

Besoin d'aide ?

La prestation de services et le financement de la dépendance

Le vieillissement démographique et les mutations sociales vont compliquer la prise en charge des seniors qui ne peuvent se passer d'une aide. Fondée sur un récent rapport de l'OCDE, la présente synthèse prône une politique globale de prise en compte de la dépendance et aborde les questions suivantes :

- ▶ Qui utilise les services de soins liés à la dépendance, dans quels cadres et à quel coût ? 2
- ▶ Quels seront les effets du besoin croissant de prise en charge de la dépendance ? 3
- ▶ Comment peut-on assister les aidants familiaux ? 4
- ▶ Comment peut-on améliorer la qualité des emplois dans le secteur de la dépendance ? 5
- ▶ Comment les pays financeront-ils les besoins croissants de prise en charge ? 6
- ▶ Comment optimiser l'utilisation des ressources consacrées au secteur de la dépendance ? 7

Le besoin croissant de prise en charge de la dépendance suppose une vision globale



Face au vieillissement de la population, à l'absence de signes pointant clairement vers une diminution des handicaps des seniors, le desserrement des liens familiaux et à la hausse du taux d'activité des femmes, il n'est pas surprenant de voir croître le besoin de prise en charge des personnes âgées fragilisées et handicapées. L'augmentation du nombre de seniors est le principal facteur de la demande accrue d'aide et de soins de longue durée (cf. définition à l'encadré 1) dans la zone OCDE ; les débats d'orientation concernant les réformes de cette prise en charge sont d'ailleurs souvent présentés comme entièrement centrés sur le vieillissement de la population. Cette question n'est pourtant pas la seule que les systèmes de soins de longue durée doivent traiter.

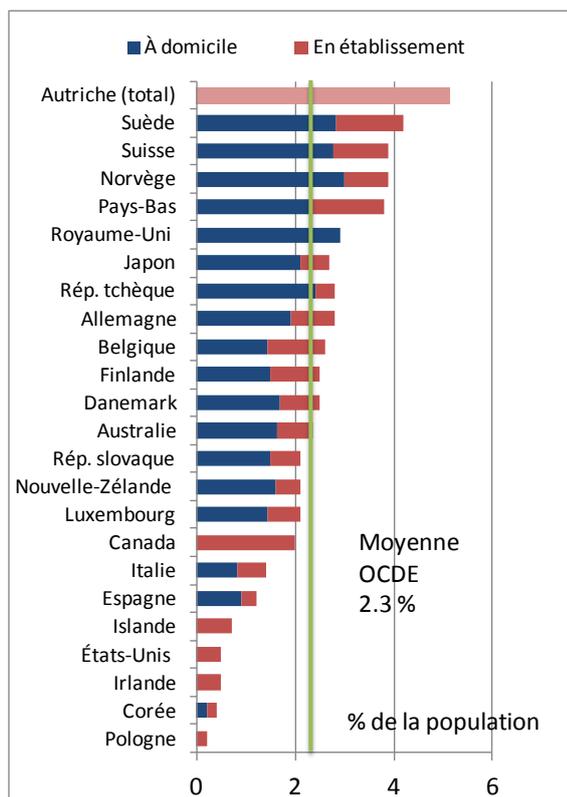
Nombreux sont les pays qui ont jusqu'ici élaboré leur politique de prise en charge de la dépendance au coup par coup, réagissant aux difficultés politiques ou financières de l'instant plutôt que de façonner les mesures de manière durable et lisible. Or cette prise en charge s'accompagnera d'une hausse de la demande, des dépenses et des effectifs (cf. encadré 2), mais surtout d'attentes plus élevées concernant une fin de vie porteuse de sens et de bien-être personnel. Relever ces défis requiert une vision globale, centrée sur les dispositifs d'assistance tant formelle que familiale et sur leur coordination, en évitant une approche désordonnée. La présente étude examine les politiques visant les aidants familiaux (et de l'entourage), ainsi que la prestation formelle et le financement de services de prise en charge des soins de longue durée.

La plupart des bénéficiaires sont des femmes âgées vivant encore chez elles, mais la majeure partie du coût de la dépendance concerne les patients en institution

La probabilité du besoin de prise en charge s'accroît avec l'âge. Alors que moins de 1 % des personnes de moins de 65 ans éprouvent ce besoin, 30 % en moyenne des femmes d'au moins 80 ans ont recours à des services de cette nature dans la zone OCDE, où un usager sur cinq a moins de 65 ans et la moitié environ de l'ensemble des usagers a plus de 80 ans.

Dans la presque totalité des pays de l'OCDE, entre la moitié et les trois quarts des services des soins de prise en charge de la dépendance sont fournis à domicile (graphique 1), et visent pour une part substantielle des usagers souffrant de troubles démentiels.

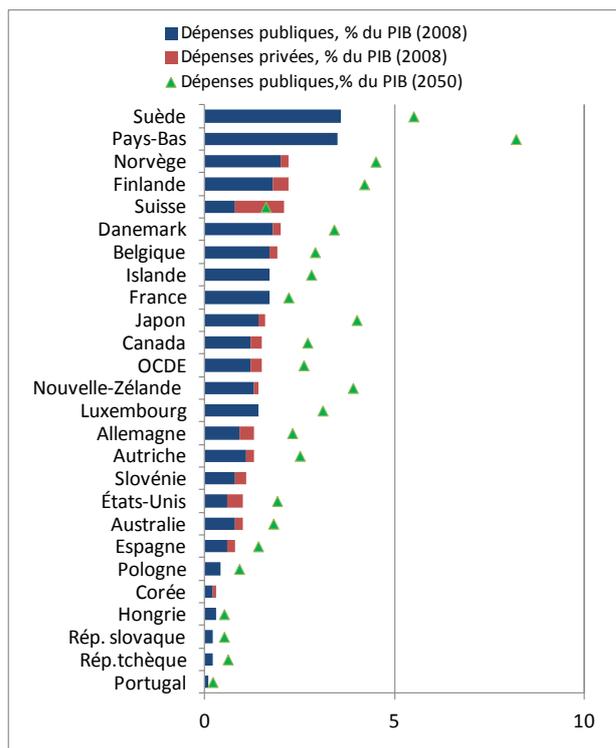
Graphique 1. Usagers de services de prise en charge de la dépendance, en pourcentage de la population, 2008 (ou dernière année disponible)



Source : *Besoin d'aide ?*

Les usagers très âgés sont moins susceptibles que leurs cadets d'être pris en charge à domicile. Néanmoins, plus de la moitié des personnes dépendantes d'au moins 80 ans sont assistées à domicile dans la plupart des pays, et un tiers seulement de l'ensemble des usagers de services de prise en charge résident en établissement.

Graphique 2. Dépenses publiques et privées de prise en charge de la dépendance, zone OCDE, 2008 et 2050



Source : *Besoin d'aide ?*

À l'opposé, 62 % des dépenses concernent la prise en charge en établissement. Au total, en 2008, les dépenses ont représenté en moyenne 1.5 % du PIB dans 25 pays de l'OCDE (graphique 2). Les écarts observés témoignent des différences de besoin d'assistance, d'exhaustivité des systèmes formels et d'habitudes culturelles en matière de prise en charge familiale.

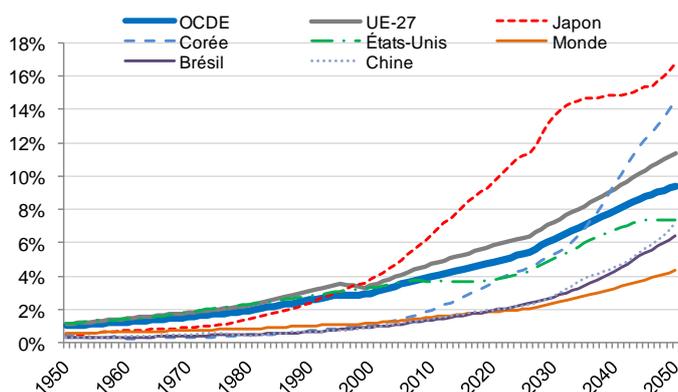
Encadré 1. La prise en charge de la dépendance : de quoi s'agit-il ?

La prise en charge de la dépendance recouvre une palette de services rendus nécessaires par la diminution des capacités fonctionnelles, physiques ou cognitives, ou par la dépendance prolongée vis-à-vis de l'accomplissement d'activités élémentaires de la vie quotidienne (AVQ). Ce volet **soins à la personne** s'accompagne souvent de services médicaux de base, de **soins infirmiers** et de soins préventifs, réadaptatifs ou palliatifs. Les services de prise en charge de la dépendance peuvent aussi être associés à une aide de niveau inférieur concernant les activités dites instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) (aide ménagère, assistance administrative, etc.).

Encadré 2. La demande accrue de services de prise en charge des soins de longue durée, en quantité et en qualité, aura de profondes répercussions sur les finances publiques et sur le marché du travail

Les pays de l'OCDE continueront de connaître, au cours des prochaines décennies, un processus de vieillissement qui portera la part de la population âgée de 80 ans et plus à des niveaux inconnus jusque là. En 1950, cette proportion était inférieure à 1 % de la population mondiale ; d'ici 2050, elle devrait progresser de 4 % en 2010 à près de 10 % dans la zone OCDE (graphique 3).

Graphique 3. La proportion de la population des plus de 80 ans augmente rapidement



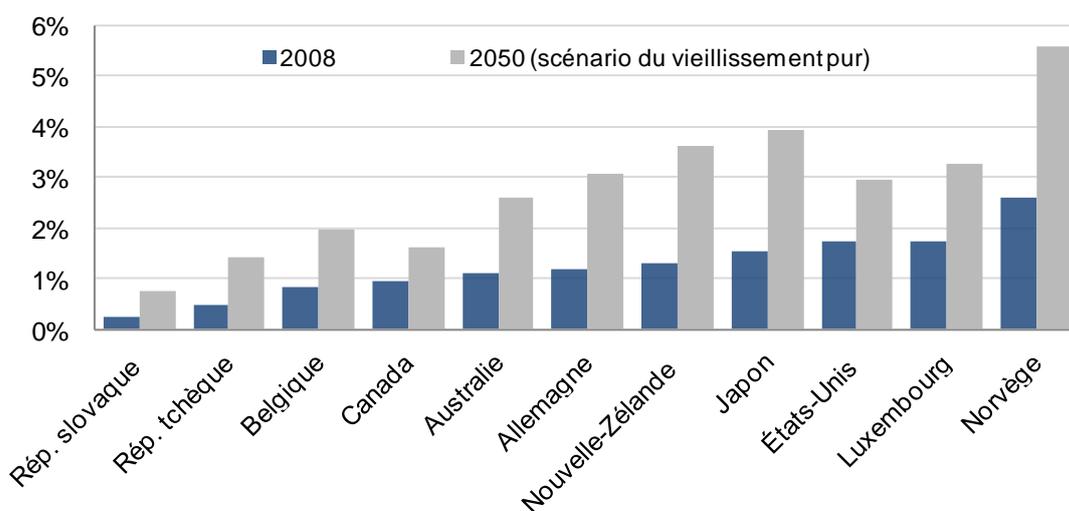
Source : *Besoin d'aide ?*

Le vieillissement de la population est un défi du point de vue des services de prise en charge de la dépendance. La disponibilité d'aidants familiaux potentiels devrait se contracter du fait du taux d'activité en hausse des femmes, les politiques sociales n'encourageant plus la retraite anticipée. Il sera peut-être difficile de satisfaire la demande de services de prise en charge en accroissant l'offre de main-d'œuvre, dans un contexte où la population active se contracte. Pour maintenir le ratio actuel aidants familiaux/nombre d'individus souffrant de restrictions à l'accomplissement des AVQ, il faudrait dans certains pays augmenter le nombre de ces aidants de 20 à 30 %.

Le secteur de la dépendance emploie entre 1 et 2 % de la population active. De nombreux pays verront cette proportion plus que doubler d'ici 2050 (graphique 4). Recruter et inciter les travailleurs à rester dans le secteur pourrait s'avérer difficile, et exacerber les pressions sur les salaires dans le secteur. Les dépenses consacrées aux services de prise en charge de la dépendance doubleront, voire tripleront, d'ici 2050, du fait de la hausse des volumes et des prix de l'assistance formelle dans un contexte où les citoyens demandent des systèmes de soins de meilleure qualité, plus réactifs et plus tournés vers le patient.

Graphique 4. La demande de travailleurs du secteur de la dépendance devrait au moins doubler d'ici 2050

Proportion d'infirmiers/infirmières et auxiliaires de vie (Équivalence plein temps, EPT) dans la population active projetée

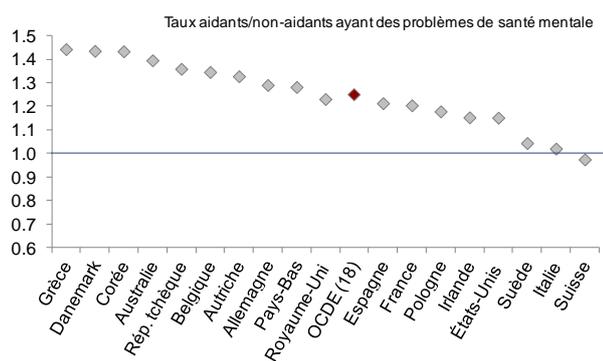


Source : *Besoin d'aide ?*

Trois façons de préserver la santé des aidants et aider ceux sur le marché du travail

Les aidants familiaux forment le socle de tout système de prise en charge de la dépendance. Au sein de la zone OCDE, plus d'un adulte de plus de 50 ans sur dix aide une personne fonctionnellement handicapée (habituellement sans rémunération). Près des deux tiers sont des femmes. Le soutien qui leur est apporté est souvent purement symbolique, reconnaissant l'utilité sociale et la difficulté de leur rôle.

Graphique 5. Les problèmes de santé mentale sont plus nombreux parmi les aidants



Source : *Besoin d'aide ?*

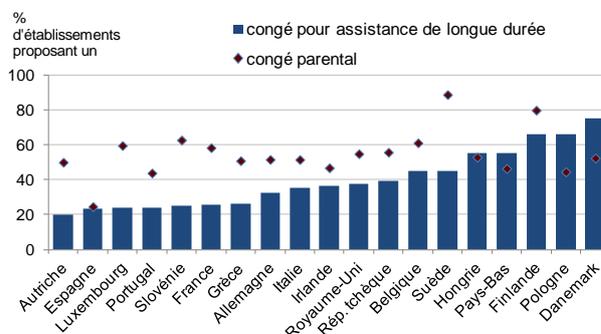
L'assistance apportée aux aidants familiaux constitue pourtant une **solution triplement avantageuse** : pour les aidants, dont la tâche de prise en charge intensive se solde, faute de soutien, par une réduction de l'offre de main-d'œuvre dans le secteur rémunéré, par un risque plus élevé de pauvreté et par une prévalence des problèmes de santé mentale supérieure de 20 % chez les aidants familiaux à ce qu'elle est chez les non-aidants (graphique 5) ; pour les bénéficiaires des soins, qui préfèrent que des proches et des amis s'occupent d'eux ; et pour les finances publiques, car elle représente, pour l'État un coût très inférieur, pour un volume donné de soins, comparé au secteur formel. Les gouvernements peuvent ainsi épauler les aidants familiaux par :

- *Des prestations en espèces, bien qu'un tel dispositif, s'il est mal conçu, peut s'avérer contre-productif.* Les allocations d'aidant et les prestations en espèces versées aux bénéficiaires des soins, par exemple dans les pays nordiques et tous les pays anglophones, accroissent l'offre de prise en charge familiale, mais l'État subventionnera également maintes situations dans lesquelles l'aide aurait été prodiguée en l'absence de toute incitation financière. Les aidants risquent aussi de se trouver

piégés dans des fonctions peu rémunérées dans un secteur de l'économie largement parallèle, avec peu d'incitations à s'insérer sur le marché formel du travail.

- *Un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée* grâce à un élargissement et un assouplissement des possibilités d'aménagement du temps de travail, par exemple en matière de congé pour assistance de longue durée (graphique 6). Une augmentation de 1 % du nombre d'heures d'assistance entraîne une diminution d'environ 10 % du taux d'emploi des aidants. Les possibilités d'aménagement du temps de travail prévues au Royaume-Uni, en Australie et aux États-Unis atténuent le risque de voir prise en charge rimer avec réduction du temps de travail.
- *Des services de soutien* : soins-relais, formation, accompagnement psychologique. Ces services garantissent la qualité de la prise en charge tout en améliorant le bien-être des aidants. Il est possible de les mettre en place pour un coût relativement bas, y compris en s'appuyant sur l'apport généralisé et extrêmement précieux du secteur bénévole, comme le font certains pays.

Graphique 6. Le congé pour assistance de longue durée est moins fréquemment disponible que le congé parental



Source : *Besoin d'aide ?*

Les aidants et les personnes dont ils prennent soin forment des groupes hétérogènes ayant des besoins et attentes différentes. Il faut donc une certaine souplesse dans la conception des mesures de soutien. Il est en outre souhaitable d'assurer une coordination avec les systèmes formels de prise en charge de la dépendance. L'évaluation sur le rapport coût-efficacité des politiques de soutien des aidants est donc nécessaire.

Il est possible d'attirer davantage de travailleurs vers le secteur de la dépendance et de les fidéliser



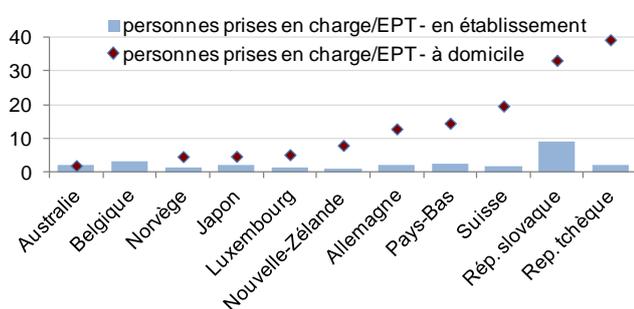
Solliciter excessivement les aidants familiaux n'est pas souhaitable, et de nombreux pays doivent ainsi renforcer leur secteur formel (à haute intensité en main d'œuvre) de prise en charge de la dépendance. Certains travailleurs tirent une grande satisfaction de leur activité dans ce secteur. Toutefois, la rémunération relativement faible et les conditions de travail difficiles en découragent bien d'autres. Le fort roulement et la faible fidélisation de la main-d'œuvre compromettent tant la disponibilité que la qualité des services offerts.

Le fort roulement et la faible fidélisation de la main-d'œuvre compromettent tant la disponibilité que la qualité des services offerts.

Qui sont les travailleurs du secteur de la dépendance ?

Cette main-d'œuvre est composée à 90 % de femmes, et est relativement âgée. Les qualifications requises sont souvent faibles – et ce plus encore à domicile. La part du personnel infirmier dans l'ensemble des effectifs oscille entre 16 % (Japon) et 85 % (Hongrie), mais est inférieure à 50 % dans la plupart des pays. Si les usagers sont assistés pour la plupart à domicile, la main-d'œuvre du secteur travaille majoritairement en établissement (graphique 7). Les effectifs varient d'un peu plus de 0.5 travailleur pour 100 personnes âgées de plus de 80 ans en République slovaque à plus de 3.5 en Norvège, en Suède et aux États-Unis.

Graphique 7. Le nombre de personnes prises en charge par Équivalence plein temps (EPT) est plus élevé à domicile



Source : *Besoin d'aide ?*

Si certains pays ont des difficultés à obtenir un effectif adéquat de travailleurs dans le secteur de la dépendance, ce défi reste au final un objectif

atteignable. Les gouvernements peuvent appliquer les stratégies suivantes :

- *Renforcer les efforts de recrutement en élargissant les sources et en sollicitant les aidants formels migrants.* Les mesures visant à étendre les sources existantes de recrutement et à en créer de nouvelles (parmi les jeunes en Norvège et au Royaume-Uni, parmi les chômeurs de longue durée au Japon et en Finlande) se sont toutefois soldées par des résultats mitigés. Les entrées de travailleurs du secteur de la dépendance migrants sont nombreuses ou en progression en Italie, Israël et aux États-Unis entre autres. Peu de pays, tel que l'Australie et le Canada, offrent des permis de travail spécifique pour les travailleurs du secteur des soins de longue durée; davantage de pays devraient envisager de le faire.
- *Fidéliser.* Le roulement élevé des effectifs est un phénomène coûteux : le coût de ce dernier était estimé à 2 500 USD par poste vacant aux États-Unis. Valoriser les aidants formels en améliorant les conditions de rémunération et de travail aura des retombées immédiatement positives si le personnel est incité à rester. Il semble bien que les mesures prises par exemple en Allemagne, aux Pays-Bas, en Suède et en Norvège pour revaloriser l'aide et les soins de longue durée aient produit des résultats favorables.
- *Rechercher des moyens d'accroître la productivité du personnel.* Les principales mesures prises vont de la réorganisation des tâches (Pays-Bas, par exemple) à la délégation au personnel infirmier auxiliaire de fonctions qui étaient auparavant du ressort des infirmiers et infirmières (États-Unis par exemple), en passant par l'utilisation des TIC pour alléger la charge de travail indirecte (Finlande et États-Unis par exemple). Toutefois, les données concernant l'amélioration de la productivité sur les marchés du travail du secteur de la dépendance demeurent rares.

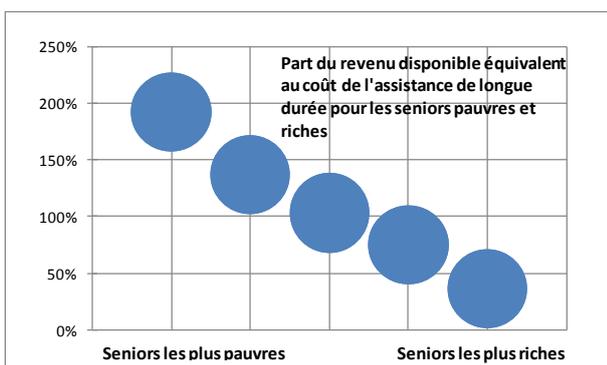
Il importera, sur le long terme, d'améliorer la qualité des emplois. Fort roulement, difficiles conditions de travail et faible rémunération sont des stratégies sans issue qui peuvent engendrer une insuffisance d'offre de main-d'œuvre dans le secteur. Cependant, la professionnalisation pourrait rigidifier un secteur relativement ouvert et considéré comme très souple par les travailleurs. Les mesures requises à cette fin exigent elles aussi un investissement en ressources qui ne se justifie que si la productivité s'améliore.

Un ensemble de mesures destinées à obtenir un équilibre entre disponibilité de l'aide et des soins et viabilité financière

La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place des dispositifs, financés par la collectivité, de prise en charge des dépenses concernant l'aide à la personne et les soins infirmiers. Un tiers propose une couverture universelle dans le cadre soit d'un système de services d'assistance aux personnes financés par l'impôt (pays nordiques), soit de dispositifs distinct d'assurance sociale (Allemagne, Japon, Corée, Pays-Bas, Luxembourg), ou encore en intégrant l'essentiel de la couverture de la dépendance au système de santé (Belgique). S'ils ne possèdent pas de dispositif distinct pour la dépendance, plusieurs pays ont instauré des prestations universelles pour l'aide à la personne, qui sont fournies soit en espèces (Autriche, France, Italie), soit en nature (Australie, Nouvelle-Zélande). Enfin, deux pays, à savoir le Royaume-Uni (hors Écosse, qui possède un dispositif universel) et les États-Unis, sont dotés d'un système d'aide sous condition de ressources faisant office de filet de sécurité pour les dépenses relatives à la dépendance.

L'assurance dépendance privée pourrait jouer un rôle dans certains pays mais, faute d'être rendue obligatoire, elle continuera probablement de ne représenter qu'un marché restreint. Aux États-Unis et en France, qui sont les plus gros marchés de la zone OCDE, l'équivalent de 5 % et 15 % respectivement des plus de 40 ans ont souscrit une police dépendance.

Graphique 8. Le coût engendré par les besoins lourds d'assistance de longue durée représente une part importante du revenu de la plupart des seniors



Source : *Besoin d'aide ?*

La couverture universelle des prestations dépendance est un objectif souhaitable du point de vue de l'accès à l'aide et aux soins de longue durée. Comme on ignore *si, quand et pour combien de temps* une personne donnée en aura besoin, il

semble plus efficace de mutualiser les risques financiers liés à cette prise en charge que de compter uniquement sur les versements directs privés. Le coût de l'aide et des services liés à la dépendance peut sinon rapidement devenir inabordable : le montant des dépenses afférentes peut représenter jusqu'à 60 % du revenu disponible des seniors dépendants se situant dans les quatre quintiles inférieurs de l'échelle des revenus (graphique 8).

Toutefois, afin de contrôler les dépenses, il conviendra de :

- *Mettre en œuvre un universalisme ciblé, c'est-à-dire orienter les prestations dépendance universelles vers ceux qui ont les besoins les plus forts*, au moyen par exemple de politiques de mutualisation des coûts et d'une définition plus fine des niveaux de besoins déclenchant l'octroi des droits et des services. Même les dispositifs universels de couverture de la dépendance peuvent comporter des critères d'évaluation plus stricts, comme on le constate en Corée et en Allemagne, à la différence par exemple du Japon. Tous les pays prévoient une participation de l'utilisateur aux frais, même si son ampleur varie d'un forfait en Corée égal à 11 % des frais à une part plafonnée du revenu disponible en Suède. Il est souhaitable, par souci d'efficacité et de qualité, de conserver une certaine marge d'ajustement des prestations servies en fonction de l'évolution des besoins.
- *Réfléchir à des politiques de financement plus soucieuses de l'avenir*, ce qui suppose de mieux répartir l'effort de financement entre les générations, d'élargir la palette des sources de financement au-delà des prélèvements sur la masse salariale, et d'introduire des éléments de préfinancement. Japon, Pays-Bas, Belgique et Luxembourg complètent le produit des cotisations salariales par d'autres recettes. En Allemagne, les retraités comme les actifs doivent verser une cotisation dépendance à une caisse d'assurance sociale. Des dispositifs innovants de cotisation volontaire comportant une adhésion automatique avec clause de retrait existent à Singapour et sont en cours de mise en œuvre aux États-Unis.
- *Faciliter l'apparition d'instruments financiers* pour assumer, en particulier, les frais d'hébergement en établissement médicalisé de long séjour. Ces frais peuvent représenter le double ou le triple du coût global des services d'aide à la personne et de soins infirmiers. Posséder son logement peut aider les personnes dépendantes à trouver des ressources pour fi-

nancer ces frais, au moyen par exemple de prêts hypothécaires et de systèmes d'achat d'obligations ou d'actions de la structure d'hébergement (Australie, Irlande), de mesures publiques visant à différer le paiement du séjour (États-Unis, Royaume-Uni), et de produits du secteur privé tels que le prêt viager hypothécaire et les dispositifs associant assurance vie et assurance dépendance.

Face à la hausse des coûts, chercher à optimiser le rapport coût-efficacité des soins liés à la dépendance doit constituer une priorité

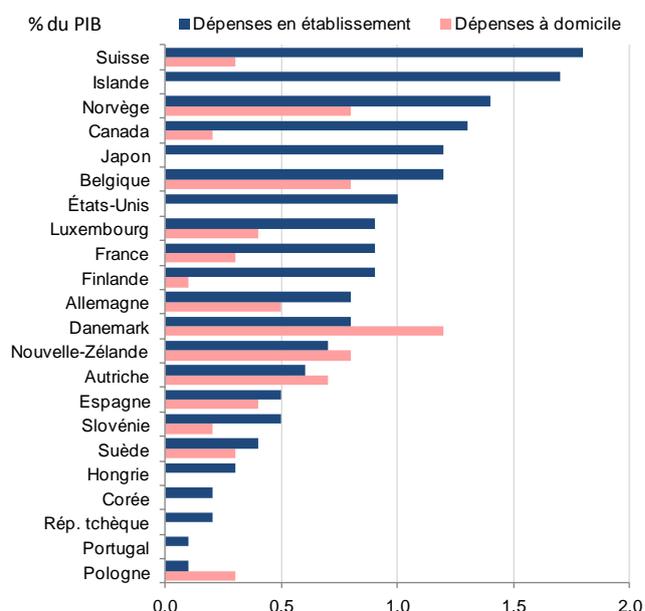
On n'accorde pas assez d'attention à l'optimisation de l'emploi des ressources. Il est notamment possible d'agir à cet égard de la manière suivante :

- *Encourager la prise en charge à domicile et de proximité.* Cette solution est souhaitable pour l'utilisateur et engendre des dépenses inférieures (graphique 9), mais des questions demeurent quant à l'adéquation ou la rentabilité des soins à domicile pour les personnes lourdement dépendantes qui ont besoin de soins et d'une surveillance 24 heures sur 24, et pour celles qui habitent dans des lieux reculés peu équipés en soutien à domicile.
- *Améliorer la productivité des services liés à la dépendance.* Les initiatives consistant à lier la rémunération à la performance sont peu nombreuses, et seul le programme Medicaid aux États-Unis en offre quelques exemples. La Suède, le Danemark et la Finlande ont adopté un système de chèques-services qui permet aux usagers de choisir librement entre des prestataires agréés concurrents. Les marchés soumis à la concurrence portent en germe la possibilité d'améliorer l'efficacité de la prestation des services, même si l'on recense peu de tentatives d'évaluation de l'impact sur la productivité. On a pu observer une corrélation positive entre l'application des TIC, la satisfaction dans l'emploi et la productivité en Australie et en Finlande.
- *Encourager un vieillissement en bonne santé.* La manière la plus évidente de diminuer les dépenses de prise en charge de la dépendance consisterait à atténuer le besoin d'assistance de ce type en incitant chacun à se préoccuper de sa santé tout au long de sa vie. En 2006, les autorités japonaises ont instauré une prestation dépendance fondée sur le soutien de proximité et axée sur la prévention à l'intention des personnes âgées peu dépen-

dantes. En 2008, l'Allemagne a instauré un système d'incitations financières fondé sur le principe « de la carotte et du bâton », qui tient compte des résultats obtenus par les caisses-maladie dans la réadaptation des personnes dépendantes et la gestion de leur passage d'un établissement médicalisé à une structure assurant un niveau de prise en charge moins élevé.

- *Favoriser une utilisation adéquate des diverses structures de soins de santé et de prise en charge de longue durée,* ainsi que la coordination des soins, par exemple en organisant une offre adaptée de services en dehors des hôpitaux, en modifiant les systèmes de paiement et les filières de soins de façon à orienter le bénéficiaire de services liés à la dépendance vers des structures appropriées, et en répartissant les responsabilités de coordination de manière à mieux guider les usagers tout au long du processus de prise en charge.
- *S'occuper de l'efficacité institutionnelle,* par exemple en créant des plateformes d'information efficaces à l'intention des usagers et des prestataires de services liés à la dépendance, en élaborant des lignes directrices pour guider la prise de décision à l'échelon local, en recourant à des processus de planification de la prise en charge et en échangeant des données entre les différentes administrations.

Graphique 9. Les dépenses de prise en charge de la dépendance sont plus élevées en établissement qu'à domicile



Source : *Besoin d'aide ?*

Le saviez-vous ?

Chiffres clés relatifs à la prise en charge de la dépendance dans les pays de l'OCDE

- La part des plus de 80 ans passera de 4 % en 2010 à près de 10 % en 2050, et culminera au Japon (environ 17 %) et en Allemagne (environ 15 %).
- Plus d'un adulte sur dix s'occupe d'une personne fragilisée. Les ratios les plus élevés sont observés en Italie et en Espagne. Deux tiers des aidants non professionnels de plus de 50 ans sont des femmes. La plupart assurent moins de 10 heures hebdomadaires d'aide et de soins, et ne sont pas rétribués.
- Par rapport aux non-aidants, les aidants familiaux présentent une probabilité 50 % plus élevée d'être au foyer et de travailler deux heures de moins par semaine, et 20 % plus élevée de rencontrer des problèmes de santé mentale.
- La moitié des usagers de services de prise en charge de la dépendance ont plus de 80 ans, et 61 % sont des femmes ; 70 % sont pris en charge à domicile, mais les dépenses de soins de longue durée en établissement représentent 62 % de l'ensemble des dépenses de cette nature.
- Sur dix travailleurs du secteur de la dépendance, neuf sont des femmes. C'est en Suède et en Norvège que l'on observe la plus forte densité de travailleurs de ce secteur (plus de 40 pour 100 personnes âgées de plus de 80 ans).
- Les travailleurs du secteur de la dépendance (personnel infirmier et auxiliaires de vie) représentent 1.5 % environ de la population d'âge actif. La demande de main-d'œuvre de ce secteur devrait au moins doubler d'ici 2050.
- Au sein de la zone OCDE, en moyenne, les dépenses publiques 2008 de prise en charge de la dépendance ont représenté 1.2 % du PIB, et les dépenses privées 0.3 %. Les dépenses publiques devraient au moins doubler, voire tripler, à l'horizon 2050.
- Dans la zone OCDE, l'assurance dépendance privée représente en moyenne moins de 2 % de l'ensemble des dépenses consacrées à la dépendance. Les marchés les plus importants (en termes de population couverte) sont les États-Unis et la France.
- Entre 1994 et 2008, la durée moyenne du séjour en soins intensifs des patients atteints de troubles démentiels et de la maladie d'Alzheimer a diminué de 23 jours en moyenne dans la zone OCDE, ce qui montre qu'il est possible de dispenser des soins mieux adaptés pour un coût moindre.

Pour en savoir plus

Colombo, F. et al. (2011), *Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance*, Paris, OCDE, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264097759-en>

OCDE (2011), *Panorama de la santé 2011*, Paris, Éditions de l'OCDE.

OCDE (2011), *Assurer le bien-être des familles*, Paris, Éditions de l'OCDE.

Contact : Francesca Colombo

francesca.colombo@oecd.org

+ 33 (0)1 45 24 93 60

Besoin d'aide ? La prestation de services et le financement de la dépendance



Éditions de l'OCDE
ISBN 9789264097773
(papier)
ISBN: 9789264097766
(livre électronique)
366 p.
Date de publication :
Juin 2011