) de référence;
- Assistance à domicile intégrée (ADI): interventions planifiées de type sanitaire (compétence des ASL) et social (compétence des communes);
- Hospitalisation à domicile: prestations très complexes réalisées à domicile par une équipe de professionnels et utilisation des technologies hospitalières;
- Service d'Assistance à Domicile (SAD): soins et assistance dans la vie quotidienne aux personnes âgées dépendantes.

L'Assistance à Domicile Intégrée (ADI), dont le coût est évalué à 1,7% du PIB, concerne 532 000 personnes âgées en Italie. Toutes les formes de soins à domicile, à l'exception du Service d'Aide à Domicile (SAD), et de l'ADI, sont de la responsabilité du secteur sanitaire et sont fournis gratuitement par les ASL. Selon la dernière enquête ISTAT (2011), les soins à domicile représentent 1,4% du PIB. Par conséquent, seul un faible pourcentage des personnes dépendantes peut être assisté à domicile et la priorité est donnée aux patients dont les conditions cognitives et fonctionnelles sont les plus précaires.

Service économique régional de Rome Service des affaires sociales à l'Ambassade de France

Nature des Services

L'assistance sanitaire à domicile comprend trois types de prestations:

1. Les prestations sanitaires – qui sont les prestations médicales de médecine générale ou spécialisée.
2. Les prestations fournies par le personnel infirmier – c'est à dire administration de médicaments, prélèvements sanguins, assistance et contrôle des soins, contrôle de l'alimentation.
3. Les prestations de réhabilitation.

Sur signalisation, une unité d'évaluation gériatrique détermine les modalités d'intervention en visitant le domicile des personnes âgées, en élaborant un plan d'intervention et en indiquant les prestations technico-professionnelles nécessaires et la période d'assistance. Les prestations fournies par l'assistance à domicile publique sont prises en charge par le Service Sanitaire National.

L'assistance sociale à domicile peut être fournie par des assistants à domicile, des assistants sociaux, des éducateurs professionnels ou par des volontaires. Ces acteurs fournissent des prestations différentes:

- Assistant à domicile: ce type d'assistance a comme objectif principal de favoriser l'autonomie des personnes âgées en les aidant dans l'hygiène quotidienne, la déambulation, la préparation des repas, les tâches domestiques et les procédures administratives.
- Éducateur professionnel: il se charge de développer l'autonomie personnelle ou d'organiser des activités culturelles ou récréatives.
- Assistant social: il analyse et évalue les différentes situations afin d'élaborer un plan d'intervention et de suivi de la personne.

Une des faiblesses du système d'aide à domicile demeure le manque d'intégration entre les services sanitaires et les services sociaux fournis par les municipalités. En effet, si les niveaux essentiels d'assistance prévus par la loi n° 328/2000 ont été définis en matière sanitaire, il n'en a pas été de même en matière d'assistance sociale, notamment envers les personnes âgées.

L'Italie a traditionnellement compensé la carence de l'offre de services publics destinés aux personnes âgées dépendantes par des mécanismes de transferts financiers, créant un système de « welfare maison » (*welfare fai da te*). Ainsi, l'Italie est le pays de l'OCDE qui compte le pourcentage le plus élevé de familles prenant en charge les soins aux personnes âgées ou handicapées de manière continue. Selon une étude de l'Institut de Recherche Sanitaire, près de 6,6% des personnes âgées de plus de 65 ans ont un aidant familial (1 sur 10 dans le Nord). Dans la plupart des cas, les aidants cohabitent avec la personne âgée et assurent une assistance 24 heures sur 24. **On estime qu'il y a environ 774.000 aidants, dont la majorité (700.000) sont étrangers (*badanti*)**. Seul un aidant sur trois serait doté d'un contrat de travail régulier. La majorité des familles doivent prendre en charge la totalité du coût d'une aide familiale, estimé à 16 747€/an pour une aide 24h/24h. Les personnes âgées ayant recours à ces aides peuvent déduire 1549,37€ des cotisations sociales et, si leur revenu est inférieur à 40 000€/an, 399€ du coût de l'employé¹².

Q4 - Existe-il une solvabilisation publique ou collective des besoins d'assistance des personnes âgées? À quel niveau se prennent les décisions d'assistance: au niveau des services sociaux des villes ou des régions, au niveau des caisses locales d'assurance?

Le système italien de protection sociale est fortement décentralisé: les niveaux de base de prestations sociales et socio-sanitaires sont à la charge de l'État, qui définit le montant de l'indemnité d'accompagnement et les avantages fiscaux en faveur des personnes âgées dépendantes. L'indemnité d'accompagnement, d'un montant de 504,07 euros en 2014, est versée aux personnes qui ne sont pas en capacité de réaliser les tâches quotidiennes de manière autonome (personnes handicapées et/ou

¹² Source : association Assindatcolf

Service économique régional de Rome

Service des affaires sociales à l'Ambassade de France

âgées). 1,5 millions de personnes âgées en bénéficiaient en 2011, pour un coût de 9,6 milliards d'euros¹³.

L'Institut National de Sécurité Sociale (INPS) finance également l'assistance à domicile par des membres de la famille grâce au programme «Home Care Premium», destiné aux employés ou aux retraités de la fonction publique, qui permet de bénéficier d'une aide financière de 400 à 1200 euros par mois. Les régions sont chargées de l'organisation et de la gestion des politiques sociales et de la santé, à travers les Plans de Zone.

La Loi 104/92 prévoit des avantages en faveur des aidants familiaux sur présentation d'une demande à l'INPS (Institut National de Sécurité Sociale):

- Abattements fiscaux ;
- TVA à 4% pour l'achat de prothèses et de matériels techniques ;
- Congés rémunérés trois jours par mois pour les proches qui assistent une personne dépendante.

Enfin, l'INPS verse un revenu minimum aux personnes âgées d'au moins 65 ans et 3 mois qui n'ont pas cotisé suffisamment longtemps pour toucher une pension et connaissent une situation économique particulièrement difficile.

Certaines collectivités locales (régions, provinces, communes) en lien avec les agences sanitaires locales ont mis en place des « allocations de soin ». Ces subventions sont fournies aux personnes dépendantes ou à leurs familles pour soutenir le financement des dépenses d'assistance et de soins, et sont destinées principalement à la rémunération des « aides à domicile ». **La disparité entre les régions est néanmoins très forte en Italie.** Les habitants du nord du pays ont accès à des services de meilleure qualité et 44% des familles ont accès à des aides tels que des services à domicile ou des déductions fiscales, tandis que seulement un quart des familles du centre et du sud bénéficient d'une aide publique.

Les décisions d'assistance se prennent essentiellement au niveau des communes, sur la base des plans établis par les régions (cf. Q3/ ci-dessus). La municipalité de Rome, par exemple, fournit les services «SAISA» (service d'assistance à domicile pour les personnes âgées).

En Italie a été mise en place une **évaluation multidimensionnelle (VMD) qui permet l'élaboration du Plan d'Assistance Individualisée (PIA) afin de définir la prise en charge.** Cette évaluation multidimensionnelle est la méthode qui permet de définir l'ensemble des besoins de la personne âgée, avec une attention particulière aux problématiques sanitaires, d'assistance, de protection et aux problématiques psychologiques et socio-économiques. L'organisme chargé d'effectuer l'évaluation multidimensionnelle est l'UVG, l'unité d'évaluation gériatrique, située dans chaque centre hospitalier. Elle s'adresse aux personnes ayant les caractéristiques suivantes:

- avoir plus de 65 ans
- être atteint de plus d'une pathologie ou maladie
- problème au niveau biologique, social et psychologique
- fragilité
- perte d'autonomie en raison de troubles moteurs, cognitifs et affectifs.

Les évaluations sont effectuées à la demande des médecins des différents services ou de l'assistant social du service gériatrique ou du médecin de famille.

Le secteur de l'assurance contre les risques de dépendance est encore peu développé en Italie. Selon l'ANIA (association des assurances italiennes), il a représenté 52 M€ de primes en 2013, soit 0,1 % du total des primes du secteur assurance-vie. Il est toutefois en progression, avec un doublement des

¹³ Il convient néanmoins de noter que la hausse des dépenses liées à l'indemnité d'accompagnement a fortement ralenti depuis 2011. Cette situation peut s'expliquer par la réforme de la procédure d'attribution de cette indemnité mais également par la hausse du travail non-déclaré, particulièrement important dans ce secteur.

Service économique régional de Rome
Service des affaires sociales à l'Ambassade de France

primes entre 2008 et 2013. 33 sociétés proposent des contrats d'assurance dits LTC (*long term care*, contre le risque de dépendance), sur 64 sociétés présentes dans le secteur assurance-vie.

Q5 - Les collectivités locales lancent-elles des appels d'offre en matière de services à la personne ou d'adaptation des logements des personnes âgées ?

De nombreux appels d'offres sont publiés par les collectivités locales pour la construction de logements adaptés aux personnes âgées ou handicapées. Le gouvernement a également lancé en 2011 un **plan national pour la construction de logements adaptés dans 60 communes**.

En matière de services à la personne, la majorité des collectivités locales (en particulier les communes) externalisent les soins et les services d'assistance à domicile via des appels d'offres, qui sont généralement remportés par des coopératives sociales.

Q6 - Le pays a-t-il développé une offre technologique d'assistance à domicile: téléassistance, bouquets de services? Quelle est la proportion de la population âgée faisant appel aux services de téléassistance ?

L'offre technologique aux personnes âgées apparaît encore limitée en Italie. **Les Plans de Zone comprennent des projets expérimentaux, qui s'étendent généralement sur deux ans**, utilisant des technologies informatiques afin d'assurer le suivi des soins et d'alerter les services d'assistance à domicile 24h/24h en cas de problème. Le nombre réduit d'études ne permet cependant pas de mesurer l'ampleur de ces expérimentations, qui apparaissent peu susceptibles d'être utilisées de manière plus large et permanente à moyen-terme¹⁴.

Il n'existe pas de statistiques permettant de connaître la proportion de la population âgée faisant appel aux services d'assistance. Certaines municipalités ont néanmoins mis en place de tels projets, à l'image de la municipalité de Rome, qui a développé une offre de téléassistance pour l'achat de produits d'épicerie, pour le retrait et la livraison de prescriptions, l'achat et la livraison de médicaments ou les commissions médicales de toutes sortes.

Concernant le développement de la domotique, l'Italie prend part au programme européen «Ambient Assisted Living» (AAL) relayé par le Ministère de la Santé, avec la participation à deux projets: «Health@Home» pour les personnes âgées souffrant d'insuffisance cardiaque et «Happy Ageing», pour promouvoir l'indépendance et la sécurité des personnes âgées dans leur propre maison. Les pouvoirs publics ont encouragé le développement des installations domotiques grâce à des subventions et à des appels d'offres pour la construction de logements adaptés aux personnes âgées et handicapées. La région Lombardie a par exemple lancé un programme de financement des installations domotiques en faveur de l'accessibilité des logements aux personnes âgées et handicapées, qui permet de financer 80% de l'installation¹⁵.

Q7 - Le pays dispose-t-il d'une offre de résidences d'hébergements spécialisés? Quelle est la proportion de personnes âgées vivant dans ces établissements?

Selon les données ISTAT, en 2011 la population âgée de plus de 65 ans s'élevait à 12,3 millions de personnes, dont 370.000 étaient hébergés dans des résidences spécialisées (3%). Les établissements spécialisés, résidentiels et semi résidentiels présents sur le territoire italien, sont classés en fonction de l'intensité des soins fournis (source: ISTAT, 2006):

- Les centres diurnes: ces structures semi résidentielles socio-sanitaires s'occupent des personnes âgées dépendantes durant la journée en leur fournissant des services de restauration et d'aide sociale et en leur proposant des activités de loisirs. Les services, les conditions requises et les modalités d'admission au sein de l'établissement changent selon les dispositions adoptées par les régions et les communes. Certaines communes prévoient en outre des services spécifiques. Ainsi, la municipalité de Rome a-t-elle mis en place des centres de jour pour les personnes âgées fragiles (CEDAF) pour les personnes âgées partiellement autonomes résidant

¹⁴ L'étude de Kenneth J Turner et Marilyn R McGee-Lennon « advances in telecare over the past ten years » (12 novembre 2013) confirme que le développement de la téléassistance est relativement limité en Italie, bien qu'aucune donnée statistique ne soit disponible.

¹⁵ Décret régional 9815 du 25/10/2011

Service économique régional de Rome Service des affaires sociales à l'Ambassade de France

sur le territoire de la municipalité; le Centre de jour Alzheimer, pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer; le Centre de jour Parkinson, pour celles qui souffrent de la maladie de Parkinson.

- Les Résidences Sanitaires d'Assistance (RSA): il s'agit de structures non-hospitalières, qui fournissent une assistance pour toutes les activités de la vie quotidienne, ainsi qu'une assistance médicale et psychologique. La RSA peut être de nature publique ou privée. Pour être admis dans une RSA, une procédure administrative est prévue et est organisée par les CAD (Centres d'Assistance à Domicile) auquel appartient le patient.
- Les structures de long séjour: offrent un service de type hospitalier, réservé aux personnes âgées dépendantes qui ont besoin de soins continus. Le service est prévu par le Système Sanitaire National. Pour être admis dans ces structures, il faut suivre les mêmes procédures que celles prévues pour l'admission dans les RSA.
- Les «Hospices»: sont des structures résidentielles gérées par des organismes publics ou privés. Les hospices offrent une assistance continue aux personnes âgées dépendantes dont les familles ne peuvent s'occuper. Pour accéder à ces structures, les conditions requises et les modalités sont différentes en fonction des communes de résidence.

Enfin, de nouvelles solutions d'accueil voient le jour en Italie:

- création de logements dans des résidences de petite taille;
- création de centres nocturnes;
- organisation d'une assistance à domicile avec des modalités spécifiques;
- rendez-vous et lieux particuliers dédiés aux relations sociales.

Pour les prestations résidentielles, les coûts sont pris en charge par les utilisateurs et concernent la seule composante sociale (pensions); tandis que la part du coût de la composante sanitaire est prise en charge par le SSN (taux). De même pour les centres diurnes, dont la part des soins sanitaires est entièrement couverte par les Agences Sanitaires Locales (ASL). **Le nombre d'hébergements spécialisés est inférieur à la demande, bien que la demande soit plutôt faible en Italie où il est plus commun d'avoir recours à une assistance à domicile ou une aide familiale.** Les régions de la Vénétie, du Frioul-Vénétie Julienne et de l'Emilie-Romagne comptent le plus grand nombre de personnes âgées hébergées dans des résidences spécialisées.

Les données disponibles au niveau régional indiquent une forte hétérogénéité dans l'accès aux services, au détriment des habitants du sud: le pourcentage de personnes âgées bénéficiant de l'assistance à domicile est de 1,8%, alors qu'il atteint 3,9% dans le Centre-Nord (Ministère du Développement Économique, 2009).

Les informations sur les centres diurnes en Italie sont rares et incomplètes, une définition claire de ce type d'assistance et des bénéficiaires manque tant au niveau national qu'au niveau régional. Des sources fragmentaires permettent de constater une forte hétérogénéité entre les régions, tant en ce qui concerne la disponibilité de places dans ces centres que l'étendue des coûts à la charge des utilisateurs.

Q8 - Comment les services et les industries dédiés aux « âgés » sont-ils organisés ? En filière intégrée, en fédérations, sans organisation particulière ? Quels sont les leaders et principaux donneurs d'ordre de la filière ? Repérer en particulier les organismes représentatifs en matière de téléassistance et de domotique.

L'industrie et les services de la « silver économie » ne sont pas organisés en tant que filière intégrée. Il existe néanmoins des fédérations d'entreprises de l'électronique et de la domotique, ainsi que des fédérations du secteur de la santé et des services à domicile.

Les principales fédérations représentant les entreprises du secteur de la domotique, qui coopèrent de manière très ponctuelle et organisent principalement des activités de formation et des rencontres professionnelles:

Service économique régional de Rome Service des affaires sociales à l'Ambassade de France

- La fédération professionnelle internationale KONNEX¹⁶ (KNX) représente les entreprises spécialisées dans la domotique au sein de l'Association nationale des entreprises du secteur électrique et électronique (ANIE), membre de la Confindustria, la principale organisation patronale italienne.
- La fédération professionnelle internationale Cedia (Custom Electronic Design&Installation Association), compte plus de 3 000 membres dans le monde et se développe en Italie.
- L'association Assodomotica rassemble des décideurs publics, des chercheurs et des entreprises du secteur de la domotique. Elle propose des formations sur les normes et les technologies de l'information et représente les intérêts du secteur de la domotique.
- L'association italienne de l'assistance à l'autonomie à domicile (*Italian Association for Ambient Assisted Living- AitAAL*) fait partie du Centre national de recherches (CNR) et coopère avec des universités et des entreprises pour développer les technologies d'assistance à domicile.

Il existe également un cluster national d'entreprises spécialisées dans les technologies pour le cadre de vie, dit cluster TAV, qui promeut notamment la recherche dans les champs de la domotique, de l'*Ambient Intelligence* et de l'*Ambient Assisted living* dans le cadre de projets européens.

Les entreprises leaders du secteur de la domotique peuvent être classées en trois groupes :

- Les grandes entreprises du secteur électrique et électronique : Btino (plus grande entreprise du secteur, filiale du groupe français Legrand), Siemens etc. Il s'agit des plus grandes entreprises du secteur en volume, mais elles réalisent des installations de base dans la majorité des cas.
- Les PME italiennes plus spécialisées qui ont créé des systèmes domotiques : Easydom, Sistema casa, Kblue etc.
- Les importateurs-distributeurs tels que Crestron (États-Unis).

Les fédérations représentant les services d'assistance à domicile apparaissent très nombreuses. Une des plus importantes est la FIDALDO (federazione italiana datori di lavoro domestico), qui représente les familles employant des assistants à domicile.

Q9 - Existe-il au sein de la filière des normes, des standards ou des dispositifs de qualité spécifiques ? Quelles seraient les barrières tarifaires ou non tarifaires qui seraient susceptibles de freiner la pénétration des produits et services français ?

Il n'existe pas au sein de l'organisme de normalisation italien (UNI), équivalent de l'AFNOR, de comités ou commissions techniques regroupant l'ensemble de la filière de la silver économie.

L'absence de standard unique et spécifique pour la domotique en Italie constitue un frein au développement de ce secteur. Les entreprises italiennes ont ainsi recours à divers standards internationaux développés par les grandes entreprises de la domotique (Zigbee, SCS, KNX...). D'autres standards relatifs aux installations électriques développés par le Comité électrotechnique italien ou le Comité termotechnique italien (CTI) qui font partie de l'UNI) s'appliquent également au secteur de la domotique¹⁷. A titre d'exemple, le CEI a adopté la norme 64-8/V3, qui définit trois niveaux de certification des installations électriques à domicile :

- Niveau 1 : installation électrique qui respecte les exigences minimums de conformité au standard CEI 64-8 ;
- Niveau 2 : installation électrique plus élaborée, services auxiliaires tels que l'interphone et l'alarme anti-intrusion ;

¹⁶ KNX détient la technologie KNX, standard mondial pour les applications liées au contrôle du domicile (CENELEC EN 50090 and CEN EN 13321-1 et ISO/IEC 14543-3).

¹⁷ Notamment dans les comités techniques CT72 (dispositifs électriques automatiques de commandes) et CT79 (systèmes d'alarme).

Service économique régional de Rome
Service des affaires sociales à l'Ambassade de France

- Niveau 3 : technologies plus avancées et installations domotiques.

Les normes qui s'appliquent au secteur de la santé ou des services à domicile sont définies dans diverses commission techniques de l'UNI telles que la commission services ou la commission technologies biomédicales.

Il n'existe officiellement aucune barrière à l'entrée d'entreprises françaises sur le marché italien de la silver économie, qui est soumis à la réglementation européenne. Néanmoins, le marché dépend fortement d'appels d'offres locaux, ce qui peut avantager des entreprises locales au détriment d'entreprises étrangères.

Q10 - Le pays organise-t-il ou envisage-t-il des salons professionnels et grand public sur le thème de la silver économie ?

Il n'existe pas de salons dédiés spécifiquement à la silver économie en Italie. En revanche, des salons sont organisés sur le thème des services et produits destinés aux personnes âgées :

- Le salon « Exposità » à Bologne est dédié aux services de santé et d'assistance, notamment aux services destinés aux personnes âgées. La prochaine édition du salon aura lieu du 21 au 24 mai 2015.
- Le salon Home&building présente les nouvelles technologies du bâtiment et de la domotique. La prochaine édition aura lieu les 27 et 28 octobre 2015 à Vérone.
- Le congrès Save présente notamment des produits et des services relatifs à la téléassistance ou aux *smart building*. La prochaine édition aura lieu le 16 avril 2015 à Milan.
- Le salon Anastasia, dont la première édition a eu lieu du 13 au 14 décembre 2014 à Vérone, est dédié aux services et produits à destination des personnes âgées, ainsi qu'aux aides à domicile.
- Le salon Progetto Terza Età- PTE présente des technologies, produits et services pour le troisième âge. La dernière édition s'est tenue à Bologne en 2013.
- Le salon Reatech Italia_ est spécialisé dans les services et technologies pour personnes handicapées et dépendantes à Milan. La dernière édition a eu lieu en octobre 2013.

D'autres salons d'ampleur accueillent notamment des entreprises du secteur de la domotique : Expocomfort (15 au 18 mars 2016), la Smart house exhibition-SAIE (14 au 17 octobre à Bologne), ou le salon de la sécurité (dernière édition en novembre 2014 à Milan).

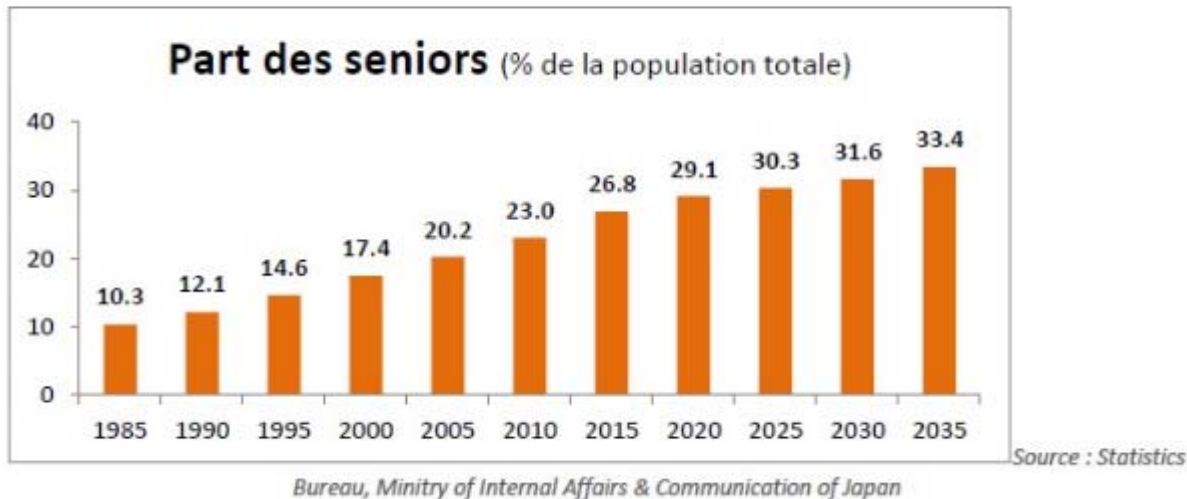
JAPON

Q1/- Quelles sont les caractéristiques du marché des seniors ?

Démographie :

- Le Japon est le **pays au monde dans lequel la part des seniors (= plus de 65 ans) est la plus importante** (25,4% de 127,1 millions d'habitants en mars 2014). L'âge médian est de 46,1 ans.
- La faible natalité (1,3 enfant par femme en 2014) renforce cette tendance au vieillissement de la population japonaise. Le Cabinet Office prévoit que la population passera de 127,1 millions en 2014 à 116 millions en 2030 puis 86 millions en 2060 (contre 120 millions en 2030 et 106,5 millions en 2060 selon le scénario central du PNUD).
- **L'espérance de vie des Japonais est la plus élevée au monde : 86 ans pour les femmes et 79 ans pour les hommes.**
- Le nombre de personnes atteintes de démence passera de 4,6 millions en 2012 à une fourchette comprise entre 6,7 et 7.3 millions en 2025, soit environ 20% de la population âgée au Japon (en 2060, le MHLW prévoit entre 8,5 millions et 11,5 millions de personnes affectées, soit

■ Evolution de nombres de seniors (plus de 65 ans)



entre 25 et 24% de la population âgée).

Revenus et profil de consommation des seniors (= plus de 65 ans):

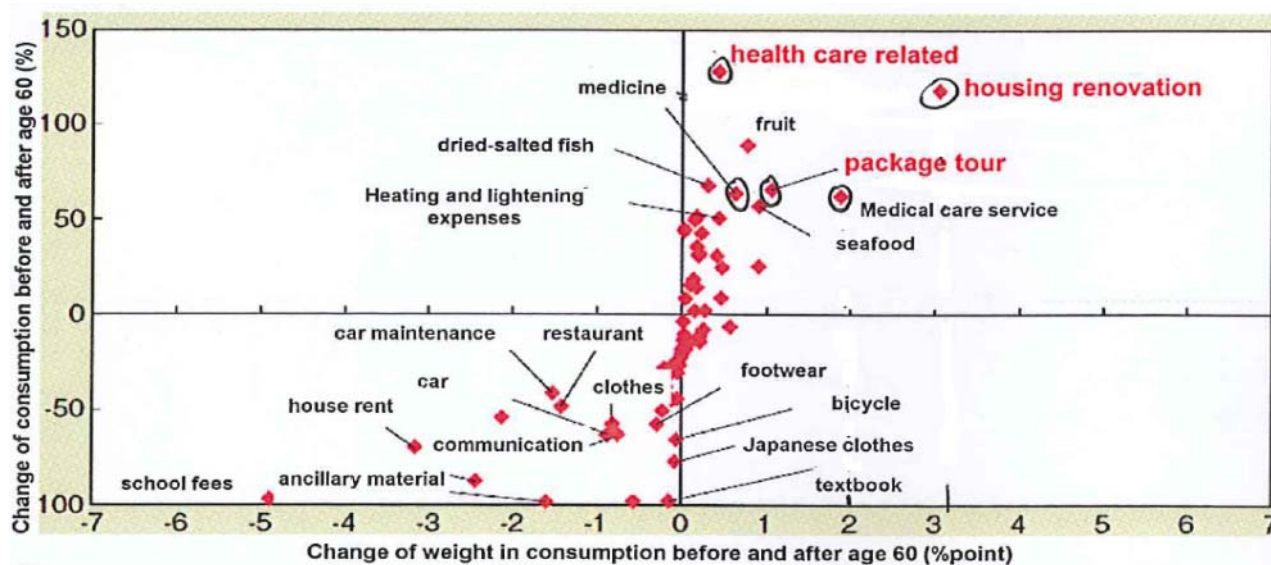
Les plus de 65 ans devraient représenter plus de 40% des dépenses totales des ménages en 2015, soit environ 692 milliards d'euro.

- Revenus : les revenus moyens des seniors à la retraite étaient d'environ 1600 € par mois en 2013, dont 86% venaient de leurs prestations sociales ; la consommation moyenne par mois était d'environ 1860 euro, soit 135% de leurs revenus mensuels. Ainsi, les seniors utilisent une partie de leur épargne pour couvrir leurs besoins quotidiens (source : MIC).

Service économique régional de Tokyo

- Les personnes âgées consomment moins en vieillissant : si le vieillissement démographique n'a pas empêché jusqu'à maintenant la hausse continue des dépenses de consommation finale des ménages au niveau agrégé, leur rythme de croissance baisse sensiblement depuis le début des années 1990. La consommation mensuelle par tranche d'âge corrobore cette observation : le niveau moyen de consommation est le plus élevé entre 40 et 65 ans en valeur, puis il baisse en moyenne de 10% chez les 65-69 ans et de 33% chez les plus de 70 ans (source : Cabinet Office). Les projections du FMI décrivent la même tendance à moyen terme: l'effet isolé du vieillissement amputerait la consommation réelle d'environ 5% d'ici à 2030.
- Dépenses : le vieillissement induit au niveau agrégé une modification de la structure des postes de dépenses. Selon le Cabinet Office, les dépenses en automobile, vêtements et restauration baissent par exemple de 50% après 60 ans et augmentent considérablement dans d'autres secteurs, non-manufacturiers principalement : soins de santé et rénovation de l'habitat (+125%), voyages organisés (+60%). La part des « smart seniors » est par ailleurs en augmentation : 27,6% des seniors utilisaient des smartphones en 2014, contre 23% en 2013.

Évolution de la consommation après 60 ans (Sources : Cabinet Office, UBS)



Lecture : Après 60 ans, la consommation de services médicaux augmente, en valeur (échelle verticale), d'environ 60%, ce qui représente une hausse dans la consommation totale de l'individu (échelle horizontale) de 2 points de pourcentage.

- Baisse du taux d'épargne : la baisse du taux d'épargne des ménages accompagne le vieillissement de la population japonaise depuis les années 1990¹⁸. Leur taux d'épargne nette¹⁹ (en pourcentage du revenu disponible) a ainsi chuté de 8,5% à 0,9% de 1996 à 2013. À titre de comparaison, il était en 2013 de 7,9% dans la zone euro, et de 4,5% aux États-Unis. La désépargne des seniors joue un rôle compensateur face à la chute de leur pouvoir d'achat (-25% en termes réel depuis la crise de 1990-91 pour l'ensemble des japonais). Au niveau agrégé, cette désépargne permet donc de soutenir la croissance et de compenser les effets directs du vieillissement.
- Actifs financiers : pour des raisons en partie institutionnelles (pécule de fin de carrière versés par les entreprises, imposition relativement modeste des successions), **le patrimoine est extrêmement concentré dans les classes âgées au Japon**. Les ménages de plus de 60 ans disposent en moyenne d'un patrimoine financier d'environ 22 millions de yens, soit un peu plus de 163 000 euro, ce qui représente au niveau national environ 3 400 Mds euro (environ l'équivalent du PIB japonais).

¹⁸ Le facteur démographique aurait contribué à la moitié de la baisse du taux d'épargne depuis 1998.

¹⁹ Épargne brute moins la consommation de capital fixe par les ménages et les entreprises constituées en société

Q2 - Le pays a-t-il défini une politique publique en faveur des personnes âgées, du type plan national?

Le système japonais d'aide aux personnes âgées doit répondre aux défis suivants :

- Dans un contexte de diminution de la population en âge de travailler (celle-ci passerait de 79 millions de personnes en 2013 à moins de 70 millions en 2030/20), l'accélération du vieillissement de la population aura pour effet d'alourdir la charge du financement des retraites et dispositifs d'assistance en faveur des personnes âgées pesant sur la population active : on estime qu'en 2060 chaque actif devra contribuer au financement d'une personne âgée (retraite et aides sociales confondues), contre trois pour une aujourd'hui.
- Alors que jusque dans les années 70 la majorité des personnes âgées vivaient avec leurs enfants (modèle des « familles composées de 3 générations »), ce modèle ne concernent plus aujourd'hui qu'une minorité : moins de 18% vivent avec leurs enfants et petits-enfants et moins de 16% avec leurs enfants non mariés. A l'inverse, plus de 30% des personnes âgées vivent désormais en couple uniquement et plus de 25% vivent seules ;
- Au Japon la durée moyenne d'hospitalisation était de 18,5 jours en 2009 contre 7,2 dans les pays de l'OCDE²¹. Il est fréquent que les personnes âgées à faibles revenus restent à l'hôpital pour des raisons sociales et non médicales. Mais cette durée d'hospitalisation est limitée à trois mois. Après ce délai, les personnes âgées doivent être transférées en résidences médicalisées.
- Le Japon comptait seulement 2.3 médecins pour 1000 habitants en 2010²² (contre 3.4 au sein de l'Union Européenne et en France et 2.4 aux États-Unis), d'où un besoin important de développement d'une offre de télémédecine à l'échelle du pays, notamment en région.

La loi relative à l'assurance dépendance pour personnes âgées (*Long Term Care Insurance, LTCD*) a été votée en 1997 et le système a été introduit en 2000, avec pour objectif de développer la prise en charge à domicile par du personnel spécialisé. La prise en charge de la dépendance repose sur un système d'assurance universelle qui s'adresse à toutes les personnes de plus de 65 ans (à partir de 40 ans pour certaines maladies)²³. Les soins médicaux et services sont réalisés pour les trois quarts à domicile (visites, soutien dans les tâches quotidiennes aux personnes à mobilité réduite, hospitalisations à domicile...) et pour le quart restant dans des établissements spécialisés, selon le niveau de dépendance des patients. La déréglementation du secteur de la dépendance dès 2000 a ainsi permis de développer l'offre de prestataires de service privés à domicile, parallèlement à sa prise en charge financière.

L'État a décidé de ne pas faire supporter aux entreprises le coût de la dépendance. Avant 2000, les soins des personnes âgées étaient intégralement pris en charge par l'assurance santé. En 2000, un ticket modérateur a été mis en place et fixé à 10% des dépenses nécessaires à la prise en charge des personnes dépendantes jusqu'à un plafond déterminé selon le niveau de dépendance. Sur les 90% restants, le financement de l'assurance dépendance est assuré à part égale par le versement des cotisations des personnes âgées de plus de 40 ans (actifs et non-actifs) ; la cotisation mensuelle est forfaitaire, de l'ordre de 5 000 yens – 35 euros – en moyenne en 2013, contre 2 900 yens – 21 euros – en 2000 ; son montant varie selon les communes) et par le budget de l'État (impôts collectés par l'État central et les collectivités locales ; le gouvernement a justifié la hausse de la taxe sur la consommation de 3 à 5% en 1997 afin de financer l'assurance dépendance, votée la même année et introduite de

²⁰ « Population Projection for Japan », National Institute of Population and Social Security Research, janvier 2012

²¹ Source : OCDE.

²² Source : Banque Mondiale.

²³ Le montant des cotisations est réduit pour les ménages à faible revenu ; les ménages ne disposant pas de revenu du travail mais d'un revenu minimum (*Seikatsu Hogo*) doivent aussi s'acquitter des cotisations, dont le montant est calculé sur la base du revenu minimum.

Service économique régional de Tokyo

manière effective en 2000). Le système de prise en charge est décentralisé : ce sont les municipalités qui perçoivent les cotisations, instruisent les demandes des bénéficiaires, choisissent et paient les prestataires de soins de longue durée²⁴.

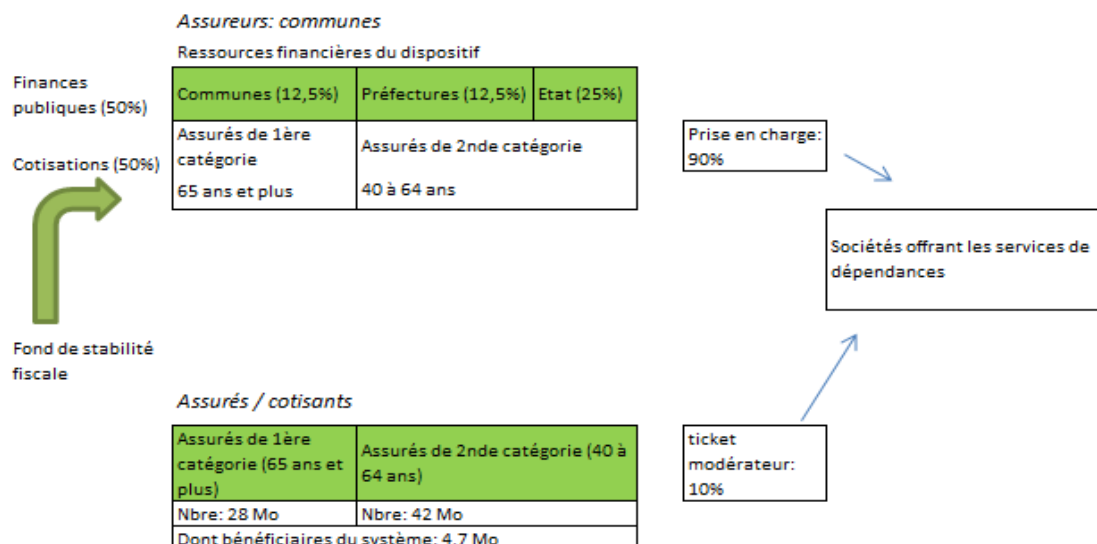
Tableau 2 : Plafond de remboursement à 90% des services au titre de la dépendance et de la prévention

| Niveau | Montant plafond | |
|--------------|-----------------|-----------|
| | (en yen) | (en euro) |
| Prévention 1 | 49 700 | 355 |
| Prévention 2 | 104 000 | 743 |
| Dépendance 1 | 165 800 | 1 184 |
| Dépendance 2 | 194 800 | 1 391 |
| Dépendance 1 | 267 500 | 1 911 |
| Dépendance 4 | 306 000 | 2 186 |
| Dépendance 5 | 358 300 | 2 559 |

Sources : MHLW, SER de Tokyo.

Le ticket modérateur de 10% n'est pas assuré au-delà d'un certain seuil mensuel de dépenses cumulées, variant en fonction du degré de dépendance des patients (les dépenses au-delà du seuil ne sont pas remboursées). Le plafond mensuel autorisé par assuré est aujourd'hui de 49 700 yens pour les assurés du premier niveau, le moins élevé dans l'échelle de la dépendance, dit de « prévention », et de 358 300 yens pour ceux du septième niveau qui concerne les patients nécessitant les soins les plus lourds.²⁵

Tableau 3 : Aperçu de l'assurance dépendance japonaise (source : MHLW)



Note : La prise en charge par l'État central de 25% du coût total (hors ticket modérateur) transite en réalité par les communes via deux canaux : i/ les subventions dites « d'ajustement », destinées aux communes bénéficiant de ressources relativement moindres en raison de leurs facteurs

²⁴ L'article 147 (section 2) de la Long-term Care Insurance Act précise l'obligation faite aux préfectures de mettre en place un fond de stabilité fiscale qui intervient en cas de déséquilibre constaté, au sein d'une commune, entre les prévisions du montant des prestations et celles des dépenses au titre du dispositif d'assurance dépendance. Le financement de ce fond (distribué sous forme de subventions ou de prêts) provient à parts égales de l'Etat, des préfectures et des communes.

Long-Term Care Insurance Act (en japonais et anglais) :

http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail_main?id=94&vm=4&re=

²⁵ L'article 7-1 de la Long-Term Care Insurance Act dispose que les catégories de dépendance sont définies par décret ministériel du MHLW. L'article 1 de ce décret détermine la catégorie de dépendance en fonction d'un questionnaire d'évaluation en 80 pts (question 4). Outre la détermination du plafond de prise en charge financière à 90%, ces catégories déterminent également le nombre d'heures d'accompagnement attribuées quotidiennement par du personnel spécialisé :

- Prévention 1 : 25 à 32 min
- Prévention 2 : 32 à 50 min
- Dépendance 1 : 32 à 50 min
- Dépendance 2 : 50 à 70 min
- Dépendance 3 : 70 à 90 min
- Dépendance 4 : 90 à 110 min
- Dépendance 5 : plus de 110 min

Service économique régional de Tokyo

démographique, économique et social (part des seniors, niveau de revenu, disponibilité des aidants familiaux, offre de services, etc) influant sur le montant de leurs recettes et dépenses ; ii/ le fonds de stabilité fiscale (également financé par les communes et les préfectures), qui intervient dans un deuxième temps en cas de déséquilibre constaté entre les prévisions du montant des prestations et celles des dépenses au titre du dispositif d'assurance dépendance.

Une liste établit les équipements dont la location est prise en charge par le LTCI (fauteuil roulant, lit médicalisé, matelas anti-escarres, rampes, déambulateur, canne, lève-personne, etc.) ainsi que les articles remboursables (rehausseur pour toilettes, urinoir, appareils absorbant les liquides, siège de douche et de baignoire, baignoire modulable, etc.). A partir de 2015, les frais d'utilisation des robots de soins et d'assistance aux personnes à mobilité réduite seront également remboursés par la LTCI.

Le 6 février 2015, le MHLW a annoncé pour avril 2015 la baisse des tarifs de la majorité des soins et services couverts dans le cadre du LTCI (jusqu'à 6%), et l'augmentation des salaires mensuels des personnels d'assistance de 90€ environ afin de renforcer l'attractivité du secteur, confronté à un déficit de main-d'œuvre chronique. Le ministère a évalué un besoin de recrutement de 1 à 2,4 millions de personnes supplémentaires afin de répondre à l'augmentation de la demande.

Plan Orange sur la démence

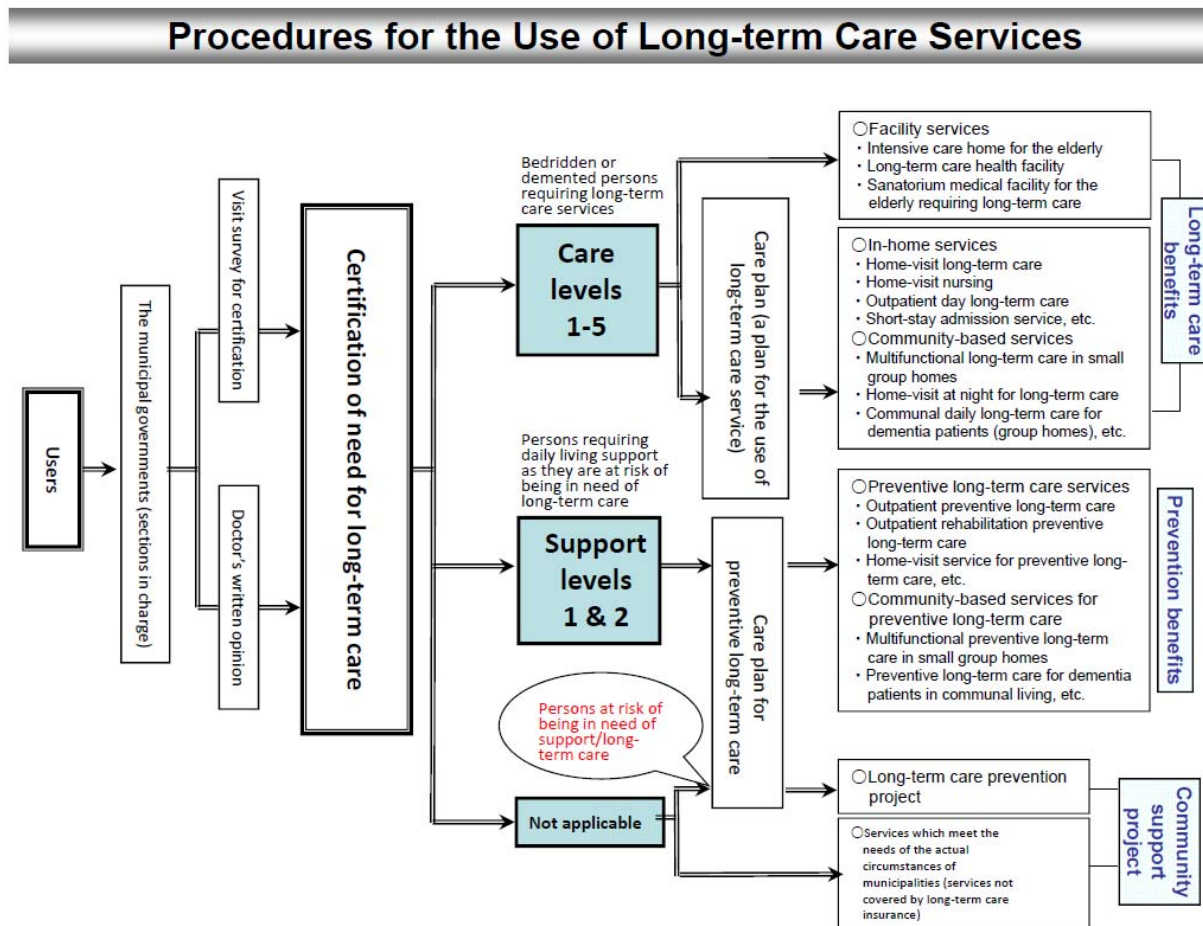
4,6 millions de japonais étaient atteints de démence en 2012. Cette part pourrait atteindre 7,3 millions en 2025, soit 20% de la population de plus de 65 ans. Le Cabinet Office a présenté en janvier 2015 son Nouveau Plan Orange sur la démence pour une mise en place effective en avril de la même année. Il vise à améliorer la prise en charge des soins aux personnes âgées atteintes de démence au sein des collectivités. Le premier plan, mis en place en 2013, avait déjà permis la constitution d'un réseau de 5,4 millions de bénévoles dans une majorité de collectivités locales (61%) pour la gestion de centres d'accueil de jour gratuits et de permanences téléphoniques gratuites pour soutenir les malades et leurs familles. La démence s'accompagne souvent de fugues et d'errance (plus de 10 000 cas par an selon le Cabinet Office).

Q3 - Le pays dispose-t-il d'une offre de services d'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes? Quel sont les modes d'organisation et la nature de ces services : national/local ; public/privé ?

L'État distingue trois niveaux de prise en charge en fonction des besoins de l'utilisateur comme exposé en fig. 4 :

- Les usagers nécessitant des soins sur le long terme (niveaux de dépendance 1-5) en établissement médicalisé (*facility services*) : ces services sont organisés par les préfectures et les grandes villes,
- Les usagers nécessitant des soins sur le long terme (niveaux de dépendance 1-5) mais n'ayant pas besoin de vivre dans un établissement médicalisé peuvent bénéficier de services à domicile et de services pris en charge par la collectivité : les services à domicile sont organisés par les préfectures et les grandes villes ; les services pris en charge par la collectivité (ex : centre d'activités de jour) sont organisés par les municipalités,
- Un usager nécessitant une assistance à la vie quotidienne (niveaux de prévention 1 & 2) peut bénéficier de services visant à prévenir la perte d'autonomie offerts par la préfecture ou de services d'aide à une vie quotidienne autonome offerts par la collectivité : les services de prévention sur le long-terme sont organisés par les préfectures et les grandes villes ; les services de prévention plus ponctuels sont mis en place par les municipalités.

Figure 4 : Offres de services en fonction de l'évaluation des besoins des usagers dans le LTCI



Le marché de la santé au sens large est identifié comme une des priorités de la stratégie de croissance de moyen terme, adoptée en 2010 par le gouvernement Kan et confirmée par le gouvernement Abe en 2013. Le gouvernement estime en effet que le vieillissement démographique n'est pas seulement générateur d'un fardeau financier (retraite, santé, dépendance...) mais recèle également une demande potentielle supplémentaire, qui peut être vecteur de croissance et d'innovation.

L'objectif gouvernemental est de porter la valeur ajoutée de ce secteur à 26 000 Mds de yens (200 Mds d'euros) d'ici 2020 contre 16 000 Mds de yens (120 Mds d'euros) aujourd'hui :

- S'agissant des services liés à la prévention en matière de santé et au soutien à la vie quotidienne, l'objectif est de 10 000 Mds de yens (75 Mds d'euros) contre 4 000 Mds de yens (30 Mds d'euros) aujourd'hui ;
- S'agissant de l'industrie pharmaceutique, des équipements médicaux et de la médecine régénératrice, l'objectif est de 16 000 Mds de yens (120 Mds d'euros) contre 12 000 Mds de yens (90 Mds d'euros) aujourd'hui.

Pour atteindre ces objectifs, plusieurs options sont actuellement discutées :

- Établissement d'une structure capable de fournir des services rationalisés et de qualité ;
- Utilisation des technologies de l'information et de communication dans le domaine des soins à la dépendance ;

Service économique régional de Tokyo

- Discussion et revue des actes entrant dans le champ de la couverture d'assurance ;
- Revitalisation de l'industrie des services (hors assurance médicale publique).

Q4 - Existe-il une solvabilisation publique ou collective des besoins d'assistance des personnes âgées ? À quel niveau se prennent les décisions d'assistance : au niveau des services sociaux des villes ou des régions ; au niveau des caisses locales d'assurance ?

Le MHLW est en charge de l'élaboration et de la mise en œuvre des politiques publiques en matière de prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie, plus particulièrement sur la législation encadrant les dispositifs d'assurance dépendance. Le MHLW travaille par ailleurs avec le Ministère du territoire, des infrastructures et des transports (MLIT) en matière de politique de logement (public et privé) pour personnes âgées.

La mise en œuvre des services dispensés dans le système d'assurance dépendance est du ressort des communes qui sont l'établissement « assureur ». Elles perçoivent les cotisations obligatoires auprès de toutes les personnes âgées de plus de 40 ans. Le dispositif d'assurance dépendance garantit un service de base universel sur l'ensemble du territoire. Les communes peuvent adapter les services dispensés par le régime (services complémentaires au service de base universel) suivant les spécificités de la demande locale.

Voir également question 2.

Q5 - Les collectivités locales lancent-elles des appels d'offre en matière de services à la personne ou d'adaptation des logements des personnes âgées ?

Oui, mais il n'existe pas de plate-forme officielle pour la centralisation et la communication de ces appels d'offres. Des bases de données privées, le plus souvent payantes, regroupent par secteur les appels d'offre publics et privés (exemple : NJSS service).

Q6 - Le pays a-t-il développé une offre technologique d'assistance à domicile : téléassistance, bouquets de services ? Quelle est la proportion de la population âgée faisant appel aux services de téléassistance ?

L'offre technologique d'assistance à domicile japonaise se compose de trois volets : la sécurité et la téléassistance, la robotique de services et la domotique, la télésanté.

- Sécurité et téléassistance : les deux principaux acteurs sont Secom (n°1 de la téléassistance au Japon avec plus d'un million de logements et bâtiments usagers, qui a conçu l'offre Coco Secom pour les seniors, mini-boîtier GPS portable), et Alsok (boîtier d'alerte portable). Certaines résidences pour personnes âgées développent par ailleurs leurs propres solutions de téléassistance (c'est le cas d'Orix Living, Watami...).
- Robotique de services et domotique :
 - ➔ Afin de faire face aux besoins croissants en personnel de soins et à la baisse de la main d'œuvre disponible (le personnel médical d'origine immigrée, par exemple philippin, reste stable et à un niveau très faible), le gouvernement japonais soutient le développement de la robotique de services à destination des personnes âgées. Certains appareils sont remboursés dans le cadre de la loi LTCI. Quelques exemples de robots : Cyberdyne (exosquelette qui assiste l'utilisateur dans ses mouvements), Sanyo (Hirb, baignoire robotisée pour la toilette des personnes à mobilité réduite), Panasonic (Rysione, lit qui peut se transformer en chaise roulante ; nouveau robot de mobilité lancé en septembre 2014 pour aider les personnes à s'asseoir et à se lever), Intelligent systems (Paro, robot thérapeutique pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer à l'apparence de bébé phoque)...

Service économique régional de Tokyo

➔ Domotique : Panasonic, Toshiba (plateforme Feminity) et Mitsubishi proposent des solutions domotiques et développent également des systèmes de capteurs d'activité pour les domiciles des personnes dépendantes.

- Télésanté : plusieurs offres sont en développement, mais peu sont encore commercialisées. Il s'agit le plus souvent de services liés à des produits existants (ex : surveillance de la respiration liée à l'utilisation de pompes à oxygène par Teijin, analyse de la masse corporelle et de la masse graisseuse à partir des pèse-personnes de Panasonic...). L'entreprise Kaiteki propose plusieurs services de santé en ligne, dont un service qui analyse un échantillon de sang (prise similaire aux tests sanguins diabétiques effectués par le patient) et propose des compléments alimentaires et autres produits en fonction ; un second service met le patient en relation avec un réseau de professionnels de santé et de nutritionnistes pour l'aider à adapter son mode de vie.

Les technologies simples d'utilisation (comme le téléphone simplifié de Fujitsu) qui ont une application concrète dans la vie de tous les jours sont privilégiées.

Il n'existe pas de données permettant de mesurer la proportion de personnes âgées faisant appel aux services de téléassistance au Japon.

Q7 - Le pays dispose-t-il d'une offre de résidences d'hébergements spécialisés ? Quelle est la proportion de personnes âgées vivant dans ces établissements ?

Le logement pour personnes âgées est devenu une priorité depuis l'entrée en vigueur de la loi LTCI en 2000. L'un des objectifs de cette loi était de favoriser la construction de nouveaux logements pour personnes âgées, notamment grâce à un assouplissement des conditions légales et fiscales. Des dérives (normes de sécurité minimales, faible qualité) sont cependant apparues, dégradant fortement l'image des logements pour personnes âgées²⁶. Ces derniers font depuis l'objet d'un encadrement plus strict, ce qui a favorisé une montée en gamme et une hausse des coûts de résidence.

Le besoin de nouveaux logements est élevé : sur les 2,91 millions d'usagers de 65 ans ou plus en 2010, 14% d'usagers qui nécessiteraient un logement adapté, résident toujours à leur propre domicile (source : MHLW).

Il existe plusieurs types de logements : publics (résidences et résidences médicalisées) ou privés.

- Les logements publics :
 - les résidences adaptées pour les personnes âgées qui n'ont pas besoin de soins ni d'assistance en continu ;
 - les résidences médicalisées qui accueillent notamment les personnes âgées après trois mois d'hospitalisation.

Au 31 octobre 2012, 77 600 logements publics pour personnes âgées étaient recensés, répartis dans 2 424 établissements (source : MIC).

Les résidents qui acceptent d'être placés en chambre partagée ne paient pas de loyer, et selon les cas, leurs frais de restauration et de soins sont pris en charge par l'établissement contre le renoncement de la personne à sa pension de retraite. Le parc public accuse un important déficit de capacité : en 2012, 400 000 seniors identifiés par les autorités locales étaient sur liste d'attente.

- Les logements privés :

²⁶ Un incendie a tué dix occupants d'une résidence pour personnes âgées en 2009 dans la préfecture de Gunma. Dans la mesure où cet établissement avait une petite capacité, ses gérants n'étaient pas obligés d'y placer des détecteurs de fumée ni des extincteurs. Source: P. Brasor et M. Tsubuku (6 janvier 2014) 'Retirement homes come of age in a booming market', Japan Times.

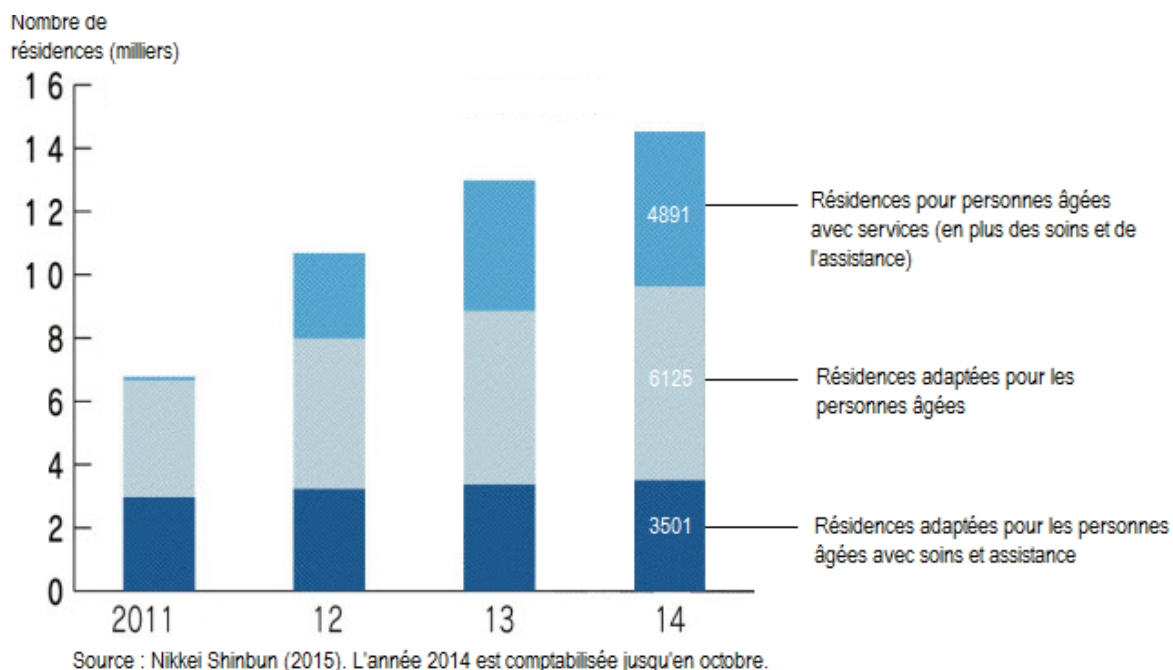
Service économique régional de Tokyo

- les résidences adaptées pour les personnes âgées (6 125 établissements en 2014) permettent aux résidents de vivre dans un environnement adapté à leur mobilité, de vivre au sein d'une communauté et d'être suivis, sans avoir de service de soins ou d'assistance spécifique. Des frais d'entrée particulièrement élevés peuvent s'appliquer, compris entre 37 000 à 76 000 euro, et le paiement de plusieurs loyers à l'avance peut être exigé. Face aux difficultés financières d'un nombre croissant de résidents, la pratique des frais d'entrée tend à disparaître, mais les loyers augmentent et la durée d'attente pour obtenir une place s'est accrue ;
- les résidences pour personnes âgées avec soins et assistance, au nombre de 3 501 en 2014. Un dépôt de garantie de deux mois peut être exigé, mais sans frais d'entrée. L'hébergement peut aller d'une chambre simple à un appartement avec salle de bains et cuisine ; les soins et l'assistance sont délivrés selon les besoins du client et sont facturés en plus de la location ;
- les résidences pour personnes âgées avec une offre de services spécifiques/loisirs (4 891 en 2014) et qui fonctionnent de manière similaire.

Les loyers mensuels des logements privés pour personnes âgées sont compris entre 600 et 5800 € environ. La taille moyenne des établissements est de 47 chambres. En moyenne, les chambres des résidences pour personnes âgées mesurent 18m² et la part de résidents par employé est de 3 contre 1,1 dans les établissements haut de gamme.

74% des personnes qualifiées de dépendantes ont été traitées à domicile et 26% en établissement, mais les soins et services donnés dans les établissements représentent la majeure partie des dépenses (60%, dont le quart de ces dépenses allouées au service *day care*).

Évolution du nombre de logements privés pour personnes âgées (2011-2014)



Un nombre croissant de fonds de pension étrangers investissent dans les résidences pour personnes âgées japonaises : c'est un investissement perçu comme étant stable et de long-terme dans la mesure où la génération baby-boom atteint ses 70 ans.

Q8 - Comment les services et les industries dédiés aux « âgés » sont-ils organisés ? En filière intégrée, en fédérations, sans organisation particulière ? Quels sont les leaders et principaux donneurs d'ordre de la filière ? Repérer en particulier les organismes représentatifs en matière de téléassistance et de domotique.

Il n'existe pas de filière ou d'organisation professionnelle spécifiquement dédiée aux personnes âgées au Japon pour deux raisons : premièrement, le marché de personnes âgées n'est pas identifié en tant que tel (compte tenu des réticences de cette population à se singulariser au sein de la société) ; deuxièmement, la silver économie ne constitue pas l'activité principale des industriels japonais du secteur mais un champ d'application parmi d'autres.

Ci-dessous quelques fédérations et associations en lien avec la silver économie :

- Health and Welfare Information Association (organisateur du salon « International Home Care & Rehabilitation Exhibition ») <http://www.hcrjapan.org/english/>
- Japan Federation of Medical Devices Associations <http://www.jfmda.gr.jp/>
- Japanese Association of Retirement Housing <http://www.yurokyo.or.jp/>
- Japan Robot Association www.jara.jp/e/

Ci-dessous les principaux acteurs de la filière, par secteur :

- Téléassistance Voir question n°6.
- Domotique : Voir question n°6.
- Robotique de service pour seniors : Voir question n°6.
- Chaînes de maisons de retraite : *Nichii Gakkan* est le premier prestataire privé de soins et services liés à la dépendance avec un chiffre d'affaires d'environ 270 Mds de yens (soit 2 Mds d'euros ou encore un tiers du marché domestique) pour l'exercice 2013, en hausse de 2%. Les autres acteurs importants sont Watami (chaîne de restaurants à l'origine, puis livraison de repas pour personnes âgées, puis maisons de retraite), UR (société immobilière semi-publique qui a développé une offre de maisons de retraite), Orix Living (société immobilière privée qui a développé une offre de maison de retraite avec services)
- Livraisons de repas pour personnes âgées : De nombreuses entreprises ont développé une offre spécifique pour les seniors. Quelques grandes chaînes proposent une offre au niveau national (auxquelles s'ajoutent de nombreuses entreprises locales implantées en régions) : Watami (a développé un mode de cuisson permettant de ramollir le riz, les légumes, les poissons et les viandes sans modifier l'aspect des aliments), 7 meal service (partenariat entre la chaîne de convenience store 7 eleven et le groupe de logistique Yamato Holdings), Takuhai Cook 1 2 3.

Q9 - Existe-il au sein de la filière des normes, des standards ou des dispositifs de qualité spécifiques ? Quelles seraient les barrières tarifaires ou non tarifaires qui seraient susceptibles de freiner la pénétration des produits et services français ?

Une part importante des équipements d'assistance aux personnes âgées entre dans le champ des équipements médicaux, soumis à des normes et standards spécifiques (le Japon adopte en effet une interprétation particulièrement extensive des matériels médicaux) qui représentent les principales barrières à l'accès au marché japonais pour les produits étrangers.

Pour être commercialisé au Japon, tout dispositif médical doit être approuvé par le MHLW (Ministry of Health, Labour and Welfare), qui se prononce sur avis de l'agence gouvernementale PMDA (Pharmaceutical and Medical Devices Agency, ou Kiko en japonais). Ce processus d'homologation est long et coûteux. En l'absence de toute reconnaissance ou équivalence des normes européennes ou américaines, les entreprises étrangères sont confrontées ainsi à un surcoût rédhibitoire.

Au Japon, ce sont les entreprises locales (importateurs ou filiales) qui sont juridiquement responsables de la vente (Marketing Approval Holder). Ainsi, les dispositifs médicaux fabriqués à l'étranger sont

Service économique régional de Tokyo

importés au Japon soit par des importateurs locaux soit par des filiales japonaises des fabricants étrangers. Les logiciels destinés à être intégrés dans un appareil médical font l'objet d'un contrôle en tant que dispositif médical, et les fournisseurs (fabricants, développeurs, concepteurs) doivent s'enregistrer auprès du Ministère (PMDA) en tant que fabricants de dispositifs médicaux. Le Japon a adopté une politique « Pro-Patent » et contrôle strictement les questions de propriété intellectuelle avec plusieurs lois telles que l'Intellectual Property Basic Act et le Patent Act.

Q10 - Le pays organise-t-il ou envisage-t-il des salons professionnels et grand public sur le thème de la silver économie ?

Il n'existe pas de salon consacré uniquement à la silver économie au Japon mais le secteur est représenté dans divers salons liés à la santé et à l'aide à domicile : Tokyo Health Industry Show, International Home Care & Rehabilitation Exhibition, International Modern Hospital Show, ITEM sur l'imagerie médicale, MEDITEC Japan sur les technologies dédiées à la fabrication de dispositifs médicaux. Les salons de cosmétiques sont également l'occasion de présenter une offre dédiée aux personnes âgées (Beauty World Japan, CITE JAPAN, Cosme Tokyo / Cosme Innovation, Diet Beauty, BioFach Japan (produits biologiques)).

Nota Bene

Le Japon cherche à promouvoir le recrutement de main d'œuvre étrangère dans ces secteurs : afin de faire face à la baisse de la main d'œuvre disponible dans le secteur de l'assistance aux personnes âgées, le gouvernement a décidé d'assouplir le système de recrutement de main d'œuvre étrangère. Les candidats, provenant essentiellement de Thaïlande, du Vietnam et des Philippines, doivent avoir au moins trois ans d'expérience dans les soins aux personnes âgées ainsi qu'un niveau de japonais conversationnel. Depuis 2008, environ 1 500 personnes se sont rendues au Japon dans ce cadre, mais seulement 200 d'entre elles ont obtenu une certification du gouvernement japonais (très difficile à obtenir en raison de la barrière de la langue et du niveau de technicité exigé).

ROYAUME-UNI

Q1- Quelles sont les caractéristiques du marché des seniors ?

La structure du marché du *care* au Royaume-Uni est analysée comme **un marché ne suivant par les règles classiques de la concurrence** :

- La différenciation des produits et services est très forte ;
- Le marché est fragmenté entre des offres dites premium qui subventionnent indirectement des structures publiques ;
- L'État est le principal acheteur de services de santé, à travers les autorités locales (*Local Authorities*) et influence grandement le marché ;
- L'information des consommateurs est imparfaite et la consommation est impactée par des exigences de très court terme (urgences médicales) ;
- La régulation est très stricte ;
- Des structures publiques, para-publiques, associatives et privées sont en concurrence pour fournir les mêmes biens et services aux mêmes types de consommateurs (ce qui n'est le cas que dans les marchés de santé et de logement).

Une évaluation à travers le Herfindahl-Hirschman Index (HHI) a estimé à 123 points le niveau de concentration des réseaux de maisons de retraites en 2010, ce qui correspond à une très faible concentration. Les données relatives aux parts de marché des principaux fournisseurs en 2014 sont très similaires à 2010, ce qui permet de considérer que HHI serait similaire aujourd'hui (voir annexe 1).

Le marché des seniors est croissant en taille et en revenu disponible. En 2013, on recensait 11,1 millions (+ 17,3% depuis 2003) de personnes âgées de 65 ans et plus, soit 17,4% de la population globale du pays. A l'horizon 2035 cette tranche d'âge représentera 23% de la population selon le gouvernement. 3 millions de consommateurs ont plus de 80 ans et 4,5 millions ont entre 70 et 79 ans. Le nombre de centenaires a plus que triplé ces 25 dernières années, on en dénombre 13 350 et on devrait en recenser 87 900 d'ici 2034. Le nombre de personnes de 65 ans et plus vivant seules est estimé à 3,8 millions (dont 70% de femmes) soit 34% du total de la tranche d'âge. Selon une étude de l'*Associated Retirement Community Operators* (Arco), presque un quart (24%) des plus de 65 ans se sentent seuls et 18% des plus de 75 ans passent des week-ends entiers seuls.

Le revenu moyen disponible des personnes se déclarant comme retraitées atteignait 21 237 de GBP en 2013. 70% des retraités sont propriétaires de leur logement alors que l'augmentation moyenne de la valeur des biens immobiliers était de 91% entre 1997 et 2012. 40% des retraités continuent d'apporter un soutien financier à leurs enfants, avec un montant moyen de 240 GBP par mois, ce taux passe à 52% à Londres. L'allocation retraite peut être versée à partir de 61-68 ans (en fonction de l'année de naissance et du genre). L'âge légal de la retraite a fait l'objet de multiples réformes, avec plusieurs étapes de relèvement de l'âge de la retraite à la clef : actuellement fixé à 65 ans pour les hommes et 62 ans pour les femmes (63 ans pour les femmes à compter d'avril 2015 Cf. loi sur les retraites, *Pensions Act* 2011 prévoyant une augmentation progressive de l'âge légal de la retraite des femmes de 60 à 65 ans en 2018). À partir de décembre 2018, l'âge légal de la retraite va augmenter par étapes, pour les hommes comme pour les femmes (66 ans en octobre 2020, 67 ans en 2028). De plus, selon l'ONS **21,4% des seniors britanniques frôlent le seuil de pauvreté (contre 15,9% dans le reste de l'Union Européenne)**, c'est-à-dire qu'ils perçoivent moins de 60% du revenu médian britannique.

Une étude d'Accenture ([Mai 2014](#)) indique que la silver economy pourrait augmenter le PIB de 46 Md£ (+2,5 points) et créer 1,3 million d'emplois à horizon 2020. En 2013, le marché de la Silver

Service économique régional de Londres
Service des affaires sociales à l'Ambassade de France

economy représentait 92 milliards d'euros, une étude estime son poids à 120 milliards d'euro pour 2020, soit une croissance moyenne de 4% par an. Le marché serait divisé en trois segments générationnels. Le nombre de travailleurs de plus de 50 ans augmente d'abord significativement, dû à la maturité des baby-boomers et à l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé. Le gouvernement britannique a choisi en 2010 de supprimer l'âge maximum de départ à la retraite, ainsi de nombreux retraités ont choisi de retourner travailler. **La part des plus de 65 ans occupant une activité professionnelle est en forte croissance par nécessité ou par choix de se maintenir occupé.** Une seconde génération (de 65 à 80 ans) constitue une demande pour des activités de retraite active et des biens et services nécessaires à une vie saine et interactive avec le reste de la société. Enfin, le segment de plus de 80 ans nécessite une offre économique pour une vie confortable et plus longue.

On notera que dans nos recherches sur le marché du *care* au Royaume-Uni, dans les recherches google « *Silver Economy in the UK* » le lien Ubfiance sur la silver economy en France arrive 5^{ème} ([Silver Economy experiences healthy growth in France](#)) et la France est citée en exemple à plusieurs reprises, notamment pour l'adaptation des entreprises de grande consommation au vieillissement :

Q2 - Le pays a-t-il défini une politique publique en faveur des personnes âgées, du type plan national?

Le Royaume-Uni ne dispose pas de politique nationale de la silver economy à proprement parler. Les grands plans nationaux sont plutôt organisés vers des pathologies, comme les pathologies neurodégénératives (*dementia* au sens britannique). Des politiques publiques relatives au vieillissement sont cependant développées et plusieurs aides sont disponibles :

- The Independent Living Strategy (ILS) : un programme gouvernemental lancé en 2008 qui a pour objectif de maintenir les personnes handicapées à leur domicile le plus de temps possible.
- Disabled Facilities Grants : prime versée aux personnes handicapées pour la réalisation des travaux à domicile pour faciliter leur quotidien. (ex : agrandissement des portes, installation d'une rampe, adaptation du système de chauffage ou d'éclairage ...) – 745 M£ de budget de 2010 à 2014 ;
- Disability living allowance : une allocation d'assistance est accordée aux personnes âgées d'au moins 65 ans reconnues dépendantes. Le montant de la prestation est calculé en fonction du degré de dépendance, elle s'établit à 21,55 de GBP ou 81,30 de GBP par semaine au 1 juillet 2014. Il est important de noter que ces prestations sont également calculées en fonction des revenus de la personne, ainsi s'ils dépassent le seuil de 23 250 de GBP par an, les dépenses ne seront pas prises en charge. Le dispositif a récemment évolué, devenant peu à peu inaccessible aux 16-64 ans, qui sont redirigés vers le [Personal Independence Payment \(PIP\)](#).
- Carer's allowance : le gouvernement prévoit également une aide financière pour les personnes ayant à charge un membre de leur famille étant reconnu dépendant. La *carer's allowance* s'élève à 61,35 GBP par semaine et est soumise à des conditions d'éligibilité. Cette aide est taxable et peut affecter le montant des autres aides perçues (ex : *housing benefit*, équivalent britannique de l'aide au logement).

À noter : le Welfare Reform Act a fixé l'objectif d'économiser 18 Md£ sur les allocations dont celles versées aux personnes handicapées.

Enfin, le Royaume-Uni développe une politique industrielle qui place l'industrie pharmaceutique au cœur de sa stratégie, pour ses multiples retombées (notamment en recherche et développement). Le secteur des sciences de la vie (incluant la pharmacie) est l'un des 11 secteurs stratégiques identifiés depuis 2010.

Q3 - Le pays dispose-t-il d'une offre de services d'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes? Quels sont les modes d'organisation et la nature de ces services : national/local, public/privé ?

Les services d'aide à domicile aux personnes âgées au Royaume-Uni sont relativement développés. Ils sont prodigués à la fois par des professionnels de santé qui délivrent une assistance médicale mais

Service économique régional de Londres
Service des affaires sociales à l'Ambassade de France

surtout par des aidants (*caregivers*) qui aident les personnes dans leur quotidien (assistance pour le repas, le bain, le nettoyage, la cuisine etc...). D'après l'association Age UK, en Angleterre et au Pays de Galles, 900 000 personnes de plus de 65 ans se feraient aider dans leur quotidien et 800 000 autres vivraient sans assistance alors qu'ils en éprouveraient le besoin. Cette aide est en grande partie fournie par la famille ou les amis.

Si l'on exclut l'aide apportée par les proches et les associations caritatives, le secteur privé fournit 91% des services d'aide à la personne en Angleterre, le reste étant assuré par le secteur public. En effet, si la majeure partie des aides à la personne sont financées par la puissance publique, celle-ci délègue l'essentiel des missions à des sociétés privées. En mars 2012, on compte en Angleterre 7 100 agences d'aide à la personne enregistrées comme telles (chiffre en croissance de 5% par rapport à l'année précédente). La plupart des structures sont d'implantation locale mais quelques-unes sont présentes sur l'ensemble du territoire (Care UK, Bluebird care par exemple).

Le nombre de personnes employées dans le secteur de l'aide à la personne en Angleterre (pas uniquement en direction des personnes âgées) est évalué par *UK Homecare association* à 351 470 en 2011-2012 (267 180 dans le secteur privé, 48 130 dans le secteur associatif et 36 130 dans le secteur public).

Les caractéristiques du secteur sont révélatrices de sa précarité : une faible représentation collective, des emplois essentiellement féminins (83%), une surreprésentation du travail à temps partiel (38%), de faibles niveaux de qualification, une forte présence de travailleurs immigrés (17 % d'après le ministre chargé du « care and support », Norman Lamb) et surtout, les salaires sont bas, à 6,68£/heure. Une enquête récente (2015) du think-tank *Resolution Foundation* estime à 160 000 le nombre d'aidants au Royaume-Uni dont la rémunération serait inférieure au salaire minimum (6,50£/h) une fois les temps de transport pris en compte.

Toujours selon la *Resolution Foundation*, le secteur de l'aide à la personne devrait créer un million d'emplois dans la prochaine décennie en raison notamment de l'augmentation du nombre de personnes âgées (hausse de l'espérance de vie couplée à l'arrivée à l'âge de la retraite de la génération des *babyboomers*) et de son coût (moins onéreux pour la personne et la société qu'une place en maison de retraite).

Q4 - Existe-il une solvabilisation publique ou collective des besoins d'assistance des personnes âgées ? A quel niveau se prennent les décisions d'assistance : au niveau des services sociaux des villes ou des régions ; au niveau des caisses locales d'assurance ?

Au Royaume-Uni, on estime que **80% des heures d'aide à la personne sont financées par la puissance publique**. En matière d'aide à la personne, l'État définit les politiques générales et apporte les financements correspondant, et les collectivités locales (*counties*) gèrent les dispositifs tout en gardant certaines marges de manœuvre. Le budget annuel pour l'aide à domicile des personnes âgées en 2011-12 était estimé à 3,2 milliards de livres pour l'Angleterre. Cependant, les financements de l'État sont en baisse (diminution de 15% depuis 4 ans selon *Age UK*) obligeant les *counties* à réduire les aides accordées aux personnes âgées.

Les décisions d'octroi de l'aide sont prises au niveau du county. Les personnes qui rencontrent des difficultés et qui ont le sentiment d'être en perte d'autonomie sont invitées à prendre contact avec l'administration locale. **Un examen, le « care assessment » est alors organisé pour estimer les besoins de la personne** en fonction de sa situation physique, sociale et émotionnelle d'une part et de ses revenus et patrimoines d'autre part. Ce contrôle s'effectue au domicile de la personne et peut impliquer un travailleur social, une infirmière ou un thérapeute. On observe actuellement un mouvement de durcissement des conditions d'éligibilité pour bénéficier de l'aide du *county*. Un nombre croissant de bénéficiaires voient leur situation réévaluée lors de nouveaux « *care assessment* ». Si par le passé les *counties* étaient plutôt souples dans leur attribution d'aides, l'*Adass*, association regroupant des directeurs de services d'aide à la personne, estime qu'aujourd'hui, 72% des *counties* choisissent d'accorder des services de care uniquement en cas de besoin substantiel ou critique de la personne. En conséquence et **malgré la hausse constante du nombre de personnes âgées dans le pays (+ 17,3% de plus de 65 ans depuis 2003), le nombre de bénéficiaires a baissé**

Service économique régional de Londres
Service des affaires sociales à l'Ambassade de France

de manière continue ces dernières années (baisse de 6% des heures financées par les *counties* en 2011-2012 par exemple). De plus, un nombre croissant de voix se fait entendre pour dénoncer la **pression exercée sur les prix auprès des sociétés privées d'aide à la personne**, au détriment de la qualité, voire de la sécurité.

Par ailleurs, l'« *attendance allowance* » permet l'octroi d'une aide financière pour les personnes de plus de 65 ans en situation de handicap physique ou mental (aide plus restrictive que l'aide du *county*). Cette aide s'élève à 54,45£ par semaine si le malade a besoin d'aide le jour ou la nuit et à 81,30£ par semaine s'il a besoin d'aide de jour comme de nuit. L'esprit de la mesure est de faciliter l'emploi d'aide à domicile et le législateur a laissé le bénéficiaire libre dans les modalités de dépense de cette allocation.

À partir d'avril 2016, il est prévu de limiter la part devant être prise en charge par les personnes qui ne bénéficient pas d'une aide versée par la collectivité locale dont elles dépendent. On estime à 16% la proportion de personnes âgées concernées par cette nouvelle mesure.

Les autorités locales prévoient également des aides financière au cas par cas, en fonction des besoins et des ressources des demandeurs pour l'hébergement en maison de retraite. Seules les personnes dont le patrimoine est inférieur à 23 250£ de patrimoine peuvent y prétendre (le domicile n'est pas comptabilisé si le conjoint continue à y vivre). De ce fait, plus de 40% des personnes en maison de retraite doivent assumer seules les coûts inhérents à leur placement dans une institution et très peu de Britanniques anticipent cette dépense.

Enfin, il existe des dispositifs publics d'adaptation des logements à destination des personnes en situation de handicap et dont les personnes âgées éligibles peuvent bénéficier. Accordé par l'autorité légale, le *Disabled Facilities Grant* doit permettre des travaux ou installations « nécessaires et appropriée ». Le montant de l'aide est plafonné à 30 000£.

Q5 - Les collectivités locales lancent-elles des appels d'offre en matière de services à la personne ou d'adaptation des logements des personnes âgées ?

Les collectivités locales lancent effectivement des appels d'offres pour organiser leurs délégations de service public. La procédure est propre à chaque collectivité locale. Compte tenu du rôle prééminent des *counties* qui financent 80% des heures d'aides à la personne, ces derniers ont tendance à faire pression sur les prix dans leur choix de partenaires.

L'accent est mis sur le choix de la personne âgée. Si le *county* décide d'octroyer une aide à la personne, le bénéficiaire peut demander à recevoir, en lieu et place de l'envoi de personnel à son domicile, une aide financière équivalente. Libre à lui de recourir à une agence, d'employer une personne ou de défrayer un proche aidant. En Angleterre, le nombre de bénéficiaires demandant ce « *direct payment* » est en nette progression (65 270 personnes âgées en mars 2012 contre 34 900 un an plus tôt). C'est dans ce cadre que les entreprises d'aide à la personne ont de plus en plus intérêt à faire connaître leurs offres aux particuliers, d'autant plus que l'on estime à 150 000 le nombre de personnes finançant elles-mêmes leurs besoins en matière d'aide à la personne.

Une enquête sur les dépenses et le coût des services d'aide à la personne pour l'année 2013-2014 du *Health & Social Care Information Centre*, institut qui rassemble des données dans le domaine de la santé et du Care, évalue le marché de l'aide à domicile en Angleterre à 17,2 milliards £ (les plus de 65 ans représentant 51% de ce marché).

Q6 - Le pays a-t-il développé une offre technologique d'assistance à domicile : téléassistance, bouquets de services ? Quelle est la proportion de la population âgée faisant appel aux services de téléassistance ?

Avant le développement du numéro européen 112, et en parallèle de celui-ci, le Royaume-Uni a développé ses services de téléassistance à partir du 999. Les appels sont priorisés en deux catégories : 1) les urgences vitales, pour lesquelles la réponse est fournie en 8 minutes (selon le National Health Service) dans 75% des cas. Lorsqu'un besoin de transport immédiat est identifié, une ambulance est envoyée dans 95% des cas. La moyenne de durée de transport aux urgences est de 19 minutes ; 2) les urgences non-vitales, les réponses sont apportées au niveau local.

Service économique régional de Londres Service des affaires sociales à l'Ambassade de France

Dans le second cas, c'est le « NHS 111 » qui prend le relais. La plateforme téléphonique apporte un premier diagnostic. Elle permet d'orienter les patients en demande vers des solutions hospitalières, pharmaceutiques et médicales nécessaires. NHS 111 offre une assistance d'infirmiers et de médecins, 365 jours par an 24h/24. NHS 111 peut directement obtenir des rendez-vous médicaux pour les patients le nécessitant, ainsi que les transférer à un interlocuteur spécialisé pour eux. Ce service est disponible pour les sourds et muets (par code sms), et offre un large éventail de traducteurs pour les patients nécessitant une communication dans une langue étrangère.

Caring for Our Future: Reforming Care and Support: Depuis 2012 le gouvernement a lancé un programme qui vise à maintenir l'indépendance des personnes handicapées et à leur garantir l'égalité des chances. Au travers de la téléassistance et des technologies. **1,1 million de personnes reçoivent une assistance à domicile et 80% de cette offre est publique.**

Le gouvernement a également prévu une enveloppe de 51 M£ sur la législature pour une aide aux travaux d'aménagement des logements afin de sécuriser les logements des personnes âgées (électricité, chauffage, toiture, escaliers). Ce sont des *Home improvement agencies*, des agences spéciales qui sont en charge de la réalisation des travaux. Il s'agit d'associations à but non-lucratif.

La campagne *Three Million Lives* a été lancée en décembre et vient d'être prolongée pour cinq années supplémentaires. Elle a pour objectif d'accélérer le développement des solutions de télémédecine et télépharmacie au sein du NHS et de l'assistance sociale. Elle s'appuiera sur 18 M£ garantis par Innovate UK, l'agence britannique pour l'innovation. Elle permettra l'industrialisation des solutions technologiques d'assistance.

À noter que certaines associations caritatives comme « AGE UK » offrent des sessions de formation informatique aux personnes âgées et utilisent l'outil informatique pour interagir avec les personnes souffrant de « dementia ».

Q7 - Le pays dispose-t-il d'une offre de résidences d'hébergements spécialisés ? Quelle est la proportion de personnes âgées vivant dans ces établissements ?

Au Royaume-Uni, l'hébergement spécialisé est fourni par des organisations à but non-lucratif, les collectivités territoriales, le NHS et des entreprises privées. Il y a trois types de résidences :

- *Residential care homes*
- *Nursing homes*
- *Long-stay hospital provision*

Elles vont de simples maisons de repos à des centres médicalisés, en fonction du degré d'infrastructures médicales disponibles.

Selon *Frost & Sullivan*, la demande pour les *residential care homes*, les maisons de retraites, est estimée à 420 107 personnes en 2011. La moyenne des frais annuels s'élevait en 2011 à 33 124£ (contre 29 224£ annuels dans le public) – ce qui correspond à 44 000 €

Pour les structures médicalisées, selon la même source, la demande fut de 725 404 personnes en 2011. 80% de la demande est assurée par le public, un ratio inverse de celui des maisons de retraites. Le niveau des frais annuels est estimé à 9 724 £ dans le public et 6 708 £ dans le privé. La majorité des coûts est supportée par la sécurité sociale britannique.

Maisons de retraite et résidences senior : au Royaume-Uni, le NHS sous-traite une partie de ses activités au secteur privé, c'est le cas des maisons de retraites et des résidences privées. Une étude du *Royal College of Nursing* décrit ce secteur comme étant en forte difficulté. En effet, ces établissements font face à une demande de plus en plus importante de personnes ayant des besoins de plus en plus complexes et subissent une pression pour maintenir des prix toujours plus bas. On observe une diminution des investissements de presque 9% entre 2012 et 2013. Ainsi, d'importants opérateurs du marché, tel Southern Cross, ont été contraints de fermer leurs portes.

Service économique régional de Londres
Service des affaires sociales à l'Ambassade de France

D'après *Euromonitor*, seulement 7% des personnes âgées vivent en maison de retraite ou foyer, la plupart d'entre elles souhaitant rester à domicile. En ce qui concerne les maisons de retraites et autres établissements, chaque nation constitutive dispose de sa propre législation et de son propre organisme de régulation.

92% de l'offre de maisons de retraites provenait du secteur privé en 2011. 89% des « heures » achetées par les autorités locales (*councils*) proviennent du privé et du secteur associatif (les 11% restants du public). Les autorités locales gèrent en parallèle la faillite d'environ 40 petits fournisseurs de services chaque année. Le tableau suivant détaille l'évolution des coûts pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

Net Total expenditure by Local Authorities in £000's on older peoples care and on learning disability

| Net Total expenditure in £000's | 2005/06 | 2006/07 | 2007/08 | 2008/09 | 2009/10 | 2010/11 | 2011/12 | 2012/13 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| All older people aged 65 and over | 6,853,723 | 7,001,118 | 7,106,266 | 7,391,871 | 7,607,833 | 7,554,861 | 7,005,802 | 6,860,539 |
| Adults aged under 65 with a learning disability | 2,956,949 | 3,114,008 | 3,287,311 | 3,648,400 | 3,872,810 | 4,040,043 | 5,000,348 | 5,049,114 |

On constate par ailleurs un déclin du nombre de centres et de lits de 2011-2012 à 2012-2013 (on passe de 13 134 à 12 848 *residential care homes*, soit une baisse de 2% et une baisse de 1,5% du nombre de lits, de 247 824 à 244 232).

Les estimations pour l'année 2012 considèrent que le marché du *care* pour les personnes âgées atteint 22,2 Md£ (dont 13,4 Md£ en *residential care*). Cela combine l'offre financée par les autorités locales, les ONG et le secteur privé.

S'agissant de l'emploi dans ce secteur pour l'année 2012, on l'estime à 1,63 million de personnes concernées dont 1,23 million de plein-temps, le reste à temps partiel. La hausse de l'emploi dans les services à la personne est de 15% depuis 2009, mais bascule des services publics (*local authority services*, -15% depuis 2009) vers le privé (+15%) qui représente désormais 72% des emplois, contre seulement 9% dans le public. (ces chiffres concernent uniquement l'Angleterre et non l'ensemble du Royaume-Uni).

Le nombre de personnes recevant une aide a décliné de 1 748 355 en 2005/2006 (année budgétaire britannique débutant en avril) à 1 328 095 en 2012/2013. Les 2/3 des bénéficiaires de cette aide ont plus de 65 ans. Les causes avancées pour ce déclin par Age UK proviennent essentiellement du durcissement des critères d'éligibilité.

Q8 - Comment les services et les industries dédiés aux « âgés » sont-ils organisés ? En filière intégrée, en fédérations, sans organisation particulière ? Quels sont les leaders et principaux donneurs d'ordre de la filière ? Repérer en particulier les organismes représentatifs en matière de téléassistance et de domotique.

Le marché dit « telehealth & telecare » affiche un fort potentiel de développement dans le pays, dû notamment à la volonté du gouvernement de réduire le nombre des séjours longue durée et le degré de dépendance des personnes âgées. Le ministère de la Santé (*Department of Health*) a lancé en 2008 le projet « *Whole Systems Demonstrator* » ayant pour but de mener une enquête sur la façon dont les nouvelles technologies seraient capables d'aider les personnes fragiles à être autonomes. Sur la base de

Service économique régional de Londres
Service des affaires sociales à l'Ambassade de France

cette enquête, le ministère de la Santé a ensuite lancé la campagne, « *3 Millions Lives* », estimant que l'utilisation des dispositifs de la télésanté pourrait effectivement aider 3 millions de Britanniques.

La commercialisation des produits de santé est contrôlée par la *Medicines and Healthcare product regulatory agency (MHRA)*, elle délivre les licences et autorisations nécessaires sur la base des normes européennes et de tests qualitatifs pour les appareils médicaux comme pour les équipements de téléassistance.

Les équipements d'aide à la mobilité représentent le plus gros marché des équipements d'aide à la personne. Il comptait pour 31,3% de la valeur totale du marché en 2013, suivi par les appareils auditifs et d'aide à la communication (20,7%), les articulations et prothèses (17,9%).

Nous ne disposons pas d'information sur la chaîne de valeur dans la *silver economy* en tant que telle, ce secteur n'y étant pas analysé de la même manière qu'en France. Le principal groupe de pression pertinent sur le sujet est la National Care Association, qui d'ailleurs estime le secteur comme globalement en crise depuis plusieurs années.

Q9 - Existe-il au sein de la filière des normes, des standards ou des dispositifs de qualité spécifiques ? Quelles seraient les barrières tarifaires ou non tarifaires susceptibles de freiner la pénétration des produits et services français ?

Pour la partie santé, au-delà de la certification CE, il peut y avoir des procédures spécifiques pour l'enregistrement des produits au RU : www.mhra.gov.uk

Q10 - Le pays organise-t-il ou envisage-t-il des salons professionnels et grand public sur le thème de la silver economy ?

Le Franco-British Business Forum a été l'un des événements les plus médiatisés sur la silver economy. Il s'agissait de l'un des quatre thèmes du forum qui s'est tenu fin novembre 2014 à Londres. En dehors de cet événement, on ne recense pas de forum significatif sur ce segment économique.

Il existe différents salons professionnels, toujours avec un thème très précis, comme la e-santé : www.ehिलive.co.uk ou encore l'autonomie : www.naidex.co.uk

TURQUIE

Q1 - Quelles sont les caractéristiques du marché des seniors ?

Dans ce pays à population jeune qu'est la Turquie, les plus de 65 ans représentent 7,57% de la population (soit près de 6 millions de personnes). 54% d'entre eux sont des femmes.

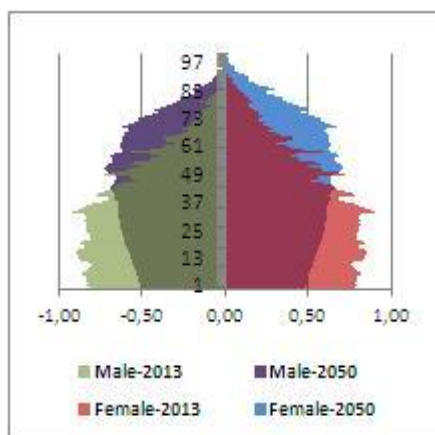
Les seniors représentent 6% de la population urbaine (à près de 85 %, la population habite dans les villes) et 9% de la population vivant dans les campagnes.

77% des plus de 65 ans n'ont pas un niveau d'instruction au-delà de l'école primaire (84% pour les femmes et 70% pour les hommes). 3% des seniors ont suivi des études supérieures (2% pour les femmes et 4% pour les hommes).

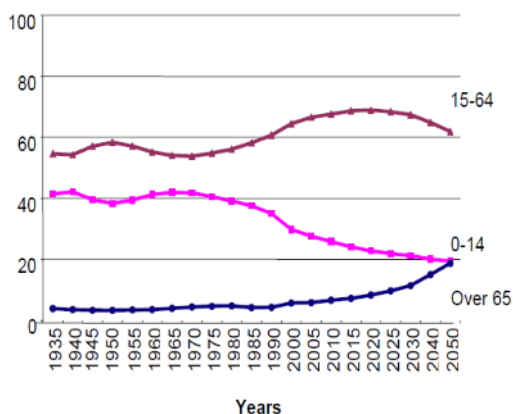
10% des hommes et 1% des femmes de plus de 60 ans travaillent.

La part des +65 ans dans la population totale devrait s'accroître dans les prochaines années : 10,2% en 2023 (soit 8,6 millions de personnes), 20,8% en 2050 (19,5 millions de personnes) et 27,7% en 2075 (24,7 millions de personnes). L'espérance actuelle de vie à la naissance est de 77 ans pour les femmes et de 72 ans pour les hommes, elle a augmenté de 10 ans entre 1990 et 2010 (contre 6 ans dans les pays au niveau de développement comparable - soit les « upper middle countries » selon la Banque mondiale).

**Pyramide des âges,
2013 - 2050**



**Répartition de la population turque par tranches d'âges,
1935-2050**



Le marché turc des seniors est un marché peu solvable en raison d'une faible part de cotisants à l'assurance vieillesse (seuls 40% des plus de 65 ans perçoivent une pension de retraite, hors minimum vieillesse) et d'une faible épargne privée. En revanche, il existe une demande étrangère croissante pour les produits et services aux personnes âgées (notamment pour les soins médicaux).

Service économique régional d'Ankara

La couverture incomplète, en termes de pensions, des retraités turcs s'explique par différents facteurs :

- L'absence d'obligation légale de cotiser, malgré l'obligation de s'inscrire à l'assurance vieillesse ;
- Le poids du secteur informel : les estimations varient... jusqu'à 50% des actifs qui ne seraient pas déclarés ;
- Les sous-déclarations du secteur formel, qui minimisent les montants cotisés.

Notons toutefois qu'en raison d'une définition large de la notion de « personne à charge d'un assuré », 9 personnes sur 10 sont *in fine* couvertes par l'assurance vieillesse (grâce à l'indemnisation des ayants-droits). 37% des plus de 65 ans sont ainsi des ayants-droits bénéficiant de la retraite de leur conjoint. De même, les droits de réversion se répartissent dans la famille de façon élargie entre conjoint veuf, enfants et parents.

Q2 - Le pays a-t-il défini une politique publique en faveur des personnes âgées, du type plan national?

Il n'existe pas de politique publique formalisée concernant la population des séniors.

La prise de conscience de la question des seniors est très récente en Turquie. Le processus d'adhésion à l'Union européenne l'a accélérée. Un département spécifique dédié aux personnes âgées et handicapées a été créé au sein du Ministère de la Famille. Plusieurs études sont en cours de réalisation sur le sujet (définition des normes et standards de soins, études de faisabilité de logements adaptés).

Enfin, le gouvernement a défini le tourisme de la santé comme un secteur stratégique prioritaire dans le cadre du plan de développement national à horizon 2023 (année du centenaire de la République de Turquie).

Q3- Le pays dispose-t-il d'une offre de services d'aide à domicile aux personnes âgées dépendantes? Quels sont les modes d'organisation et la nature de ces services : national/local ; public/privé ?

Il existe une offre publique nationale de services d'aide à domicile depuis 2009. Elle concerne à la fois les soins médicaux (gérés par le Ministère de la Santé), via l'intervention à domicile de médecins des hôpitaux publics et l'assistance quotidienne (gérée par le Ministère de la Famille et des Affaires Sociales).

Ces services sont pris en charge par la sécurité sociale pour les personnes affiliées à l'un des trois régimes d'assurance sociale. Les personnes non-couvertes et solvables doivent financer ces services. Les personnes non-affiliées et non-solvables bénéficient d'une prise en charge de l'État.

Q4 - Existe-il une solvabilisation publique ou collective des besoins d'assistance des personnes âgées ? À quel niveau se prennent les décisions d'assistance : au niveau des services sociaux des villes ou des régions, au niveau des caisses locales d'assurance ?

L'assistance de l'État aux personnes âgées est un droit de valeur constitutionnelle (article 61 de la Constitution). Elle se compose d'aides en espèce et en nature dont :

- La « pension de 65 ans » (yas aylıklari), accordée par l'État et sous condition de ressources, qui constitue l'équivalent turc du minimum vieillesse. 22% des plus de 65 ans, soit 1,3 million de personnes en bénéficient ;
- la « carte verte », sous conditions de ressources, instituée en 1992, permettant un accès gratuit aux services médicaux de l'hôpital public. Les plus de 55 ans représentent 12% des détenteurs de la carte verte d'après SGK (l'organisme turc de sécurité sociale) ;
- La gratuité des transports publics, qui concerne tous les plus de 60 ans sans conditions de ressources et qui est gérée par chaque municipalité.

Q5 - Les collectivités locales lancent-elles des appels d'offre en matière de services à la personne ou d'adaptation des logements des personnes âgées ?

La Direction des personnes âgées et handicapées du Ministère de la Famille et des Affaires Sociales lance des appels d'offre pour la construction de logements adaptés auprès de constructeurs privés.

Ces logements étaient auparavant des solutions de première nécessité pris en charge par les communes et destinés aux plus démunis. Ils sont désormais des appartements spécifiques permettant d'intégrer davantage les seniors à la vie en société.

Les communes sont en charge des appels d'offre pour les services à la personne.

Q6 - Le pays a-t-il développé une offre technologique d'assistance à domicile : téléassistance, bouquets de services ? Quel est la proportion de la population âgée faisant appel aux services de téléassistance ?

Il existe une offre publique de téléassistance développée par le Ministère de la Santé (centre d'appel national). Les collectivités disposent également de compétences dans ce domaine (bracelets électroniques mis en place par la ville d'Ankara).

L'offre privée de produits et services d'assistance à domicile pour les personnes âgées est dominée par quelques grandes entreprises : ACIBADEM (turque), VODAFONE, MEDLIN (américaine) ; certaines ont développé des centres d'appel spécifiques et des hôpitaux privés.

Q7 - Le pays dispose-t-il d'une offre de résidences d'hébergements spécialisés ? Quelle est la proportion de personnes âgées vivant dans ces établissements ?

Il existe environ 130 maisons de retraite en Turquie (50% publiques et 50% privées), concentrées dans les villes de l'ouest (Izmir, Bursa, Manisa, Aydin). Leur capacité totale d'hébergement est de 13 370 lits (57% dans le public, 43% dans le privé), soit 0,26% de la population des seniors. Ces hébergements spécialisés sont donc peu nombreux en Turquie. Il est en effet peu courant et mal accepté culturellement que les familles demandent à faire héberger leurs parents hors du domicile familial (7 seniors sur 10 vivent à proximité de leurs enfants).

Les 63 maisons de retraite publiques sont entièrement gratuites, avec des critères d'admission précis (âge, situation de santé, degré de dépendance...) ; 28 d'entre elles sont médicalisées.

Les maisons de retraite privées sont en croissance, la majorité de leurs occupants sont de nationalité étrangère (l'exemple récent de nombreux Japonais est cité). Elles coûtent en moyenne 2000 € par mois. Les plus luxueuses offrent une gamme de services étendue (infrastructures sportives, cinémas, thalassothérapie...) et coûtent environ 4000€ par mois.

Q8/- Comment les services et les industries dédiés aux « âgés » sont-ils organisés ? En filière intégrée, en fédérations, sans organisation particulière ? Quels sont les leaders et principaux donneurs d'ordre de la filière ? Repérer en particulier les organismes représentatifs en matière de téléassistance et de domotique.

Le marché de l'offre privée de produits et de services pour les personnes âgées est très récent et n'est pas structuré. Il n'existe aucune fédération dans ce secteur ; seule existe une association des acteurs du tourisme de la santé.

Q9 - Existe-il au sein de la filière des normes, des standards ou dispositifs de qualité spécifiques ? Quelles seraient les barrières tarifaires ou non tarifaires qui seraient susceptibles de freiner la pénétration des produits et services français ?

La réglementation du système sanitaire turc est alignée sur celle de l'Union européenne. Les équipements médicaux doivent être conformes à la réglementation 93/42/EEC du Ministère de la Santé.

Globalement, il existe de nombreuses opportunités dans le secteur de la santé et dans celui du tourisme de la santé (cf. commentaires ci-dessous). En revanche, il semble plus difficile de s'implanter dans le secteur des services directs aux personnes âgées car le marché est restreint et peu solvable.

Q10 - Le pays organise-t-il ou envisage-t-il des salons professionnels et grand public sur le thème de la silver économie ?

Le premier salon sur le sujet aura lieu du 18 au 23 mars 2015 à Ankara et réunira tous les acteurs concernés : administrations, hôpitaux publics et privés, laboratoires pharmaceutiques, entreprises turques et étrangères... ; Dûnya Yaslilik Dernegi (Association nationale turque) en est l'organisatrice.

Nota bene

Les opportunités liées à la croissance du secteur hospitalier :

Les Medical Free Zones (à l'état de projet): Réunion dans un même périmètre géographique de centres de soins, d'écoles de santé, de centres de R&D et de capacités d'hébergements qui bénéficient d'incitations fiscales pour leur installation.

Le marché des dispositifs médicaux : Les importations correspondraient à 85% des besoins turcs dans le secteur. La France détient seulement 2,76% des parts de marché (derrière les États-Unis, l'Allemagne et la Chine). Les segments porteurs sont l'imagerie médicale, les produits dentaires, les produits d'orthopédie et prothétique, ainsi que le matériel d'assistance du patient.

Le secteur de l'e-santé et de la télémédecine : opportunités de ventes aux hôpitaux turcs, d'équipements liés à la mise en place d'un système d'e-santé dématérialisé permettant le suivi des dossiers médicaux.

Le marché des produits pharmaceutiques : Croissance du secteur de 8,9% entre 2012 et 2013 et prévision de croissance annuelle de 7% en 2015. Le secteur est concerné par le plan national d'incitation aux investissements de 2012.

Les opportunités liées au tourisme de la santé : environ 500M\$ de CA annuels en Turquie ; le secteur s'adresse notamment aux Turcs vivants en Europe couverts par un système d'assurance santé. Türkiye Saglik Turizmi Dernegi, l'association turque du tourisme de la santé, offre des prestations de conseils aux entreprises souhaitant s'implanter dans ce secteur en Turquie.

Le système de retraite turc est structurellement déficitaire malgré la jeunesse de la population turque. La durée moyenne d'indemnisation retraite est de 19 ans. Le ratio cotisants/retraités est de 2. Les pouvoirs publics sont conscients de la nécessité de réformer le système de retraite (hausse de la durée de cotisation et baisse du montant des pensions), compte tenu de la hausse de l'espérance de vie. En 2001, une loi a créé un régime par capitalisation, basé sur une épargne volontaire gérée par des fonds sous le contrôle du Trésor, mais il reste peu utilisé.

Crédits photographiques

Couverture (de gauche à droite) : © AlexRaths – Thinkstock ; © moodboard – Thinkstock ; © AlexRaths – Thinkstock ;
© Goodluz – Thinkstock.

Si le Brésil tarde à anticiper le vieillissement de sa population, la Chine, en revanche, met en place de nouvelles politiques publiques destinées aux personnes âgées : services de soins à domicile et résidences, subventions aux « âgés » en difficultés, etc. Quant au Japon, dont la population est la plus vieille du monde, il promeut aujourd'hui le recrutement d'une main-d'œuvre étrangère spécialisée dans le soin aux seniors dépendants.

Tels sont les principaux constats dressés par ce parangonnage réalisé par la Direction générale du Trésor pour le compte de la Direction générale des Entreprises (DGE). Effectuée avec la collaboration des conseillers pour les affaires sociales près les ambassades concernées, l'étude porte sur huit pays : Allemagne, Brésil, Chine, Corée du Sud, Italie, Japon, Royaume-Uni et Turquie. Elle dresse un premier panorama représentatif des marchés de la Silver Economie à l'international.