

Vieillesse et santé

Bibliographie thématique

Mise à jour : Janvier 2020

Centre de documentation de l'Irdes

Synthèses & Bibliographies

Véronique Suhard

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document
accepté

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/vieillesse-et-sante.pdf>

Sommaire

<i>Aspects démographiques</i>	4
<i>Etat de santé</i>	17
1-TRAVAUX DES CHERCHEURS DE L' IRDES	17
2. ÉTUDES FRANÇAISES	33
3. EN EUROPE /A L'ÉTRANGER	55
<i>Dépenses de santé</i>	67
1-ETUDES IRDES	67
2-ETUDES FRANÇAISES	74
3-EN EUROPE, À L'ÉTRANGER	99
<i>Prestations d'aide et de soins</i>	123
PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE	123
En France	123
À l'étranger	168
AIDANTS INFORMELS	178
En France	178
En Europe à l'étranger	200
<i>Quelques sites sur la problématique du vieillissement</i>	208
<i>Quelques revues spécialisées</i>	208
<i>Quelques grandes enquêtes sur le vieillissement</i>	209
EN FRANCE	209
EN ANGLETERRE	209
AUX ÉTATS-UNIS	210
EN EUROPE	210

JAPON	210
MAIS AUSSI....	210

Aspects démographiques

Athari, E., Papon S., Robert-Bobée, I. (2019). Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers. In : France, portrait social. Edition 2019. Paris : Insee : 11-26
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437?sommaire=4238781>

(2019). Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU. 2019 edition. Statistical books. Luxembourg Publications Office of the European Union
<https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-statistical-books/-/KS-02-19-681>

This publication provides a broad range of statistics that describe the everyday lives of the European Union's (EU) older generations. Figures covering the total population do not always reveal the full and sometimes complex picture of what is happening at a more detailed level within society. Looking at various socioeconomic statistics by age promotes a better understanding of intergenerational differences and also allows us to draw a detailed picture of the daily lives of older people across the EU. Population ageing is a phenomenon that affects almost every developed country in the world, with both the number and proportion of older people growing across the globe. This transformation is likely to have a considerable impact on most aspects of society and the economy, including housing, healthcare and social protection, labour markets, the demand for goods and services, macroeconomic and fiscal sustainability, family structures and intergenerational ties.

Bellamy, V. et Beaumel, C. (2018). "Bilan démographique 2017." Insee Première(1683)
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/3305173/ip1683.pdf>

Au 1er janvier 2018, la France compte 67,2 millions d'habitants. Au cours de l'année 2017, la population a augmenté de 233 000 personnes, soit une hausse de 0,3 %. Comme les années précédentes, cette progression est principalement due au solde naturel, différence entre les nombres de naissances et de décès, bien que ce solde soit historiquement bas. En 2017, 767 000 bébés sont nés en France, soit 17 000 de moins qu'en 2016. Il s'agit de la troisième année consécutive de baisse. L'indicateur conjoncturel de fécondité est également en recul pour la troisième année et s'établit à 1,88 enfant par femme en 2017 (contre 1,92 en 2016). Il reste néanmoins le plus élevé d'Europe. En 2017, 603 000 personnes sont décédées, soit 9 000 de plus qu'en 2016. L'espérance de vie à la naissance reste stable pour les femmes et progresse pour les hommes. Elle s'établit à 85,3 ans pour les femmes et 79,5 ans pour les hommes. L'écart entre les femmes et les hommes continue donc de se réduire. En 2017, 228 000

mariages ont été célébrés, dont 7 000 entre personnes de même sexe. Le nombre de Pacs continue d'augmenter en 2016 et atteint 192 000.

Blanpain, N. (2018). De 2,8 millions de seniors en 1970 en France à 21,9 millions en 2070 ? In : France, portrait social. Edition 2019. Paris : Insee : 11-24

Bras, P. L. d. (2018). "Évolutions et perspectives des retraites en France : rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites - Juin 2018". Paris Conseil d'orientation des retraites <http://www.cor-retraites.fr/article519.html>

Le rapport annuel 2018 du COR, Évolutions et perspectives des retraites en France, s'inscrit dans le cadre du processus de suivi et de pilotage du système de retraite français mis en place par la loi retraite du 20 janvier 2014. Pour cette cinquième édition du rapport annuel du COR, il a été procédé à une actualisation des projections à court, moyen et long terme du système de retraite. Le présent rapport est organisé en deux parties. La première partie (le contexte) présente le cadrage démographique et économique qui détermine en partie les évolutions des indicateurs de suivi et de pilotage. La deuxième partie (les résultats) décrit les évolutions du système de retraite au regard de ses principaux objectifs, à l'aune des indicateurs de suivi et de pilotage identifiés comme tels par le COR.

De Lapasse, B. (2018). "Le vieillissement de la population et ses enjeux. Fiche d'analyse de l'Observatoire des territoires 2017", Paris : CGET

Phénomène mondial, le vieillissement des populations touche aussi bien des pays développés comme le Japon que des pays émergents comme la Chine. En Europe, il a d'abord concerné les pays du Nord avant de s'étendre à ceux du Sud. Cette augmentation de la part de personnes âgées dans la population européenne (13,7 % des personnes avaient 65 ans et plus en 1990, 19,2 % en 2016 dans l'UE 28) est la dernière conséquence de la transition démographique, qui se traduit par la baisse de la fécondité et l'augmentation de l'espérance de vie. La population française vieillit elle aussi, mais à un rythme légèrement moins rapide. La part des personnes âgées de 65 ans ou plus y est passée de 13,9 % en 1990 à 18,8 % en 2016. Ce vieillissement affecte toutefois différemment les territoires français. Les territoires peu denses accueillent une forte proportion de populations âgées mais ne vieilliront plus. L'enjeu principal sera le problème de l'isolement. Le périurbain des années 1970 est jeune et va connaître au moins ponctuellement un vieillissement marqué. Un des enjeux majeurs y sera l'accessibilité aux services. Enfin, le littoral méditerranéen cumule les trois facteurs à considérer : une population déjà vieille, une population qui va continuer à vieillir et, du fait d'un territoire attractif, une forte augmentation du nombre de personnes âgées.

L'enjeu sera d'adapter les capacités des structures de prise en charge de la perte d'autonomie pour qu'elles accompagnent cette importante augmentation.

Insee (2018). "La situation démographique en 2016." Insee Résultats : Société
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3552423>

La situation démographique en 2016 permet de cerner en détail la situation actuelle et les évolutions de la population. Cette édition contient des données au niveau de la France métropolitaine mais également au niveau de la France entière (métropole et départements d'outre-mer). De nombreux tableaux au niveau départemental sont également disponibles sur le site de l'Insee.

Conseil d'Orientation des Retraites(2017). Projections démographiques. Dossier du 25 janvier 2017 Paris : COR
<http://www.cor-retraites.fr/article480.html>

L'INSEE réalise tous les cinq ans environ des projections démographiques pour la France, sur lesquelles le COR s'appuie pour réaliser ses projections financières à long terme du système de retraite. L'INSEE vient de publier fin octobre 2016 de nouvelles projections à l'horizon 2070, auxquelles la première partie du présent dossier est consacrée. Si l'espérance de vie continue de progresser, qu'en est-il de l'espérance de vie sans incapacité, et plus particulièrement à la retraite ? La deuxième partie du dossier aborde cette problématique. La troisième partie, consacrée à l'influence des conditions de carrière professionnelle sur l'état de santé des retraités, complète le dossier de la séance du COR du 23 novembre 2016 consacrée aux liens entre santé et départ à la retraite. Les projections démographiques de l'INSEE seront suivies, dans les premiers mois de l'année 2017, par des projections de population active prenant en compte, outre la démographie, les taux d'activité projetés pour chaque tranche d'âge. Les projections du COR en vue du rapport annuel de juin 2017 et du rapport thématique de septembre 2017 s'appuieront sur ces projections.

Blanpain, N. et Buisson, G. (2016). "Projections de population à l'horizon 2070. Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013." Insee Première(1619)
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>

Si les tendances démographiques récentes se poursuivaient, la France compterait 76,5 millions d'habitants au 1er janvier 2070. Par rapport à 2013, la population augmenterait donc de 10,7 millions d'habitants, essentiellement des personnes de 65 ans ou plus (+ 10,4 millions). En particulier, la population âgée de 75 ans ou plus serait deux fois plus nombreuse en 2070 qu'en 2013 (+ 7,8 millions). Jusqu'en 2040, la proportion de personnes âgées de 65 ans ou plus progressera fortement, quelles que soient les hypothèses retenues sur l'évolution de la fécondité, des migrations ou de l'espérance de

vie : à cette date, environ un habitant sur quatre aura 65 ans ou plus (contre 18 % en 2013). Cette forte hausse correspond à l'arrivée dans cette classe d'âge de toutes les générations du baby-boom. L'évolution serait ensuite plus modérée : selon les hypothèses, 25 % à 34 % de la population dépasserait cet âge en 2070. Le nombre d'habitants à l'horizon 2070 dépend des hypothèses, surtout celles retenues sur la fécondité et les migrations. En revanche, la structure de la population par âge à cette date dépend peu des hypothèses. En 2070, la France compterait plus d'une personne âgée de 65 ans ou plus pour deux personnes âgées de 20 à 64 ans.

Blanpain, N. et Buisson, G. (2016). "21 000 centenaires en 2016 en France, 270 000 en 2070 ?" *Insee Première*(1620)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496218>

Au 1er janvier 2016, 21 000 centenaires vivent en France : c'est près de vingt fois plus qu'en 1970. Cinq centenaires sur six sont des femmes et parmi les « supercentenaires », c'est-à-dire les personnes de 110 ans ou plus, il n'y a quasiment que des femmes. Près d'un centenaire sur deux vit à domicile, qu'il soit seul, en couple, ou avec une autre personne que son conjoint. Les hommes centenaires, plus souvent en couple, sont plus fréquemment à leur domicile que les femmes. En 2070, neuf femmes sur dix et huit hommes sur dix nés en 1990 deviendraient octogénaires, tandis que 13 % des femmes et 5 % des hommes nés en 1970 atteindraient leur centième anniversaire. Si les tendances actuelles se prolongent, la France pourrait compter à cette date 270 000 centenaires, soit treize fois plus qu'aujourd'hui.

Mazuy, M., et al. (2016). "L'évolution démographique en France : baisse de la fécondité, augmentation de la mortalité." *Population* **71**(3): 423-486

Au premier janvier 2016, la France comptait 66,6 millions d'habitants (dont 64,5 millions en France métropolitaine), soit un accroissement annuel de 3,7 ‰. La fécondité est passée de 1,98 enfant par femme à 1,93. Cette baisse est observée notamment chez les femmes jeunes. Le flux de titres de séjour délivrés, proche de 200 000 pour l'année 2014, est en légère augmentation, représentant 0,3 % de la population. Plus de la moitié des titres délivrés concernent des femmes. Le nombre de mariages (pour les couples de sexe différent et pour les couples de même sexe) est en légère baisse. Les officialisations d'union sont plus fréquemment des pacs pour les couples de sexe différent et plus fréquemment des mariages pour les couples de même sexe. Le nombre de divorces diminue, tout comme l'indice conjoncturel de divortialité ; moins d'enfants mineurs sont concernés par un divorce. Le nombre de décès en 2015 a augmenté par rapport à 2014, notamment du fait d'une mortalité saisonnière plus importante. En raison de ce pic de mortalité, l'espérance de vie a reculé de manière significative : 0,3 an pour les hommes et de 0,4 an pour les femmes.

(2015). La répartition démographique des retraités sur le territoire national. Paris COR
<http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-2700.pdf>

Ce document décrit où vivent les retraités sur le territoire national (France entière y compris DOM), en exploitant les données publiées par l'INSEE, issues principalement du recensement de la population, selon différents découpages géographiques : par région, département ou catégories de communes (communes rurales et communes urbaines par exemple). Sont présentées successivement : - la part des retraités dans la population en 2011 (partie 1) ; - la composition de la population retraitée par sexe et âge en 2011, en lien avec l'espérance de vie des femmes et des hommes à 60 ans (partie 2) ; - l'évolution entre 1968 et 2040 de la part des personnes âgées de 60 ans et plus dans la population (partie 3) ; - les migrations interrégionales et interdépartementales des personnes âgées de 60 ans et plus et des retraités entre 2003 et 2008 (partie 4).

Beaumel, C. et Bellamy, V. (2015). "Statistiques d'état civil sur les décès en 2014." Insee Résultats : Société(172)
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1406302>

En 2014, 559 300 personnes sont décédées en France, soit 11 000 de moins que les deux années précédentes. Le nombre de décès d'hommes est plus élevé que celui des femmes jusque vers 80 ans. Entre 20 et 29 ans, les décès concernent trois fois plus souvent les hommes que les femmes. Les décès des nouveau-nés ont été divisés par treize depuis 1950. L'allongement de la vie est net : en 1950, 32 % des décès survenaient avant 60 ans, contre 12 % aujourd'hui.

(2014). World population Ageing 2013. New York ONU
<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>

In addition to the core demographic aspects of population ageing, the present edition of World Population Ageing introduces new sections and information on trends in the economic support ratio, the demographic dividend, independent living among older persons, international differences in the main causes of deaths among older persons, in health expenditures, intergenerational transfers, the sources of financial support in old age, and the prevalence of poverty among older people in different regions of the world.

Bellamy, V. (2014). "569 200 personnes décédées en France en 2013. Le nombre de décès de nouveau très élevé." Insee Focus(13):
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1379710>

En 2013, 569 200 personnes sont décédées en France. Ce niveau, le plus haut depuis 30 ans, s'explique par la structure de la population : les générations aux âges de forte mortalité sont un peu plus nombreuses que par le passé. Les décès sont les plus nombreux à 87 ans pour les hommes et 92 ans pour les femmes. La moitié des défunts sont morts dans leur département de naissance et 60 % dans leur région de naissance. Une personne sur deux décède par ailleurs dans sa commune de résidence. 70 % des décès surviennent en établissement de santé ou maison de retraite et 25 % au domicile du défunt (résumé d'auteur).

Rallu, J. L. (2014). Projections of Ageing Migrant populations in France: 2008-2028. Document de travail; 204
<https://www.ined.fr/fr/publications/document-travail/projections-ageing-migrant-populations-france-2008-2028>

As migrant populations are ageing, migration is becoming less a factor of demographic rejuvenation than in the past. Ageing migrant projections provide data for social and health services that will have to serve linguistically and culturally diverse populations. Although migrants tend to return less than they planned, return migration is the main component of old age migration, but migrants will engage more and more in back and forth moves in the future, due to easier and cheaper travel. Old age immigration is also significant, mostly for females: late family reunification, zero generation (migrants' parents coming to help in child care), etc. These flows will tend to rebalance the sex ratios of migrants - who were mostly males - from labour sending countries. However, the main determinant of migrant ageing is the shape of their age pyramids that vary according to origin, following migration history: pre- and post-independence migration, economic booms and crisis. Migration policies, like the closed border policy following the first oil shock in 1974 and subsequent family reunification will also impact on trends in migrant ageing.

(2013). "Vieillesse et espaces ruraux." Gérontologie Et Société(146)
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Le vieillissement en milieu rural est un objet d'observation et de publication relativement rare au cours des vingt dernières années. Pourtant, les évolutions sont nombreuses dans ces territoires au niveau géographique, démographique et socio-économique. Coordonné par Catherine Gucher, ce numéro de Gérontologie et Société fait le point sur ces évolutions. Ainsi, l'homogénéité de ce que l'on nomme la ruralité, traditionnellement structurée par une culture agricole, a disparu au profit d'une pluralité d'espaces et d'une hétérogénéité des caractéristiques de ses habitants vieillissants. Les modes d'habiter et de vieillir évoqués dans ce numéro témoignent d'une multiplicité de relations d'aide et de solidarités en fonction des parcours de vie et des trajectoires résidentielles. L'offre de services s'adapte à ce nouveau paysage : la

MSA reste un acteur incontournable, avec son action sociale en direction des retraités du régime agricole, mais d'autres acteurs viennent également se positionner à ses côtés dans une perspective de développement des territoires. Demeure un point noir, l'accès aux soins, qui pose avec acuité la question de l'égalité de traitement dans les territoires. Autre constat, les politiques publiques tardent à exploiter à sa juste mesure le potentiel économique des espaces ruraux. (4e de couv.).

Blanchet, D. et Le Gallo, F. (2013). "Baby-boom et allongement de la durée de vie : quelles contributions au vieillissement ?" *Inslee Analyses* (12)
<http://www.insee.fr/fr/ffc/iana/iana12/iana12.pdf>

Identifier les composantes du vieillissement démographique aide à mieux en saisir les conséquences et les façons de s'y adapter. Le maintien d'une fécondité relativement élevée et un flux migratoire de l'ordre de 100 000 entrées annuelles devraient suffire à préserver, à horizon prévisible, la France d'un processus de vieillissement « par le bas », celui qui découlerait d'une baisse de la population d'âge actif. Le vieillissement se fait donc « par le haut », c'est-à-dire par une croissance du nombre de plus de 60 ans. Cette croissance tient à deux facteurs : l'allongement de la durée de vie et l'arrivée aux âges élevés des générations nombreuses du baby-boom. On peut isoler l'effet du premier facteur en reconstituant la trajectoire d'une population fictive sans migrations ni fluctuations annuelles du nombre de naissances mais qui aurait été et serait à l'avenir soumise aux variations constatées ou anticipées de la mortalité. Une telle population aurait déjà connu un vieillissement marqué tout au long des cinquante dernières années et elle aurait dû en gérer progressivement les conséquences. L'effet du baby-boom se superpose à ce mouvement tendanciel. Il s'agit d'un effet « en V ». Les baby-boomers ont d'abord retardé le vieillissement en venant gonfler les tranches d'âge actives. Leur arrivée progressive aux tranches d'âge élevées le fait réaccélérer de 2006 à 2035. Il ralentira ensuite à nouveau, à partir de 2035-2040.

Blanpain, N. et Lincot, L. (2013). "15 millions de grands-parents." *Insee Première*(1469)
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281390>

En 2011, 8,9 millions de grand-mères et 6,2 millions de grands-pères, soit 15,1 millions de grands-parents vivent en France métropolitaine. Parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus, une sur cinq n'est pas devenue grands-parents, soit parce qu'elle n'a pas eu d'enfant (14 %), soit parce que ses enfants n'en ont pas eu (6 %). Les personnes qui ont eu plusieurs enfants sont toutefois pratiquement assurées d'être grands-parents. Les femmes deviennent grand-mères à 54 ans en moyenne et les hommes grands-pères à 56 ans. Après 75 ans les grands-parents ont en moyenne 5,2 petits-enfants. Le Nord - Pas-de-Calais et la Lorraine sont les régions qui comptent le plus de grands-parents parmi les 75 ans ou plus (85 %), tandis que l'Île-de-France est celle qui en compte le moins (75 %). Plus on a de frères et sœurs, plus on a d'enfants puis de petits-enfants.

Enfin, les petits-enfants connaissent plus souvent leurs grand-mères que leurs grands-pères, et plus souvent leurs grands-parents maternels que paternels (résumé d'auteur).

Cambois, E., et al. (2013). "Démographie et état de santé des personnes âgées." Actualité Et Dossier En Santé Publique(85): 12-29.

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=142>

En France, 15 millions de personnes sont âgées de plus de 60 ans. Avec l'allongement de l'espérance de vie, faire en sorte que les années de vie gagnées soient le plus longtemps possible sans incapacité est un enjeu de santé publique.

Lecroart, A., et al. (2013). "Projection des populations âgées dépendantes : deux méthodes d'estimation." Dossiers Solidarité Et Santé (Drees) (43)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/projection-des-populations-agees-dependantes-deux-methodes-d-estimation>

Début 2012, 1,2 million de personnes âgées sont dépendantes, en référence aux degrés de perte d'autonomie (GIR 1 à 4) définis pour accéder à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). De nombreuses incertitudes demeurent cependant sur l'évolution future de la dépendance. Deux méthodes de projection des personnes âgées dépendantes sont utilisées dans ce dossier. La juxtaposition des deux articles montre que les hypothèses de projection, comme les méthodes retenues, sont cruciales. Néanmoins le principal fait marquant, commun à ces deux exercices, est l'arrivée des générations du baby-boom à l'âge de 80 ans à partir de 2030.

Robine, J. M. et Cambois, E. (2013). "Les espérances de vie en bonne santé des Européens." Population Et Sociétés(499)

http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1639/publi_pdf1_population_societes_2013_499_esp_erances_vie.pdf

Depuis 2005 Eurostat calcule chaque année l'espérance de vie sans limitation d'activité sous le nom d'« années de vie en bonne santé ». Si l'espérance de vie à 65 ans s'est allongée d'un an dans l'Union européenne entre 2005 et 2010, le temps vécu en mauvaise santé perçue a diminué (de 0,5 à 1,1 an selon le sexe), et ce en dépit de l'augmentation des années de vie s'accompagnant de maladies chroniques (de 1,6 à 1,3 an selon le sexe), le temps vécu sans limitation d'activité restant inchangé. Ce paradoxe peut s'expliquer en partie par un repérage plus systématique et par une meilleure prise en charge des problèmes de santé, dont la fréquence a pu augmenter sans pour autant que les déclarations de limitations d'activité ou la perception négative de sa santé aient augmenté (résumé de l'éditeur).

Desplanques, G. (2012). "Vieillesse démographique et territoires : les personnes âgées à travers la France, aujourd'hui et à 2040." *Territoires 2040*(5): 11-25.

Les personnes âgées composent une population très diverse, par l'âge et la santé, mais aussi par la situation familiale, les revenus et le patrimoine accumulé. Par leur nombre croissant, elles prendront de plus en plus de place en tant qu'acteurs dans la vie locale ou consommateurs et usagers. Comparées à leurs aînés, les personnes âgées de demain, surtout les plus jeunes d'entre elles, seront moins souvent d'origine rurale. Mais beaucoup gardent un attachement à des communes où elles ont souvent passé des vacances en famille, même sans y vivre en permanence. Les données de recensement, qui ignorent pour l'instant la double résidence, sous-estiment probablement l'occupation de ces territoires ruraux par des jeunes retraités qui y trouvent là des occasions de s'investir fortement dans un cadre plus facile à maîtriser que la grande ville.

Cagiano De Azevedo, R., et al. (2011). "Vieillesse et déviesse : un débat européen." *Gérontologie Et Société*(139): 37-47.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Le vieillesse démographique est un phénomène qui se manifeste dans tous les pays développés et qui émerge dans les pays du sud. Il se mesure notamment par le changement de configuration de la pyramide des âges qui passe d'une pyramide conique à une pyramide en colonne et par l'évolution de l'âge médian, qui sépare en deux parts égales la population d'un pays ou de toute autre entité. En Italie, par exemple, l'âge médian est passé de 28 ans en 1951 à 41 ans aujourd'hui : on est donc "jeune" jusqu'à 41 ans, ce que l'on peut définir par le déviesse. Paradoxalement, l'âge de la retraite est resté à peu près inchangé, parfois même avec un départ précoce, entre 60 et 65 ans, raccourcissant ainsi l'âge adulte à une période allant de 40 à 65 ans. Dans le même temps être centenaire est devenu fréquent et l'ensemble de l'état-providence se trouve confronté à une population jeune qui vieillit et à une population âgée qui va rajeunir car elle est plus jeune à 70 ans en 2011 qu'il y a 20 ans. Il s'agit là d'un changement radical en deux générations, qui va s'étendre à toutes les populations du monde dans les prochaines décennies. (R.A.).

Charpin, J. M. et Tlili, C. (2011). Perspectives démographiques et financières de la dépendance : rapport du Groupe 2. Paris MSSPS

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000333.pdf>

Ce rapport est issu des réflexions du groupe de travail « Société et vieillesse », constitué dans le cadre du débat national sur la dépendance par lettre de mission de Madame la ministre des solidarités et de la cohésion sociale. Il aborde la problématique

sous l'angle démographique et financier et tente d'élaborer des projections d'évolution à l'horizon 2030 et 2060.

Robine, J. M. et Jeandel, C. c. (2011). Démographie et santé du grand âge. Livre blanc de la gériatrie française : gériatrie 2011., Paris : ESV Production

Ce chapitre considère la question de la démographie du grand âge en France en la replaçant dans un contexte démographique général, tout en la comparant chaque fois que possible à la situation en Allemagne. Il présente tout d'abord la pyramide des âges, constate le flou concernant la connaissance de l'état de santé des très âgés en passant par les rapports entre les générations, l'augmentation du nombre des très âgés, les travailleurs dans le secteur de la dépendance (long term care) et l'incertitude des projections.

Sieurin, A., et al. (2011). Les espérances de vie sans incapacité en France: une tendance récente moins favorable que dans le passé. Document de travail ; 170. Paris INED
<https://www.ined.fr/fr/publications/document-travail/esperances-vie-incapacite-france/>

En 2008, l'espérance de vie (EV) des hommes et des femmes était respectivement de 78 ans et 84 ans. Devant l'allongement de l'espérance de vie, comprendre si les années de vie gagnées le sont en bonne santé est devenu un enjeu de santé publique afin de mieux planifier les besoins en matière de soins et d'assistance. C'est aussi dorénavant un enjeu économique et social avec les attentes grandissantes pour la participation sociale des plus âgés. Combien de ces années sont-elles vécues en bonne santé fonctionnelle ? Que peut-on dire des évolutions récentes ? Pour répondre à ces questions, cette étude présente les nouvelles estimations espérances de vie sans incapacité (EVS) en France.

Blanpain, N. (2010). "15 000 centenaires en 2010 en France, 200 000 en 2060 ?" Insee Première (1319)
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281153>

Au 1er janvier 2010, 15 000 centenaires vivent en France métropolitaine : c'est treize fois plus qu'en 1970. Neuf centenaires sur dix sont des femmes et parmi les personnes de 110 ans et plus, qu'on appelle les « supercentenaires », il n'y a quasiment que des femmes. Un centenaire sur deux vit à domicile, qu'il soit seul, en couple, ou avec une autre personne que son conjoint. La part des centenaires qui vivent en solo ou en couple s'accroît. Les hommes sont plus fréquemment à leur domicile que les femmes. Dans cinquante ans, la France pourrait compter 200 000 centenaires, soit treize fois plus qu'aujourd'hui. Si les conditions d'espérance de vie sont meilleures que prévu, ils pourraient être 380 000 en 2060, contre 120 000 dans le cas contraire.

Blanpain, N. et Chardon, O. (2010). "Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans." Insee Première(1320)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>

Si les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine comptera 73,6 millions d'habitants au 1er janvier 2060, soit 11,8 millions de plus qu'en 2007. Le nombre de personnes de plus de 60 ans augmentera, à lui seul, de plus de 10 millions. En 2060, une personne sur trois aura ainsi plus de 60 ans. Jusqu'en 2035, la proportion de personnes âgées de 60 ans ou plus progressera fortement, quelles que soient les hypothèses retenues sur l'évolution de la fécondité, des migrations ou de la mortalité. Cette forte augmentation est transitoire et correspond au passage à ces âges des générations du baby-boom. Après 2035, la part des 60 ans ou plus devrait continuer à croître, mais à un rythme plus sensible aux différentes hypothèses sur les évolutions démographiques.

Niel, X. et Beaumel, C. (2010). "Le nombre de décès augmente, l'espérance de vie aussi." Insee Première(1318)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281155>

Le nombre de décès augmente depuis 2006. Cette hausse résulte du vieillissement de la population vivant en France. En effet, les générations sont de tailles inégales et les plus anciennes deviennent plus nombreuses ; le nombre de décès et le taux global de mortalité augmentent logiquement. Cependant, pris séparément, les taux de mortalité à chaque âge baissent presque tous. La mortalité infantile fait exception : elle ne baisse plus depuis 2005 et augmente en 2009. Au classement des plus faibles taux de mortalité infantile, la France est ainsi passée du 5e rang européen en 1999 au 14e en 2008. L'espérance de vie augmente toutefois régulièrement et atteint 84,5 ans pour les femmes et 77,8 ans pour les hommes en France métropolitaine. Depuis le milieu des années 1980, les personnes âgées décèdent de plus en plus en maison de retraite. La saisonnalité des décès varie en fonction de l'âge : les personnes âgées décèdent davantage en hiver, les moins de 35 ans surtout en juillet et en août. Dans les départements d'outre-mer (DOM), la mortalité infantile est deux fois et demie plus élevée qu'en métropole. L'espérance de vie y est de deux années plus courte pour les femmes et d'une année pour les hommes.

De Rodat O., et al. (2008). Vieillesse des populations et état de santé dans les régions de France : Principales évolutions sociodémographiques ; Etat de santé et pathologies ; Aides et soins aux personnes âgées. Les études du réseau des ORS. Paris FNORS

<http://www.fnors.org/uploadedFiles/vieillessement.pdf>

Dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2006-2008 passée entre la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé et la Direction générale de

la santé, une exploitation des données disponibles concernant l'état de santé de personnes âgées de 75 ans ou plus a été effectuée. Cette démarche a pour objectif de mesurer la diversité des régions face au vieillissement de leur population et à l'état de santé des personnes âgées de 75 ans ou plus, à partir des différentes sources d'information disponibles. Ces données sont présentées en trois chapitres : les données sociodémographiques, principalement issues du recensement de la population de 1999 ; les indicateurs de santé : statistiques de causes médicales de décès (Inserm CépiDc), recours hospitaliers en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (Drees-PMSI) et statistiques d'admissions en affection de longue durée (Cnamts, CCMSA, RSI) ; les indicateurs « aides et soins » concernant les personnes âgées : aides à l'autonomie, soins de premier recours, équipements d'hébergement... Les pathologies retenues dans le chapitre « problèmes de santé » correspondent aux problèmes de santé les plus significatifs en matière de mortalité, d'affections de longue durée (pathologies cardiovasculaires, cancers, maladies de l'appareil respiratoire, démences, chutes) et de recours aux soins hospitaliers (cataractes). Ce n'est bien sûr qu'un aspect de la morbidité à cet âge, qui s'exprime principalement par une polypathologie et ses conséquences en termes d'incapacités et de désavantage social. Ce travail à visée descriptive met en évidence la grande diversité des situations observées au sein des régions. Il permet également d'explorer les corrélations entre les différentes données analysées, grâce à l'analyse multivariée. Dans ce domaine comme dans de nombreux autres domaines de l'observation sociale et sanitaire, des particularismes régionaux forts persistent. Mais les situations observées ne sont pas statiques, et ce rapport nous invite à revisiter les réalités territoriales avec un regard plus transversal.

Coudin, E. (2007). "Projections de population active à l'horizon 2050 : des actifs en nombre stable pour une population âgée toujours plus nombreuse." *Économie Et Statistique* (408-409): 113-136

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1377213?sommaire=1377217>

La révision à la hausse des estimations de population ainsi que les changements récents dans la législation des retraites amènent à s'interroger sur le niveau à venir des ressources en main-d'œuvre en France métropolitaine et sur sa composition. La projection tendancielle de population active qui prolonge les tendances observées en matière d'activité, de fécondité, de mortalité et de migrations, en s'affranchissant des variations conjoncturelles, apporte un élément de réponse essentiel. La croissance du nombre d'actifs se réduirait progressivement jusqu'en 2015. Le nombre d'actifs se maintiendrait ensuite entre 28,2 et 28,5 millions. Les gains en activité viendraient de la poursuite de la généralisation de l'activité féminine et des seniors, plus souvent actifs du fait d'études plus longues et de la nouvelle législation des retraites. Néanmoins, du fait de la croissance de la population âgée, en 2050 il n'y aurait plus que 1,4 actif pour un inactif de plus de 60 ans, contre 2,2 en 2005. Autour de cette projection tendancielle, des scénarios alternatifs permettent de mesurer l'ampleur des écarts qu'induiraient des

évolutions démographiques ou d'activités différentes. Une autre hypothèse sur le solde migratoire aurait un effet immédiat sur le nombre d'actifs alors qu'une remontée ou une baisse de la fécondité ne jouerait qu'après 2025. Toutes les variantes sur les comportements d'activité ou démographiques envisagées n'ont cependant que peu d'impact sur le rapport entre actifs et inactifs de plus de 60 ans.

Leon, O. (2007). "Les projections régionales de population 2005-2030 : Concentration au Sud et à l'Ouest et intensité variable du vieillissement : le double impact des échanges migratoires."

Economie Et Statistique (408-409): 137-152

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1377215?sommaire=1377217>

Selon un scénario reconduisant les tendances démographiques récentes (scénario central), la population métropolitaine augmenterait de plus de 10 % d'ici 2030 et continuerait de se concentrer dans les régions méridionales et occidentales, au détriment de certaines régions du Centre et du Nord-Est, dont la population baisserait. Les migrations, qui, selon les régions, accentuent ou tempèrent les évolutions démographiques, ont également un impact sur le vieillissement de la population, quelles ralentissent ou accélèrent en fonction du profil par âge des migrants. En Île-de-France, ce vieillissement serait considérablement ralenti par un fort excédent migratoire avant 30 ans et un déficit prononcé aux âges de la retraite. En Basse-Normandie et en Bourgogne, par exemple, où ces phénomènes sont inverses, les flux migratoires accentueraient le vieillissement. Intégrant les évolutions démographiques récentes, ces nouvelles projections rehaussent en général les populations régionales par rapport aux anciennes. C'est particulièrement net en Limousin, en Midi-Pyrénées et en Poitou-Charentes, qui ont enregistré les plus fortes inflexions démographiques au cours des dernières années, avec une fécondité en nette hausse conjuguée à un regain d'attractivité migratoire prononcé. À l'inverse, le Centre, la Picardie et la Haute-Normandie sont les seules régions pour lesquelles les nouvelles projections sont en retrait par rapport aux précédentes.

Robert-Bombée, I. (2007). "Projections de population 2005-2050 - Vieillesse de la population en France métropolitaine." *Economie Et Statistique* (408-409): 95-112

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>

En 2050, la France métropolitaine compterait entre 61 et 79 millions d'habitants selon les hypothèses de fécondité, de mortalité et de migrations retenues. D'après le scénario central, qui suppose la poursuite des tendances démographiques récentes, la France métropolitaine compterait 70 millions d'habitants en 2050, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. La population augmenterait sur toute la période projetée, mais à un rythme de moins en moins rapide. La population vieillissant, le nombre de décès augmente fortement et dépasserait vers 2045 le nombre des naissances. Le solde migratoire de 100 000 entrées nettes par an introduit en projection compenserait ce déficit naturel,

permettant ainsi la croissance démographique. En 2050, près d'un habitant sur trois aurait plus de 60 ans, contre un sur cinq en 2005. Les proportions de jeunes et de personnes d'âges actifs diminueraient. Au 1er janvier 2050, la France compterait alors sept habitants âgés de 60 ans ou plus pour dix habitants de 20 à 59 ans. Ce ratio aurait presque doublé en 45 ans. Ces résultats sont sensibles aux hypothèses retenues, mais aucun scénario ne remet en cause le vieillissement de la population métropolitaine d'ici 2050. Il resterait toutefois moins marqué que celui de la plupart des pays européens.

Etat de santé

Cette partie aborde l'état de santé des personnes âgées : aspects généraux, liens entre la santé et le travail, liens entre la santé et les conditions de vie.

1-TRAVAUX DES CHERCHEURS DE L' IRDES

Sirven, N. E. et Bourgueil, Y. E. (2016). La prévention de la perte d'autonomie : la fragilité en questions. Apports, limites et perspectives. Actes du séminaire des 6 et 7 mars 2014 organisé à Paris par le Liraes (EA4470), Université Paris Descartes, en partenariat avec l'Irdes. Les rapports de l'Irdes ; 563. Paris IRDES: 113.

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/563-la-prevention-de-la-perte-d-autonomie-la-fragilite-en-questions.pdf>

Les actes de ce séminaire rassemblent une vingtaine d'interventions qui présentent les avancées récentes de la recherche pluridisciplinaire et des pratiques dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie. La France a connu un engouement récent pour les stratégies prenant en compte la fragilité. Alors que les critères de maladies chroniques et de limitations fonctionnelles sont souvent relativement tardifs pour l'action, la fragilité permettrait d'intervenir suffisamment en amont chez les personnes âgées pour éviter l'incapacité, en retarder la survenue ou en diminuer les conséquences néfastes. Pourtant, les approches de la fragilité ne sont pas consensuelles. Les travaux récents en sciences humaines et sociales déplacent le débat ayant cours au sein de la gériatrie-gérontologie vers la prise en compte des situations de vulnérabilité des personnes âgées dans leur ensemble. Ce faisant, la compréhension de la fragilité s'élargit aux aspects économiques et sociaux mobilisant de nouveaux concepts et outils méthodologiques. Par ailleurs, les actions de prévention dépassent désormais le cadre clinique et s'inscrivent dans le champ des interventions socio-économiques des organismes de protection sociale. Quels sont les accords et désaccords de ces approches

? Où fixer les limites du concept par rapport aux dimensions cognitive, sociale et économique ? De quelles données dispose-t-on ? Qui sont ces « fragiles » ? Quelles actions sont menées et pour quel rapport coût/efficacité ? Quelles stratégies par rapport aux politiques sanitaires et sociales existantes ? En somme, quels constats et quelles perspectives pour la recherche et la décision publique.

Or, Z., et al. (2015). Atlas des territoires pilotes Paerpa - Situation 2012, Paris : Irdes
<http://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.pdf>

Lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, les expérimentations « Parcours santé des aînés » (Paerpa) ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans ou plus et de leurs aidants. Les projets visent à faire progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social pour améliorer la qualité de la prise en charge globale, prévenir la perte d'autonomie et éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation des personnes âgées. Cet Atlas fournit un premier bilan comparatif des situations sanitaires et médico-sociales des personnes âgées dans les territoires Paerpa sur une période qui précède le lancement des expérimentations. Au moyen d'indicateurs communs et à partir des données disponibles en 2014 au niveau national, ce bilan initial révèle la grande diversité des territoires Paerpa en termes de population concernée, de situations géographiques, démographiques, socio-économiques ainsi que de structures d'offre de soins hospitaliers et de ville.

Sirven, N., et al. (2015). Social Participation and Health: A Cross-Country Investigation among Older Europeans. In: Social capital as a health resource in later life: the relevance of context. Berlin: Springer 177-190.
<http://www.springer.com/fr/book/9789401796149>

This chapter considers the relationship between social participation and health among persons aged 50 and older in 18 European countries and Israel. Social participation is a key aspect of social capital, and social capital is strongly associated with health. Several theoretical pathways have been invoked to explain the positive influence of social capital on individual health. Social capital can enhance the diffusion of health information and it can also foster norms of behaviour that improve health. In addition, social capital is thought to provide psychosocial support that can reduce stress and improve mental health.

Celant, N., et al. (2014). "L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats." Questions d'Economie de la Santé (Irdes) (198)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/198-l-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2012-premiers-resultats.pdf>

L'enquête santé et protection sociale, menée par l'Irdes tous les deux ans, existe depuis 1988. En 2012, elle a interrogé plus de 8 000 ménages et 23 000 individus sur leur état de santé, leur accès à la complémentaire santé, leur recours ou renoncement aux soins et, à travers des modules spécifiques, sur la fragilité, l'assurance dépendance et les conditions de travail ainsi que sur la couverture vaccinale, les accidents de la vie quotidienne et le don de sang, notamment. Les spécificités de l'enquête comme sa périodicité courte, sa dimension longitudinale et son enrichissement avec des données de l'Assurance maladie, participent d'en faire un outil tant de suivi des politiques publiques que de recherche en sciences sociales. En 2014, l'enquête ESPS est d'ailleurs le support de l'enquête santé européenne EHIS (European Health Interview Survey). Les résultats de l'enquête 2012 présentés dans cette synthèse sont issus d'un rapport (Célant et al., 2014) dans lequel l'intégralité des données chiffrées est accessible en ligne sous forme de tableaux Excel.

Sirven, N. et Rochereau, T.. (2014). "Mesurer la fragilité des personnes âgées en population générale : une comparaison entre les enquêtes ESPS et SHARE." Questions d'Economie de la Santé (Irdes) (199)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/199-mesurer-la-fragilite-des-personnes-agees-en-population-generale-une-comparaison-entre-les-enquetes-esps-et-share.pdf>

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/060-mesurer-la-fragilite-des-personnes-agees-en-population-generale-comparaison-esps-share.pdf>

Le récent développement des travaux sur la fragilité des personnes âgées présente un potentiel de recherche important, permettant notamment une meilleure compréhension des mécanismes conduisant à la dépendance. Plusieurs travaux ont utilisé les données de l'enquête Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE) pour identifier les déterminants individuels de la perte d'autonomie. En 2012, un questionnaire spécifique à la fragilité a été ajouté à l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes. Toutefois, pour des raisons de méthodologie propre à chaque enquête, les mesures de la fragilité ne sont pas identiques dans SHARE et dans ESPS. Une comparaison des indices de fragilité obtenus par les deux enquêtes apparaît donc opportune : en effet, la mesure de la fragilité peut-elle s'accommoder d'un certain degré de liberté dans le recueil de l'information, ou bien des mesures rigoureuses doivent-elles être réalisées de manière identique dans chaque enquête ? Cette comparaison met en évidence de légères différences dans la prévalence de la fragilité obtenue entre enquêtes utilisant des questions différentes (ESPS et SHARE), mais aussi au sein d'une même enquête (SHARE) avec des mesures dissemblables. En revanche,

elle montre également une certaine homogénéité dans les déterminants de la fragilité. Les différentes enquêtes s'avèrent donc être des sources possibles pour la recherche sur la fragilité. À ce titre, la présence d'inégalités sociales de fragilité attestées dans SHARE comme dans ESPS est une piste de recherche à ne pas négliger. Enfin, ce premier travail confirme la capacité d'ESPS à contribuer à la recherche sur la fragilité (résumé d'auteur).

Sermet, C. (2013). "L'état de santé des personnes âgées." Actualité Et Dossier En Santé Publique(85)
<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=142>

Cet article fait le point sur l'état de santé des personnes âgées et sa mesure. Après avoir défini les différentes approches possibles de la santé, il recense les outils et les indicateurs qui ont été proposés pour suivre plus spécifiquement la santé des personnes âgées. En l'absence de système d'information unique pour la France, il rassemble dans une dernière partie les données les plus récentes disponibles concernant ces différents indicateurs (résumé d'auteur).

Sirven, N. (2013). Une analyse des déterminants socio-économiques de la fragilité des personnes âgées à partir des données de panel et rétrospectives de SHARE. : Paris : IRDES
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT52bisDeterminantsFragilite.pdf>

Les études récentes sur la demande de soins de long terme ont mis en évidence le rôle de la fragilité en tant que précurseur de la perte d'autonomie, indépendamment des maladies chroniques. La fragilité est définie comme un état de santé vulnérable résultant de la diminution de la réserve physiologique de la personne âgée. Ce concept médical est introduit ici dans un cadre d'analyse économique afin d'étudier le rôle des politiques sociales dans la prévention de la perte d'autonomie et le maintien de la qualité de vie des personnes en perte d'autonomie. En utilisant quatre vagues de données de panel de l'enquête SHARE (Survey on Health, Ageing, and Retirement in Europe), un indice de fragilité est créé comme métrique de cinq critères physiologiques (modèle de Fried) pour des répondants âgés de 50 ans et plus dans dix pays européens, entre 2004 et 2011 (résumé d'auteur).

Sermet, C., et al. (2012). La santé en France et en Europe : convergences et contrastes. Avis et Rapports. Paris HCSP: 266.
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120301_santeFranceEurope.pdf

Réalisé pour la première fois par le Haut Conseil de la santé publique, ce rapport prend appui sur l'ensemble des indicateurs de santé ECHI (European Community Health Indicators), défini par la Commission européenne en vue d'établir une cohérence dans les données statistiques à l'échelle communautaire. La France affiche l'un des meilleurs

taux d'espérance de vie dans l'Union européenne, mais, la mortalité par suicide est très élevée. On observe aussi que le poids de dépenses de santé dans le PIB est le plus élevé de l'Union européenne, mais le niveau de dépenses par habitant n'arrive qu'en sixième position. Voici quelques-uns des enseignements de ce rapport comparatif France-Union européenne sur l'état de santé. Le rapport met ainsi en exergue les atouts et les handicaps de la situation française en indiquant des pistes possibles d'amélioration.

Sirven, N. et Debrand, T. (2012). "Social capital and health of older Europeans: causal pathways and health inequalities." *Social Science & Medicine* **75**(7): 1288-1295.

Briant, N., et al. (2011). "L'influence des États providence sur les conditions de vie des Européens de 50 ans et plus : Premiers résultats de l'enquête SHARELIFE sur les histoires de vie." *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)* (168)
<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes168.pdf>

SHARELIFE, troisième vague de l'enquête européenne SHARE (Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe) sur la santé, le vieillissement et la retraite, a interrogé des seniors de 50 ans et plus sur leur histoire de vie depuis l'enfance jusqu'à aujourd'hui. L'objectif était de combler une lacune des enquêtes sur la santé et les conditions de vie économiques et sociales : l'absence de recul temporel. En recueillant des informations standardisées sur les histoires de vie des individus, SHARELIFE permet, par exemple, de mieux comprendre l'influence des États providence sur la vie passée et présente des personnes. À partir d'une sélection d'articles issus de l'ouvrage collectif *The Individual and the Welfare State*, dirigé par A. Börsch-Supan, M. Brandt, K. Hank et M. Schröder, une synthèse des premiers résultats de SHARELIFE est présentée ici. Si les effets positifs des systèmes de protection sociale sur le court terme sont confirmés, des effets de long terme sont observés, dont certains sont inattendus, voire parfois pervers, tant en matière de dépenses publiques que de bénéfices individuels.

Lengagne, P. (2011). "Récompense au travail ressentie et santé des seniors." *Questions d'Economie de La Santé (Irdes)* (166)
<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes166.pdf>

Selon le modèle de Siegrist, le sentiment de recevoir une faible récompense au travail en contrepartie de l'effort fourni représente un facteur de risque psychosocial affectant la santé. À partir de l'enquête européenne SHARE, menée en 2004 et 2006 auprès des personnes de 50 ans et plus, cette étude propose de mesurer l'effet de ce déséquilibre entre récompense et effort sur l'état de santé des seniors, puis d'identifier des facteurs relatifs au travail pouvant expliquer ce déséquilibre. Selon nos résultats, la probabilité de déclarer des limitations d'activités est supérieure de 8 points pour les seniors en emploi estimant recevoir une faible récompense au travail en 2004 et 2006. La probabilité de déclarer des douleurs articulaires ou maux de dos est, quant à elle,

supérieure de 12 points. Le sentiment de recevoir une faible récompense au travail, davantage observé chez les ouvriers et employés que chez les cadres, est également associé à la pénibilité physique, à la charge de travail et au risque de perdre son emploi. Cette perception concerne moins souvent les salariés de petites entreprises (moins de 15 salariés) et les indépendants que les entreprises de taille moyenne (25 à 199 salariés). Enfin, des écarts élevés de récompense au travail ressentie entre pays européens ressortent. Ceux-ci reflètent les différences entre les pays les plus performants en termes d'emploi des seniors, dont les pays du nord de l'Europe, et les moins performants, comme la France.

Sermet, C. et Jeandel, C. c. (2011). État de santé des personnes âgées. Livre blanc de la gériatrie française : gériatrie 2011., Paris : ESV Production: 30-37.

Ce chapitre, tiré de l'ouvrage sur la gériatrie en France, dresse un bilan de l'état de santé des personnes âgées et apporte quelques éléments d'information sur les perspectives d'évolution.

Sirven, N. et Debrand, T. (2011). Social capital and health of older Europeans. From reverse causality to health inequalities. Document de travail Irdes; 40. Paris Irdes: 24.
<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT40SocialCapitalHealthOlderEuropeans.pdf>

Les relations de causalité entre participation sociale (capital social) et santé des personnes âgées en Europe sont ici appréhendées à partir des trois vagues de l'enquête SHARE (Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe) dans 11 pays, auprès des individus de 50 ans et plus. Pour chacune des deux premières vagues (2004 et 2006), une série de variables renseigne sur la participation à des activités sociales (associations, clubs, partis politiques, etc.) et sur l'état de santé physique et mentale des répondants. Les données rétrospectives de la 3e vague d'enquête sur les histoires de vie (SHARELIFE) sont également prises en compte. Les résultats suggèrent que la participation sociale favorise une meilleure santé, et vice-versa. Néanmoins, l'effet de la santé sur la participation sociale apparaît plus important que l'effet inverse. Par conséquent, les individus âgés en bonne santé ont d'autant plus de chances de préserver leur santé grâce à l'effet bénéfique du capital social. De même, ceux en moins bonne santé ont moins de chances de participer à des activités sociales et ont donc une probabilité plus forte de voir leur état de santé se dégrader plus vite. En somme, malgré ses effets individuels bénéfiques, le capital social est un vecteur potentiel d'accroissement des inégalités de santé parmi les personnes âgées (résumé d'auteur).

Tranoy, A., et al. (2010). "Inequality of opportunities in health in France: a first pass." Health Economics **19**(8): 921-938,

<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/122500201/PDFSTART?CRETRY=1&SRETRY=0>

Cet article analyse le rôle des enfants et des antécédents familiaux dans l'état de santé des personnes âgées. Il explore l'hypothèse d'une transmission intergénérationnelle des inégalités de santé en utilisant les données françaises de SHARE.

Lenormand, M. C., et al. (2010). "La santé des seniors en emploi : résultats de l'enquête européenne SHARE 2006." *Questions d'Économie de La Santé (Irdes)* (160)
<http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes160.pdf>

Dans un contexte de vieillissement de la population et d'allongement de la vie active, la plupart des pays sont confrontés au défi du vieillissement en bonne santé. L'enquête Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE), utilisée ici, permet d'explorer l'état de santé des personnes âgées de 50 à 59 ans en Europe et aussi d'en étudier les déterminants. Si des problèmes de santé non négligeables apparaissent dès 50 ans, on constate également une forte hétérogénéité des situations entre pays européens. Bien que la France détienne le record de l'espérance de vie, elle occupe actuellement une place relativement médiocre concernant l'état de santé de ses quinquagénaires. Après avoir comparé l'état de santé des actifs occupés avec celui des chômeurs et des inactifs, d'où il ressort un effet « travailleur en bonne santé », une attention particulière est portée aux déterminants de l'état de santé des seniors européens en emploi.

Camirand, J. et , Sermet C. (2009). " La santé perçue des 55 ans et plus en France et au Québec : différences et similitudes. " *Questions d'Économie de la Santé (Irdes)*, (142)
<http://www.irdes.fr/Publications/2009/Qes142.pdf>

La comparaison de la santé perçue des Français et des Québécois de 55 ans et plus vivant à domicile met en évidence des différences et des similitudes importantes. Les Québécois de 55 ans et plus se perçoivent en meilleure santé et l'expriment de manière plus enthousiaste que les Français du même âge. Les différences culturelles mais aussi la plus grande proportion de personnes âgées vivant en institution au Québec contribuent à l'essentiel de cet écart. En France comme au Québec, la présence de maladies chroniques et d'incapacités explique largement l'accroissement avec l'âge de la proportion de la population se considérant en mauvaise santé. Pour la plupart des maladies étudiées, le parallèle entre leur présence et la perception de la santé est frappant. Le cancer, l'hypertension artérielle et les troubles de la thyroïde se démarquent au Québec en étant beaucoup plus souvent associés à une mauvaise santé perçue. À contrario, certaines incapacités semblent avoir moins d'impact sur la santé perçue au Québec qu'en France.

Barange, C., et al. (2008). "L'enquête SHARE sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe devient longitudinale : Les données de la deuxième vague sont désormais disponibles." *Questions d'Économie de La Santé (Irdes)* (137)
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes137.pdf>

Ce Questions d'économie de la santé présente quelques résultats préliminaires issus de la seconde vague d'enquête de SHARE. Ces résultats portent notamment sur la dynamique de la santé et du marché de l'emploi. Ils soulignent l'influence des conditions de travail et des dispositifs mis en œuvre d'un pays à l'autre, notamment en matière d'assurance invalidité, sur le choix de sortie prématurée d'emploi et de passage à la retraite. Par ailleurs, ces nouvelles données confirment les observations de la première vague en termes d'inégalités de santé et apportent un éclairage complémentaire sur les déterminants individuels de l'évolution du recours aux soins.

Blanchet, D. et Debrand, T. (2008). The sooner, the better? Analysing preferences for early retirement in European countries. *Document de travail Irdes ; 13*. Paris Irdes
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT1AspirationRetraite.pdf>

Ce travail utilise la première vague de l'enquête européenne SHARE pour analyser l'effet de l'état de santé et de la satisfaction au travail sur les préférences en matière d'âge de départ en retraite dans 10 pays européens. Les préférences concernant l'âge de départ sont mesurées par la probabilité de réponse positive à une question sur le souhait de partir à la retraite le plus rapidement possible. Les auteurs s'intéressent aux rôles joués par la santé et les conditions de travail pour expliquer à la fois les différences de préférence au niveau individuel et les différences de préférence entre les pays. Au niveau individuel, les effets obtenus sont conformes aux attentes, mais ne contribuent que faiblement à expliquer les différences moyennes constatées entre pays. À état de santé et conditions de travail individuelles identiques, les auteurs observent un gradient nord-sud du souhait de départ précoce à la retraite qui reste proche de l'effet brut. Ces résultats sont robustes au contrôle par des indicateurs de contexte institutionnel (générosité des systèmes de retraite) et au contrôle du biais de sélection lié au fait que la question ne touche que des individus encore en activité (résumé d'auteur).

Debrand, T. et Lengagne, P. (2008). Working conditions and health of European older workers. *Document de travail Irdes ; 8*. Paris Irdes
<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT8WorkingCondHealthEuropOldWorkers.pdf>

Working conditions have greatly evolved in recent decades in developed countries. This evolution has been accompanied with the appearance of new forms of work organisation that may be sources of stress and health risk for older workers. As populations are ageing, these issues are particularly worrying in terms of the health,

labour force participation and Social Security expenditure. This paper focuses on the links between quality of employment and the health of older workers, using the Share 2004 survey. Our research is based on two classical models: the Demand-Control model of Karasek and Theorell (1991) and the Effort-Reward Imbalance model of Siegrist (1996), which highlight three main dimensions: Demand that reflects perceived physical pressure and stress due to a heavy work load; Control that refers to decision latitude at work and the possibilities to develop new skills; and Reward that corresponds to the feeling of receiving a correct salary relatively to efforts made, of having prospects for personal progress and receiving deserved recognition. These models also take into account the notion of support in difficult situations at work and the feeling of job security. Our estimations show that the health status of older workers is related to these factors. Fairly low demand levels and a good level of reward are associated with a good health status, for both men and women. Control only influences the health status of women. Lastly, the results reveal the importance on health of a lack of support at work and the feeling of job insecurity; regardless of gender; these two factors are particularly related to the risk of depression. Thus health status and working conditions are important determinants of the labour force participation of older workers (résumé d'auteur).

Devaux, M., et al. (2008). "La santé des seniors selon leur origine sociale et la longévité de leurs parents." *Économie Et Statistique*(411): 25-46.

http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/es411B.pdf

A partir des données de l'enquête Share, cette recherche étudie, pour la première fois en France, le rôle de la profession des deux parents et de leur état de santé, sur celui de leurs descendants à l'âge adulte, en contrôlant pour les caractéristiques socioéconomiques de ceux-ci. La comparaison des distributions de santé des seniors selon le milieu social d'origine et la longévité des ascendants directs témoignent de l'existence d'inégalités des chances en santé chez les seniors. Au-delà de son association avec la situation sociale actuelle de l'individu, l'état de santé à l'âge adulte est directement influencé par le statut socioéconomique de la mère, le statut socioéconomique du père ayant au contraire une influence indirecte passant par la détermination du statut socioéconomique de l'enfant. Une transmission intergénérationnelle de la santé est également observée : la longévité relative du père et en particulier son statut vital influence la santé à l'âge adulte.

Sirven, N. et Debrand, T. (2008). Promoting social participation for healthy ageing: a counterfactual analysis from the survey of health, ageing, and retirement in Europe (Share). Document de travail Irdes ; 7. Paris Irdes: 19.

<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT7PromotingSocialParticipation.pdf>

Encourager la participation sociale des personnes âgées (par exemple, par l'adhésion à des associations) est souvent perçu comme une stratégie prometteuse pour « vieillir en bonne santé » en Europe. Bien que la littérature académique, toujours croissante, remette en question l'idée qu'il existe un lien manifeste entre la participation sociale et la santé, certains travaux suggèrent qu'une telle relation (positive et significative) serait vérifiée pour les personnes âgées. Une raison pourrait être trouvée dans le fait qu'elles ont plus de temps pour participer à des activités sociales (en raison de la retraite, d'obligations familiales moins contraignantes, etc.) et, qu'ainsi, leur engagement dans des associations concourt au maintien d'un réseau relationnel suffisamment développé pour permettre un soutien social et affectif. Un tel réseau participerait par ailleurs à l'entretien des capacités cognitives des individus. En utilisant les données de l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE) obtenues, en 2004, auprès de personnes âgées de cinquante ans et plus, cette étude propose de tester ces hypothèses en évaluant la contribution de la participation sociale à l'état de santé auto-déclaré dans onze pays européens. La probabilité de déclarer une bonne ou une très bonne santé est calculée pour l'échantillon complet (après avoir contrôlé les effets de l'âge, du niveau d'éducation, du revenu et de la composition du ménage) en utilisant des coefficients de régression estimés pour les individus qui ont une activité sociale, ainsi que pour ceux qui n'ont pas (avec correction du biais de sélection dans ces deux cas). Les niveaux nationaux d'états de santé auto-déclarés sont obtenus à partir du calcul intégral des fonctions de distribution cumulative des probabilités prédites. L'analyse montre que la participation sociale contribue pour trois pour-cent à l'augmentation de la proportion des individus déclarant en moyenne une bonne ou une très bonne santé. Des taux de participation sociale plus élevés pourraient améliorer l'état de santé et réduire les inégalités de santé au sein de l'échantillon complet et au sein de chaque pays. Nos résultats suggèrent que les politiques visant à « vieillir en bonne santé » basées sur l'encouragement à la participation sociale peuvent être bénéfiques pour les personnes âgées en Europe.

Sirven, N. et Debrand, T. (2008). "Social participation and healthy ageing: An international comparison using SHARE data." *Social Science & Medicine* **67**(12): 2017-2026.

Using the Survey of Health, Ageing & retirement in Europe (SHARE) data for respondents aged 50 years and over in 2004, this study evaluates the potential contribution of increased social participation to self-reported health (SRH) in 11 European countries. The probability to report good or very good health is calculated for the whole sample (after controlling for age, education, income and household composition) using regression coefficients estimated for individuals who do and for those who do not take part in social activities (with correction for selection bias in these two cases). Counterfactual national levels of SRH are derived from integral computation of cumulative distribution functions of the predicted probability thus obtained. The analysis reveals that social participation contributes by three percentage points to the

increase in the share of individuals reporting good or very good health on average. Higher rates of social participation could improve health status within the whole sample and within most countries. Context and institutional arrangement (such as income inequality) may explain differences in social participation health efficiency.

Tubeuf, S., et al. (2008). Social heterogeneity in self-reported health status and measurement of inequalities in health. Document de travail Irdes ; 12. Paris Irdes
<http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT12SocialHeterogeSelfReportHealthStatus.pdf>

This study aims to analyse the impact of the measurement of health status on socioeconomic inequalities in health. A MIMIC model with structural equations is used to create a latent variable of health status from four health indicators: self-assessed health, report of chronic diseases, report of activity limitations and mental health. Then, we disentangle the impact of sociodemographic characteristics on latent health from their direct impact on each health indicator and discuss their effects on the assessment of socioeconomic inequalities in health. This study emphasises differences in inequalities in health according to latent health. In addition, it suggests the existence of reporting heterogeneity biases. For a given latent health status, women and old people are more likely to report chronic diseases. Mental health problems are over-reported by women and isolated people and under-reported by the oldest people. Active and retired people as well as non manual workers in the top of the social hierarchy more often report activity limitations. Finally, highly educated and socially advantaged people more often report chronic diseases whereas less educated people underreport a poor self-assessed health. To conclude, the four health indicators suffer from reporting heterogeneity biases and the report of chronic diseases is the indicator which biases the most the measurement of socioeconomic inequalities in health.

Barnay, T. et Debrand, T. (2007). "L'état de santé comme facteur de cessation d'activité en Europe." Santé Société Et Solidarité : Revue de L'observatoire Franco-Québécois de La Santé Et de La Solidarité (2/2006): 119-131.

Dans cet article, les auteurs exposent, dans un cadre européen, le rôle important de la santé dans la décision des hommes et des femmes âgées de 50 à 65 ans de participer au marché de l'emploi. Leur analyse s'appuie sur l'Enquête Share. Ils décrivent pour cette population les liens existant entre la santé, les caractéristiques socio-économiques et la participation à l'emploi. Ils soulignent notamment l'impact plus fort de certaines maladies, mais aussi le rôle joué par le niveau d'étude et la situation familiale. Puis, une modélisation incorporant une variable d'incapacité réelle leur permet d'analyser plus précisément les interactions entre santé et travail chez les seniors. Ils montrent ainsi que si l'impact de l'état de santé sur la participation à l'emploi est fort, il existe des différences entre les hommes et les femmes.

Barnay, T., et al. (2007). Pathologies et facteurs de risque chez les personnes âgées. Le vieillissement en Europe. Aspects biologiques, économiques et sociaux., Paris : la documentation Française: 61-76

Dans cet article, les auteurs font le point sur l'état de santé des personnes de plus de 50 ans en Europe, en se focalisant sur la santé perçue, les grandes pathologies du vieillissement, ainsi que sur des facteurs de risque et les mode de vie susceptibles d'expliquer les différences observées entre pays.

Blanchet, D., et al. (2007). "Santé, vieillissement et retraite en Europe." Économie Et Statistique (403-404): 3-18.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1376901>

Ce numéro présente une série d'études francophones effectuées à partir de la vague 1 de l'enquête Share conduite en 2004 et 2005. Les auteurs présentent dans cet introduction les caractéristiques de l'enquête Share, les défis qu'elle représente et quelques-unes des réponses apportées par les auteurs de ce numéro. Les auteurs présentent également les limites de l'enquête, avec une attention particulière aux questions de comparabilité des données, notamment dans le domaine de la santé. Ils abordent enfin les prolongements de l'enquête qui ont été d'ores et déjà engagés.

Blanchet, D. et Debrand, T. (2007). Aspiration à la retraite, santé et satisfaction au travail : une comparaison européenne. Document de travail Irdes ; 1. Paris Irdes

<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT1AspirationRetraite.pdf>

Ce travail utilise la première vague de l'enquête européenne SHARE pour analyser l'effet de l'état de santé et de la satisfaction au travail sur les préférences en matière d'âge de départ en retraite dans 10 pays européens. Les préférences concernant l'âge de départ sont mesurées par la probabilité de réponse positive à une question sur le souhait de partir à la retraite le plus rapidement possible. Les auteurs s'intéressent aux rôles joués par la santé et les conditions de travail pour expliquer à la fois les différences de préférence au niveau individuel et les différences de préférence entre les pays. Au niveau individuel, les effets obtenus sont conformes aux attentes, mais ne contribuent que faiblement à expliquer les différences moyennes constatées entre pays. A état de santé et conditions de travail individuelles identiques, les auteurs observent un gradient nord-sud du souhait de départ précoce à la retraite qui reste proche de l'effet brut. Ces résultats sont robustes au contrôle par des indicateurs de contexte institutionnel (générosité des systèmes de retraite) et au contrôle du biais de sélection lié au fait que la question ne touche que des individus encore en activité (résumé d'auteur).

Debrand, T. et Lengagne, P. (2007). Organisation du travail et santé des seniors en Europe. Document de travail Irdes ; 3. Paris Irdes
<http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT3OrganisationTravail.pdf>

Les conditions de travail ont rapidement évolué au cours des dernières décennies dans les pays développés. Cette évolution s'est accompagnée de l'apparition de nouvelles formes d'organisation du travail s'avérant être sources de pénibilité et de risques pour la santé. Dans un contexte de vieillissement des populations, ces problèmes sont particulièrement préoccupants, en matière de santé, d'emploi et de financement des retraites. Cette étude s'intéresse aux liens existant entre l'organisation du travail et la santé des seniors (50 ans et plus). A partir des données de l'enquête SHARE 2004, les auteurs montrent que plusieurs facteurs liés à l'organisation du travail - tels qu'une forte demande psychologique, un manque de latitude décisionnelle, une récompense reçue par le travail insatisfaisante, l'absence de soutien dans le travail mais aussi l'insécurité de l'emploi - sont corrélées à l'état de santé des seniors. Dès lors, l'organisation du travail comme la santé constituent des déterminants importants de la sortie d'activité des seniors (résumé d'auteur).

Debrand, T. et Lengagne, P. (2007). "Pénibilité au travail et santé des seniors en Europe." Questions d'Économie de la Santé (Irdes) (120)
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes120.pdf>

L'évolution rapide des conditions de travail au cours des dernières décennies est marquée par l'apparition de nouvelles formes d'organisation du travail et de nouvelles pénibilités. Dans un contexte de vieillissement des populations actives, ces problèmes sont particulièrement préoccupants en matière de santé, d'emploi et de financement des systèmes de retraite. Cette étude propose une analyse des corrélations entre pénibilité au travail et état de santé des 50 ans et plus ayant un emploi, à partir des données de l'enquête européenne SHARE 2004.

Devaux, M., et al. (2007). "Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents." Questions d'Économie de la Santé (Irdes) (118)
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes118.pdf>

Cette recherche, menée en collaboration avec l'Institut d'Économie Publique, est réalisée dans le cadre du programme Drees-Mire, Inserm, DGS, InVS, INCa, RSI sur les inégalités sociales de santé (2005). Réalisée à partir des données de l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) menée en 2004-2005, cette analyse propose pour la première fois en France de mettre en relation l'état de santé de la personne, ses conditions de vie durant l'enfance et l'état de santé de ses parents. Elle sera complétée par l'analyse du module spécifique sur les conditions de vie dans l'enfance inclus dans l'enquête Santé et Protection Sociale 2006 de l'IRDES.

Barnay, T. et Debrand, T. (2006). "L'impact de l'état de santé sur l'emploi des seniors en Europe." Questions D'Économie de La Santé (Irdes) (109)
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes109.pdf>

L'état de santé des seniors européens joue fortement sur la probabilité d'être en emploi, selon l'étude réalisée à partir de l'enquête SHARE 2004. À l'échelle européenne, le taux d'emploi des personnes de 50 ans et plus est en effet beaucoup plus faible pour les personnes déclarant une maladie ou une limitation sévère dans leurs activités quotidiennes. Après avoir éliminé les effets de l'âge, du niveau d'études, du statut marital et du pays de résidence sur l'état de santé, l'analyse montre quelles sont les maladies les plus invalidantes pour l'emploi. L'étude montre enfin que l'état de santé n'explique pas les différences entre les taux d'emploi des seniors des pays européens étudiés. Ces écarts seraient à mettre plutôt sur le compte des conjonctures économiques nationales et des cadres institutionnels concernant par exemple l'âge légal de départ à la retraite ou les dispositifs de cessation d'activité.

Blanchet, D. et Debrand, T. (2005). "Aspirations à la retraite, santé et satisfaction au travail : une comparaison européenne." Questions d'Économie de la Santé (Irdes) (103)
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes103.pdf>

L'enquête SHARE (Survey on Health Ageing and Retirement in Europe) est une opération internationale et multidisciplinaire lancée en 2002, conduite par un réseau européen coordonné par l'Institut de recherches en économie du vieillissement (MEA) de l'Université de Mannheim. Il s'agit de la première vague de ce qui devrait devenir un Panel européen axé sur les questions sanitaires et socio-économiques liées au vieillissement. L'enquête de 2004 a porté sur 10 pays européens : l'Allemagne, l'Autriche, le Danemark, l'Espagne, la France, la Grèce, l'Italie, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse. Les questions posées, identiques dans tous les pays, portent sur l'état de santé, les consommations médicales, le statut socio-économique, les conditions de vie. L'enquête française de 2004 a été assurée par l'INSEE et coordonnée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). Cette étude fait l'objet d'une publication simultanée par l'INSEE dans Insee Première, n°1052.

Blanchet, D. et Dourgnon, P. (2004). "SHARE : vers un panel européen sur la santé et le vieillissement." Questions d'Économie de la Santé (Irdes) (88)
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes88.pdf>

Lancé en 2002, le projet de recherche européen SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), enquête sur la santé, le vieillissement et les retraites, vise à constituer, à moyen terme, un panel de personnes âgées en Europe sur les questions sanitaires et socio-économiques liées au vieillissement. Ce projet, coordonné par

l'université de Mannheim et au niveau français par l'INSEE et l'IRDES, est mené conjointement dans 11 pays européens : l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la France, la Grèce, l'Italie, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse. Les questions posées dans l'enquête portent sur l'état de santé, les consommations médicales, le statut socio-économique, les conditions de vie... En 2004, une première enquête-pilote, de taille moyenne, a été menée auprès de 17 000 ménages dont un membre est âgé de 50 ans ou plus, soit environ 1 500 par pays. Cette opération a permis la mise au point de l'enquête, dont il est projeté qu'elle soit, par la suite, menée régulièrement sur un échantillon plus large. Les données collectées seront exploitées pour mener de premières analyses, construire des indicateurs de suivi et diffuser l'information auprès de la communauté scientifique et d'un large public.

Sermet, C., et al. (2004). Démographie et état de santé des personnes âgées. Livre blanc de la gériatrie française., Paris : ESV Production: 25-32

Ce chapitre, tiré de l'ouvrage sur la gériatrie en France, présente les données les plus récentes sur la situation démographique de la France et son évolution et fait le point sur les connaissances en matière d'état de santé des personnes âgées.

Mizrahi, A. et Mizrahi, A. (2002). "Inégalités sociales face au vieillissement et à la mort." Gérontologie Et Société(101): 63-83

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Cet article examine les inégalités sociales face au vieillissement et à la mort. Il s'agit de savoir si ce différentiel social est essentiellement dû à un moins bon état de santé qui entraînerait une mort plus précoce chez les moins favorisés ou s'ajoute à cette différence de morbidité un taux de mortalité plus élevé pour un même état de santé. Des hypothèses sont émises pour expliquer cette inégalité, en particulier le rôle possible du système de soins.

Sermet, C., et al. (2002). Vieillesse et grandes pathologies. Quelles évolutions récentes ?, Paris : INED

Sermet, C. et Grandjean, E. (1998). Évolution de l'état de santé des personnes âgées en France : 1970-1996, Paris : INSERM ; CREDES
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes12.pdf>

Cet ouvrage permet de faire le point sur le vieillissement de la population en France et ses conséquences. Il présente une synthèse des principaux indicateurs de santé des personnes âgées et de leur évolution depuis 25 ans. Trois volets y sont successivement abordés : les grandes pathologies, l'incapacité et les indicateurs synthétiques d'état de

santé. Pour chacun des thèmes évoqués, les informations existantes en matière de prévalence, tant déclarée que diagnostiquée, y sont confrontées et discutées.

Le Pape, A. et Sermet, C. (1997). La polypathologie des personnes âgées quelle prise en charge à domicile ? Rapport Credes. Paris CREdes

Ce travail s'inscrit dans un cycle de recherches visant à mieux cerner la situation actuelle des personnes âgées et à analyser les évolutions survenues ces dernières décennies. Son objectif est d'évaluer le poids de la polypathologie et ses répercussions financières en termes de soins ambulatoires. Les données utilisées sont celle de l'enquête INSEE-CREDES sur la santé et les soins médicaux de 1991-1992. La première partie de ce travail consiste en une description des maladies dont souffrent les personnes âgées : de combien de maladies sont-elles atteintes ? Quelle est la prévalence de chaque domaine pathologique ? Quelles sont les associations les plus fréquentes ? Ensuite, est étudié le recours aux soins médicaux des personnes âgées selon le type de soins, ainsi que les dépenses correspondantes.

Mizrahi, A. et Mizrahi, A. (1994). L'évolution paradoxale de l'état de santé des personnes âgées en France : amélioration du pronostic vital, diminution de l'incapacité et augmentation du nombre de maladies, Paris : CREDES

L'augmentation du nombre de personnes âgées et surtout très âgées est souvent perçue comme devant inexorablement accroître le nombre de personnes dépendantes, infirmes ou handicapées. Or, l'âge n'est pas, en soi, une mesure de l'état de santé. Les liens entre âge et état de santé sont propres à une période et à une société et sont fonction des connaissances et techniques médicales, des possibilités d'y recourir, des modes de vie, etc. Au cours de la dernière période, les personnes âgées ont bénéficié plus que les autres groupes démographiques de la diffusion des soins, leur protection sociale s'est améliorée et leur niveau de vie a progressé plus rapidement que celui des personnes plus jeunes. L'ensemble de ces éléments a eu des répercussions favorables sur leur état de santé qui se sont traduites tant par une augmentation de leur espérance de vie que par une amélioration de leur état de santé. Cette communication présentée à Sigs (Espagne) à la conférence "Economics of Aging" du 25 au 29 janvier 1994, analyse successivement les évolutions en France, entre 1980 et 1991, de l'espérance de vie, du nombre de maladies et de l'indicateur de morbidité à deux dimensions (risque vital et invalidité) (Version anglaise disponible).

Sermet, C. (1994). "La pathologie des personnes âgées en 1992." Gérontologie et Société(71): 24-41

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

La morbidité des personnes âgées se caractérise au plan des affections chroniques par une importante polypathologie et par la prédominance des maladies cardiovasculaires

et ostéo-articulaires. L'altération de l'état de santé touche plus les femmes que les hommes et atteint son maximum pour les âges les plus élevés. L'hypertension artérielle, l'arthrose, les troubles du sommeil, les troubles du métabolisme des lipides, les varices des membres inférieurs, l'insuffisance circulatoire cérébrale figurent aux côtés des troubles ophtalmologiques et dentaires parmi les maladies les plus fréquemment citées.

Mizrahi, A. et Mizrahi, A. (1993). Évolution des déficiences et des soins aux personnes âgées en institution : France 1977-1988. Rapport Credes. Paris CREDES: 69

Les résultats présentés dans ce rapport sont issus des enquêtes nationales représentatives sur les personnes âgées résidant en institution, effectuées par le CREDES en 1977 et 1988. Après une présentation des populations concernées, ce rapport étudie l'évolution des déficiences et des soins et constate une augmentation des soins pour un même degré de déficience entre 1977 et 1988.

Sermet, C. (1992). La pathologie des personnes âgées de 80 ans et plus en institution : enquête nationale France 1987-1988. Rapport Credes. Paris Credes.

Analyse de la pathologie des personnes âgées résidant en institution à partir d'une enquête nationale représentative réalisée par le C.R.E.D.E.S. en 1987-1988 (279 unités d'hébergement, 1680 personnes âgées de 80 ans et plus). Les caractéristiques de la morbidité, des types de pathologie selon l'âge, le sexe, la dépendance et le mode de prise en charge sont détaillées.

2. ÉTUDES FRANÇAISES

Cambois, E. (2019). "Différences de genre face au vieillissement en bonne santé : une imbrication des dynamiques démographiques, des parcours de vie et des politiques publiques." Questions De Santé Publique(36)
http://www.iresp.net/gsp36_iresp-n36-web-2/

Avec l'allongement de l'espérance de vie, la population âgée s'est densifiée. L'augmentation du nombre de personnes âgées constitue un enjeu de santé publique important, alors que les risques pour la santé s'accroissent avec l'âge. L'enjeu est aussi important parce que les situations de santé de cette population ont beaucoup évolué au cours du temps ; et avec elles les besoins en matière de soins et de prise en charge. En effet, la population âgée s'est diversifiée sous l'effet des dynamiques démographiques et de l'évolution des parcours de vie au fil des générations (études, carrière, famille...). Les problèmes de santé des personnes âgées d'aujourd'hui résultent des facteurs de risques auxquels elles ont été exposées durant ces parcours renouvelés. À cet égard, les différences de santé entre femmes et hommes méritent une attention particulière : les

femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais leurs années de vie supplémentaires sont majoritairement vécues en mauvaise santé. Femmes et hommes se distinguent par les maladies déclarées, et se caractérisent par des parcours de vie notablement différents et en évolution. On se propose de décrire leurs situations de santé, puis la manière dont elles peuvent être reliées à leurs parcours.

Larbi, K. et Roy, D. (2019). "4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050." Insee Première(1767)

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>

En 2015, en France hors Mayotte, selon une définition large englobant domicile et établissement, 2,5 millions de seniors sont en perte d'autonomie, soit 15,3 % des 60 ans ou plus. Parmi eux, 700 000 peuvent être considérés en perte d'autonomie sévère. Les taux de prévalence de la perte d'autonomie sont plus élevés dans les départements du Massif central, alors qu'ils sont plus faibles dans la région francilienne et à l'Ouest. Les seniors des DOM sont plus fréquemment en perte d'autonomie que ceux du reste de la France, alors qu'ils sont en moyenne plus jeunes. Parmi les seniors de 75 ans ou plus, 8,8 % vivent en institution. Ceux des DOM, de Paris et de la Corse vivent plus souvent à domicile que ceux des départements de l'Ouest ou du Massif central. Si les tendances démographiques et l'amélioration de l'état de santé se poursuivaient, la France hors Mayotte compterait 4 millions de seniors en perte d'autonomie en 2050, soit 16,4 % des seniors. Les taux de prévalence de la perte d'autonomie augmenteraient fortement dans les DOM et dans le Sud-Est de la France, en raison des effets de structure démographique, alors qu'ils resteraient stables dans les Hauts-de-Seine ou dans la Creuse. Pour maintenir constant le pourcentage de personnes en établissement par département, sexe, tranche d'âge et degré de perte d'autonomie, il faudrait que le nombre de places en hébergement permanent en établissements pour personnes âgées augmente de 20 % d'ici à 2030 et de plus de 50 % à l'horizon 2050.

Carrère, A. et Dubost C.L. (2018). Etat de santé et dépendance des seniors. In : France, portrait social. Edition 2018. Paris : Insee : 71-88

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3645986?sommaire=3646226>

La majorité des personnes âgées de 65 ans ou plus vivent jusqu'à un âge avancé à leur domicile. En 2015, moins de 2 % des 65-74 ans résident en institution, cette part augmentant avec l'âge pour atteindre 21 % parmi les 85 ans ou plus. Près des deux tiers des personnes résidant en institution sont ainsi âgées de 85 ans ou plus. L'entrée en institution s'explique en grande partie par la perte d'autonomie et la dégradation de l'état de santé, ne permettant plus le maintien à domicile. À domicile, l'état de santé se dégrade nettement avec l'âge. En particulier, la déclaration de restrictions d'activité

sévères concerne 9 % des personnes de 65-74 ans et 39 % des 85 ans ou plus. En institution, quelle que soit la tranche d'âge, la part de la population déclarant des restrictions d'activité sévères est plus élevée et atteint en moyenne 63 %. Entre 2008 et 2015, la santé perçue des seniors résidant à domicile s'est améliorée, la part de la population déclarant un mauvais état de santé passant de 22 % à 14 % et la prévalence déclarée de restrictions d'activité sévères de 24 % à 17 %. Parallèlement, la fréquence des affections de longue durée (ALD) prises en charge par la Sécurité sociale a augmenté : 43 % des 65 ans ou plus vivant à domicile ont au moins une ALD en 2015 contre 36 % en 2008. Cela peut résulter en partie d'une évolution du dispositif administratif et des pratiques des professionnels de santé, ainsi que d'une amélioration de la prise en charge des maladies chroniques. Par ailleurs, 75 % des seniors vivant en institution sont en ALD en 2015.

Amieva, H. (2018). "Décès, dépression, démence et dépendance associés à un déficit auditif déclaré : une étude épidémiologique sur 25 ans", Bordeaux : Inserm - Unité 1219

Cette nouvelle étude « Décès, dépression, démence et dépendance associée à un déficit auditif déclaré » menée par le Professeur Hélène Amieva, épidémiologiste à l'Unité Inserm 1219 « Bordeaux Population Health Center » et son équipe, a été réalisée chez 3 777 personnes âgées de plus de 65 ans. Avec un suivi exceptionnel de 25 ans, elle confirme l'existence chez les sujets rapportant des problèmes auditifs d'un risque accru de dépression (chez les hommes) mais aussi de dépendance et de démence. De plus cette étude montre pour la première fois, que pour les sujets utilisant des appareils auditifs, le sur-risque lié aux « 3 D » (dépression, dépendance, démence) est absent.

Michel, M. (2018). "Perte d'autonomie des personnes âgées : étude nationale et études régionales", Paris : Insee
www.insee.fr/fr/statistiques/3554333
<https://www.insee.fr/fr/information/3562458>

L'Insee publie un ensemble d'études nationale et régionales sur la perte d'autonomie des seniors vivant à domicile, réalisées à partir des données de l'enquête Vie Quotidienne et Santé de 2014. La part des seniors à domicile en situation de perte d'autonomie varie d'une région à l'autre, indépendamment des différences d'âge au sein de la population des seniors. Les régions dans lesquelles les seniors connaissent le plus de difficultés sociales sont celles où les seniors résident le plus souvent à domicile et où les situations de perte d'autonomie sont les plus fréquentes. L'étude nationale et les études régionales sont en ligne sur le site de l'Insee :
<https://www.insee.fr/fr/information/3562458>

Brunel, M. et Carrère, A. (2017). "Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 - Premiers résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014." *Les Dossiers de la Drees*(13)
<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd13.pdf>

En 2014, l'enquête Vie quotidienne et santé (VQS) interroge les seniors âgés de 60 ans ou plus, résidant à domicile. Plusieurs mesures de la perte d'autonomie et des incapacités peuvent être estimées grâce à cette enquête. Ainsi, parmi les personnes de 60 ans ou plus, 26 % déclarent au moins une limitation fonctionnelle (physique, sensorielle ou cognitive) ; 12 % ont des difficultés pour se laver et 28 % déclarent recevoir une aide humaine. Pour la plupart de ces mesures, les femmes sont les plus touchées par la perte d'autonomie. Par ailleurs, les difficultés ne sont pas indépendantes les unes des autres puisque l'on constate, pour plus d'un tiers des seniors, un cumul des limitations. L'enquête VQS 2014 met aussi en évidence une moindre perte d'autonomie et une diminution des incapacités chez les seniors vivant à domicile depuis la précédente enquête menée en 2007. Chez les 60-74 ans, les inégalités entre les sexes se sont réduites là où elles sont au désavantage des femmes, et creusées dans les situations où elles sont à leur avantage. Pour les 75 ans ou plus, les tendances sont moins marquées, et la situation semble rester toujours défavorable pour les femmes.

Cazeneuve-Lacrouz, A. et Godet F. (2016). L'espérance de vie en retraite sans incapacité s sévère devrait être stable pour les générations nées entre 1960 et 1990. In : France, portrait social 2016. Paris : INSEE
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2492175?sommaire=2492313>

Si la mortalité et les incapacités continuent d'évoluer selon les tendances actuelles, la génération née en 1960 peut espérer, à 50 ans, vivre en moyenne 19 années à la retraite sans incapacité sévère, c'est-à-dire sans restriction dans les activités de la vie quotidienne. Du fait de l'augmentation de la durée de vie et du progrès médical, et malgré des départs en retraite de plus en plus tardifs jusqu'à la génération née en 1975, cet indicateur de la qualité de vie à la retraite se stabiliserait, voire s'améliorerait à partir de la génération née en 1975. Les femmes nées en 1960 passeraient six ans de plus à la retraite que les hommes de la même génération, mais seulement quatre années de plus sans incapacité. Ces deux différences devraient légèrement diminuer pour les générations suivantes. Lorsque ces durées sont rapportées à la vie entière, les femmes restent avantagées par rapport aux hommes. Les moyennes recouvrent cependant des disparités importantes : 4 % des hommes et 13 % des femmes vivraient plus de 30 ans à la retraite sans incapacité, mais 14 % des hommes et 8 % des femmes vivraient moins de cinq années dans cette même situation.

(2016). Avis sur les innovations et système de santé. Document 9 : Personnes âgées, état de santé et dépendance : quelques éléments statistiques. Paris HCAAM

[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/document_9 -
_personnes_agees_etat_de_sante_et_dependance -
_quelques_elements_statistiques .pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/document_9_-_personnes_agees_etat_de_sante_et_dependance_-_quelques_elements_statistiques_.pdf)

Le HCAAM en 2010 et 2011 a conduit des travaux sur le vieillissement et la dépendance. Ces travaux ont permis d'établir, au vu des données disponibles, un premier diagnostic des besoins en santé des personnes âgées et des modalités de leur prise en charge, en particulier pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Sur la base de ce diagnostic le HCAAM a formulé un certain nombre de propositions parmi lesquelles la mise en place de parcours coordonnés de soins et d'accompagnement afin d'éviter des ruptures de prise en charge, le recours aux hospitalisations en urgence et la redondance des examens ; parcours coordonnés auxquels devraient être associés les différents professionnels intervenant auprès des personnes concernées qu'il s'agisse de professionnels relevant du secteur de la santé (médecins, infirmiers, aides-soignants,...) ou encore du secteur social (assistants sociaux, auxiliaires de vie, aides ménagères,...). Cette fiche complète le diagnostic en s'appuyant sur les dernières études disponibles. Elle illustre la porosité des frontières entre les soins à domicile destinés aux personnes âgées et les aides dont elles bénéficient au titre de la dépendance en s'appuyant sur quatre constats : - La frontière entre perte d'autonomie et difficultés de santé est ténue ; - Certaines dépenses de soins sont liées au niveau de dépendance ; - A domicile, les dépenses de soins spécifiques aux personnes âgées en perte d'autonomie sont du même ordre de grandeur que les dépenses prises en charge par l'APA ; - A domicile, la prise en charge des personnes âgées pour leurs soins de toilette et d'hygiène peut être assurée

(2016). Le compte personnel de prévention de la pénibilité et l'état de santé des seniors. Dossier du 23 novembre 2016, Paris : COR

<http://www.cor-retraites.fr/article478.html>

Calvet, L. (2016). "État de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile." Études Et Résultats (Drees) (988)

[http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-
resultats/article/en-ehpad-les-residents-les-plus-dependants-souffrent-davantage-de-
pathologies](http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-ehpad-les-residents-les-plus-dependants-souffrent-davantage-de-pathologies)

Après 75 ans, une personne sur douze vit en institution. L'entrée dans un établissement pour personnes âgées est souvent liée à des problèmes médicaux, en particulier ceux entraînant une perte d'autonomie. En institution, 86% des personnes âgées de 75 ans ou plus sont dépendantes, contre 13% des personnes du même âge vivant à domicile. Les maladies non létales (cataracte, arthrite, scoliose...) sont plus souvent déclarées par

les personnes vivant à domicile. D'autres maladies graves, comme le cancer, les maladies cardiaques et le diabète, sont autant signalées par les personnes en institution que par les personnes à domicile.

Madnessi, Y. et Pradines, N. (2016). "En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës." Études Et Résultats (Drees) (989)

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-ehpad-les-residents-les-plus-dependants-souffrent-davantage-de-pathologies>

Selon l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de 2011, les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) cumulent en moyenne 7,9 pathologies. Neuf sur dix souffrent d'affections neuropsychiatriques. Le nombre de pathologies et leur gravité sont très liés au niveau de dépendance. Environ 40% des résidents les plus dépendants ont au moins une pathologie chronique non stabilisée, contre 27% des résidents qui ne sont pas dépendants.

Makdessi, Y. et Outin, J.-L. (2016). "Handicap, âge, dépendance : quelles populations ?" Revue Française des Affaires Sociales(4): 399

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-4.htm>

Les douze articles sélectionnés sont ici regroupés en deux catégories qui concernent aussi bien le handicap que le vieillissement : « les fondements des droits et les catégories d'action publique » ; « les interventions en acte ». Plusieurs d'entre eux se sont attachés à exploiter des données originales produites par la DREES. Ces articles sont complétés par un cadrage statistique et par la présentation de trois modèles internationaux (Suisse, Allemagne et Québec) en début de dossier. Ils sont suivis du point de vue du conseil départemental du Pas-de-Calais et de trois contributions détaillant des expériences d'habitat dit « intermédiaire » entre le domicile particulier et l'établissement.

D'Almeida, S., et al. (2015). L'état de santé de la population en France - Édition 2015. Études et Statistiques. Paris DREES

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-edition-2015>

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie la 6e édition du rapport sur l'État de santé de la population en France, rédigé avec l'ensemble des producteurs de données. À travers plus de 200 indicateurs, ce

panorama détaillé de la santé conjugue approches par population, par déterminants et par pathologies, illustrant l'état de santé globalement favorable des Français. Il met également en lumière les principaux problèmes de santé auxquels sont confrontées les politiques publiques, dont les inégalités sociales de santé. Mortalité, espérance de vie à la naissance ou à 65 ans, mortalité cardio-vasculaire : au regard de ces grands indicateurs, l'état de santé en France se révèle globalement favorable, comparé aux autres pays développés. Les Français vivent toujours plus longtemps, même s'ils souffrent davantage de pathologies chroniques et d'incapacités fonctionnelles, conséquences de ce vieillissement de la population. Mais ce bon diagnostic est à nuancer par l'existence de disparités persistantes, notamment entre les femmes et les hommes, entre les régions et entre les différentes catégories sociales.

Leon, C. éd. et Beck, F. éd. (2014). Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010, St-Denis : INPES

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportements-sante-55-85/index.asp>

Selon les projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques, les plus de 65 ans représenteront en 2050 plus de 26% de la population française, contre 17,5% actuellement. L'espérance de vie à 60 ans sera par ailleurs sans doute plus longue qu'aujourd'hui. Dans un contexte de forte prévalence des maladies chroniques, ce double phénomène pose un certain nombre de défis à la collectivité : prévenir le risque de perte d'autonomie et maintenir la qualité de vie des personnes, si possible à domicile, afin de permettre à toutes et à tous de vivre le plus longtemps possible en bonne santé. Dans cette perspective, actualiser et préciser notre connaissance des populations âgées et de leurs comportements de santé apparaît indispensable. C'est l'objectif de cet ouvrage qui analyse les données de l'enquête Baromètre santé 2010 pour faire le point sur les comportements, attitudes et connaissances en santé des 55-85 ans, en explorant diverses thématiques jusque-là peu étudiées pour ces populations. Les résultats, analyses et propositions de cet ouvrage visent à affiner ou à faire évoluer les stratégies de prévention et de promotion de la santé de l'ensemble des acteurs en lien avec les populations âgées (élus, décideurs, professionnels de santé, proches, aidants bénévoles ou professionnels).

Vernay, M., et al. (2013). "Maigreur, obésité et perte d'autonomie chez les personnes âgées à domicile en France. L'enquête nationale Handicap-Santé volet "ménages", 2008." Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (33-34): 425-432.

http://www.invs.sante.fr/beh/2013/33-34/2013_33-34_1.html

Introduction : l'objectif était de décrire la prévalence de l'obésité et de la maigreur chez les personnes âgées à domicile en France et d'étudier leur association avec la perte d'autonomie. Méthodes : l'enquête nationale Handicap-Santé, volet "ménages", réalisée

en 2008, comportait un recueil en face-à-face de données sociodémographiques, anthropométriques et sur les restrictions d'activité de la vie quotidienne.

(2011). "Emploi et santé des seniors durablement exposés à des pénibilités physiques au cours de leur carrière : l'apport de l'enquête - Santé et itinéraire professionnel." DARES Analyses(020) <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/emploi-et-sante-des-seniors-durablement-exposes-a-des-penibilites-physiques-au>

Selon l'enquête Santé et itinéraire professionnel de 2007, 35 % des personnes de 50 à 59 ans ayant travaillé au moins dix ans déclarent avoir été exposées pendant quinze ans ou plus à l'une au moins des quatre pénibilités suivantes : travail de nuit, travail répétitif, travail physiquement exigeant, produits nocifs ou toxiques. 40 % d'entre elles déclarent avoir cumulé au moins deux pénibilités physiques durant leur parcours professionnel, dans le même emploi ou dans des emplois successifs. Les personnes de 50 à 59 ans, qui ont été durablement exposées à des pénibilités physiques, sont moins souvent en bonne santé: 24 % se déclarent limitées dans leurs activités quotidiennes du fait d'un problème de santé contre 17 % des autres seniors. Elles sont également moins souvent en emploi après 50 ans, notamment après un cumul de pénibilités physiques : 68 % des personnes exposées à au moins une pénibilité et 62 % de celles exposées à au moins trois pénibilités sont en emploi après 50 ans contre 75 % de celles qui n'ont pas été exposées ou qui l'ont été moins de quinze ans.

Ankri, J. et Jeandel, C. c. (2011). De l'intérêt des grandes bases de données pour l'étude de l'état de santé des personnes âgées. Livre blanc de la gériatrie française : gériatrie 2011., Paris : ESV Production: 22-29.

Ce chapitre donne un aperçu d'ensemble des grandes sources statistiques existant en France permettant d'étudier la morbidité des populations âgées voire des processus du vieillissement.

Perrin-Haynes, J., et al. (2011). "Les personnes âgées en institution." Dossiers Solidarité Et Santé (Drees) (22) <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier201122.pdf>

Selon le volet 'pathologies et morbidité' de l'enquête réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) dans les établissements hébergement pour personnes âgées (EHPA) en 2007, les résidents des EHPA souffrent de multiples pathologies. Les trois quarts des résidents sont notamment atteints au moins une affection cardiovasculaire, hypertension artérielle étant la plus fréquente. En outre, plus de huit sur dix souffrent au moins une affection neuropsychiatrique, plus d'un tiers présentant un syndrome démentiel dont la maladie

d'Alzheimer. La proportion de personnes souffrant de démence s'élève à 42 % dans les seuls établissements hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Plusieurs indicateurs tendent à montrer les grandes difficultés, voire l'impossibilité pour les proches à prendre en charge les personnes atteintes de ce type de maladie à domicile. Pour apporter un soutien accru à ces patients et à leurs aidants familiaux, un des objectifs du Plan Alzheimer 2008-2012 est le développement de places d'accueil de jour et hébergement temporaire dans un cadre réglementaire structuré. Les résultats de l'enquête menée conjointement par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en collaboration avec la DREES auprès des structures disposant de places d'accueil de jour et/ou hébergement temporaire pour personnes âgées dépendantes en 2009 font état de l'organisation de ces deux types d'accueil encore essentiellement proposés dans des EHPAD dont l'activité principale est hébergement permanent

Renaut, S. (2011). "Parcours de vie et vieillissement ordinaire : données de cadrage."

Gérontologie Et Société(138): 13-34

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Vieillir est un processus de longueur et de vitesse inégales. Un vaste panorama des conditions de vie et de santé de la population générale, dès 45 ans et jusqu'à 85 ans et plus, est présenté par tranche d'âge décennal à partir de l'enquête Handicap-Santé, réalisée en 2008 par l'Insee et la Drees. La qualité du vieillissement est constitutive des différentes dimensions qui structurent le parcours de vie : l'environnement, l'habitat et le logement, l'organisation économique et sociale du ménage et de la famille, les ressources individuelles de santé et les modes de prise en charge. (R.A.).

Robine, J. M. et Jeandel, C. c. (2011). Démographie et santé du grand âge. Livre blanc de la gériatrie française : gériatrie 2011, Paris : ESV Production: 22-29

Ce chapitre considère la question de la démographie du grand âge en France en la replaçant dans un contexte démographique général, tout en la comparant chaque fois que possible à la situation en Allemagne. Il présente tout d'abord la pyramide des âges, constate le flou concernant la connaissance de l'état de santé des très âgés en passant par les rapports entre les générations, l'augmentation du nombre des très âgés, les travailleurs dans le secteur de la dépendance (long term care) et l'incertitude des projections.

(2010). "L'état de santé des travailleurs âgés." Retraite Et Société(59

<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe.htm>

Au cœur du débat sur le recul de l'âge de la retraite, ce numéro s'intéresse à la santé des 50-65 ans. Les différents articles sont empruntés à la démographie ou aux

statistiques de la santé et du travail. Ils dressent un panorama de la santé des quinquagénaires et des sexagénaires, travailleurs ou inactifs, en France, en Europe, aux États-Unis ou encore au Canada. Ce dossier entend ainsi apporter des éléments de réponse à ces questions d'actualité en mettant en perspective différentes études sur les situations de santé et de travail des populations en fin de vie active. (extrait du 4e de couv.).

Cambois, E., et al. (2010). "Espérances de vie, espérances de vie en santé et âges de départ à la retraite : des inégalités selon la profession en France." *Retraite Et Société*(59): 194-205
<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe.htm>

Dans cet article, les auteurs présentent un regard croisé sur l'ampleur et la nature des différences d'espérances de vie et d'espérances de vie en santé selon la profession ainsi que sur le rôle socialement différencié de la santé dans les décisions de cessation d'activité. Cette synthèse de résultats français récents sur l'état de santé et les déterminants des départs en retraite vise à souligner le caractère indissociable de ces deux champs de recherche. (intro.).

Dos Santos S. et Makdessi, Y. (2010). "Une approche de l'autonomie chez les adultes et les personnes âgées : premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008." *Études Et Résultats (Drees)* (718)
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er718.pdf>

L'enquête Handicap-Santé en ménages ordinaires (HSM), réalisée par la DREES et l'INSEE en 2008, doit permettre d'actualiser les résultats de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), menée en 1999 dans les ménages ordinaires. Cette étude vise à évaluer le degré d'autonomie des adultes et des personnes âgées vivant à domicile. Privilégiant une approche large de l'autonomie et de la dépendance (au-delà du seul "handicap"), elle prend en compte les incapacités rencontrées au quotidien ainsi que l'environnement social et physique dans lequel vivent ces personnes.

Oberlin P., Mouquet M. (2010). Les fractures du col du fémur en France entre 1998 et 2007 : quel impact du vieillissement ? *Études et Résultats (Drees)*, (723)
<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/12443>

La fracture de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) est la complication la plus grave de l'ostéoporose, entraînant fréquemment une incapacité physique permanente résiduelle et pouvant être la cause du décès. En 2007, elle est à l'origine de 77 300 séjours en médecine, chirurgie, gynécologie obstétrique (MCO) pour les patients âgés de 55 ans ou plus, dont les trois quarts pour des femmes. L'augmentation de la population âgée a entraîné entre 1998 et 2007 une hausse du nombre de séjours pour ce motif, en particulier chez les hommes (+12,9%). Dans le même temps, les taux standardisés

d'hospitalisation ont baissé (-17,5% chez les femmes et - 9,9% chez les hommes), reflétant en partie l'impact des campagnes de prévention des chutes réalisées au cours de ces années. En 2007, l'âge moyen des patients hospitalisés pour une fracture du col est de 83,2 ans pour les femmes et de 79,6 ans pour les hommes. Ces derniers ont une durée moyenne de séjour plus longue (14,6 jours en 2007 contre 13,5) et qui a baissé moins rapidement que celle des femmes depuis 1998. Le taux de mortalité au cours des séjours en MCO est deux fois plus faible pour les femmes que pour les hommes. Il a diminué au cours des années 2000 et s'établit respectivement à 3,7 et 7,7% en 2007.

De Rodat O., et al. (2008). Vieillesse des populations et état de santé dans les régions de France : Principales évolutions sociodémographiques ; État de santé et pathologies ; Aides et soins aux personnes âgées. Les études du réseau des ORS. Paris FNORS
<http://www.fnors.org/uploadedFiles/vieillessement.pdf>

Dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2006-2008 passée entre la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé et la Direction générale de la santé, une exploitation des données disponibles concernant l'état de santé des personnes âgées de 75 ans ou plus a été effectuée. Cette démarche a pour objectif de mesurer la diversité des régions face au vieillissement de leur population et à l'état de santé des personnes âgées de 75 ans ou plus, à partir des différentes sources d'information disponibles. Ces données sont présentées en trois chapitres : les données sociodémographiques, principalement issues du recensement de la population de 1999 ; les indicateurs de santé : statistiques de causes médicales de décès (Inserm CépiDc), recours hospitaliers en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (Drees-PMSI) et statistiques d'admissions en affection de longue durée (Cnamts, CCMSA, RSI) ; les indicateurs « aides et soins » concernant les personnes âgées : aides à l'autonomie, soins de premier recours, équipements d'hébergement... Les pathologies retenues dans le chapitre « problèmes de santé » correspondent aux problèmes de santé les plus significatifs en matière de mortalité, d'affections de longue durée (pathologies cardiovasculaires, cancers, maladies de l'appareil respiratoire, démences, chutes) et de recours aux soins hospitaliers (cataractes). Ce n'est bien sûr qu'un aspect de la morbidité à cet âge, qui s'exprime principalement par une polyopathie et ses conséquences en termes d'incapacités et de désavantage social. Ce travail à visée descriptive met en évidence la grande diversité des situations observées au sein des régions. Il permet également d'explorer les corrélations entre les différentes données analysées, grâce à l'analyse multivariée. Dans ce domaine comme dans de nombreux autres domaines de l'observation sociale et sanitaire, des particularismes régionaux forts persistent. Mais les situations observées ne sont pas statiques, et ce rapport nous invite à revisiter les réalités territoriales avec un regard plus transversal.

Henrard, J. C., et al. (2007). "Vieillesse et santé II : idées reçues, idées nouvelles : Actes du Forum franco-québécois sur la santé." Santé Société Et Solidarité : Revue de L'observatoire Franco-Québécois (1/2006)

Ce document présente les actes du premier Forum franco-québécois de la santé organisé par l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité (OFQSS) les 25 et 26 septembre 2005 au Québec. Sous le thème " Idées reçues, idées nouvelles ". Ce Forum, consacré à la recherche des meilleures pratiques et à leurs applications, est l'occasion privilégiée d'analyser certaines idées préconçues quant aux réalités liées au vieillissement, de débattre de leurs fondements et de dégager des idées nouvelles sur ces questions.

Ricard, C. et Thelot, B. (2007). "Plusieurs centaines de milliers de chutes chez les personnes âgées chaque année en France." Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (37-38)
http://www.invs.sante.fr/beh/2007/37_38/beh_37_38_2007.pdf

Les personnes âgées de 65 ans et plus sont victimes chaque année en France de 550 000 accidents de la vie courante (AcVC) avec recours aux urgences. Elles contribuent pour plus des trois quarts aux 20 000 décès annuels par AcVC. Une grande majorité de ces AcVC sont le résultat de chutes. L'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante repose sur l'enregistrement des recours aux urgences pour AcVC dans quelques hôpitaux en France. La collecte des données est exhaustive. Les données des années 2004 et 2005 ont été traitées pour fournir des résultats sur les chutes des personnes âgées. Les chutes constituaient 84% des mécanismes à l'origine d'un AcVC chez les 65 ans et plus. Le taux d'incidence des chutes accidentelles avec recours aux urgences est de 4,5 pour 100 personnes, 3 pour 100 hommes et 5,6 pour 100 femmes. Elles sont survenues principalement à domicile (78%). Les fractures ont représenté 41% des lésions et les membres inférieurs ont été les plus lésés (34% des cas). Les chutes ont donné lieu à une hospitalisation dans 37% des cas. L'enquête Epac est la seule source en France qui permet de fournir des estimations de taux d'incidence des chutes. Ces résultats dépendent des caractéristiques des hôpitaux collectant les données. Dans son extension actuelle, Epac rend toutefois mal compte des évolutions dans le temps du nombre de chutes chez les personnes âgées. (R.A.).

Dutheil, N. et Scheidegger, S. (2006). "Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement." Études Et Résultats(494)
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-pathologies-des-personnes-agees-vivant-en-etablissement>

Le volet "pathologies et morbidité" de l'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de 2003 - renseigné par un médecin pour environ 4 500 résidents - permet d'acquérir une meilleure connaissance des maladies

dont souffrent les personnes âgées en institution. Ainsi, 85% des résidents présentent une affection neuropsychiatrique. Globalement, les résidents cumulent en moyenne sept pathologies diagnostiquées, mais huit ou plus pour un tiers d'entre eux, et près de la moitié de ceux accueillis en unité de soins de longue durée. Ils consomment en moyenne 6.4 médicaments par jour.

Dutheil, N. et Scheidegger, S. (2006). "Pathologies et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées." Études Et Résultats(515)
<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/12690>

En établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), le nombre moyen de pathologies par patient augmente avec la perte d'autonomie. La gravité des pathologies augmente également selon le niveau de dépendance. Les résidents des GIR 1 et 2 sont plus fréquemment atteints de démence (56% d'entre eux) et d'incontinence urinaire (55%) ; ceux des GIR 3 et 4 (modérément dépendants) souffrent surtout d'hypertension artérielle (HTA) et d'insuffisance cardiaque (respectivement 50% et 31%), enfin les patients classés en GIR 5 et 6, d'HTA et de troubles anxieux (respectivement 55% et 38%).

(2005). Les personnes âgées : édition 2005. Références. Paris INSEE

L'Insee propose, avec " Les personnes âgées - édition 2005 ", un panorama actuel et précis sur les seniors, construit autour de quatre thèmes principaux : la démographie, l'état de santé, les conditions de vie, les revenus et le patrimoine. Nombreuses sont les publications démographiques et sociales du système statistique public où l'âge est pris en compte pour différencier des caractéristiques et des comportements. " Les personnes âgées - édition 2005 " exploite et rassemble ces données sous forme de fiches exhaustives proposant graphiques, données et analyses (résumé d'auteur).

Attias-Donfut, C. et Tessier, P. (2005). "Santé et vieillissement des immigrés." Retraite Et Société(46): 89-129
<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2005-3-page-89.htm>

L'étude sur la santé des immigrés âgés, présentée ici, est fondée sur les données de l'enquête "Passage à la retraite des immigrés", réalisée par la CNAV, avec la collaboration de l'INSEE en 2002-2003. L'objectif de l'article est double. Les déterminants de la santé des enquêtés sont analysés afin de mettre en évidence le rôle éventuel de facteurs spécifiques au phénomène migratoire, à savoir la durée de résidence en France et la région d'émigration. Dans un second temps, les besoins évalués à partir de déficiences de santé sont confrontés aux aides reçues de la part de l'entourage ou de l'aide professionnel.

Coutrot, T. et Waltisperger, D. (2005). "L'emploi des seniors souvent fragilisé par des problèmes de santé." Premières Informations Et Premières Synthèses (08.1)

<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/3893>

Plus du quart des personnes de 50 à 59 ans étaient sorties prématurément de l'emploi en mars 2002. En moyenne, l'état de santé de ces personnes est nettement moins bon que celui des actifs occupés du même âge. Plus de 40 % des seniors sans emploi déclarent souffrir d'une affection qui limite leur capacité de travail. Parmi eux, un sur cinq attribue la dégradation de son état de santé à un accident ou une maladie liée à son activité professionnelle passée. Plus d'un ouvrier sur trois, âgé de 50 à 59 ans, est sans emploi. Parmi eux, plus de la moitié déclarent souffrir d'une affection limitant leur capacité de travail.

Mesle, F. (2005). "Espérance de vie et mortalité aux âges élevés." Retraite Et Société (45)

À la fin du XXème siècle, les progrès de l'espérance de vie à la naissance ont pu se poursuivre grâce à une baisse spectaculaire de la mortalité au-delà de 70 ans. Amorcée dès les années cinquante chez les femmes, cette baisse bénéficie désormais également aux hommes. La réduction de la mortalité cardio-vasculaire est le principal moteur des progrès observés aux grands âges. L'évolution de nombreuses autres pathologies a toutefois joué un rôle important dans ces progrès. Ainsi, les succès remportés dans la lutte contre les maladies infectieuses respiratoires - y compris la grippe - ou la baisse de la mortalité par chutes accidentelles ont également concouru à la diminution des risques de décès aux âges avancés. Face à ces améliorations, un certain nombre de points noirs subsistent. En effet, on n'observe encore aucune réduction franche de la mortalité par tumeurs et le poids des démences séniles semble s'accroître. La France n'en figure pas moins dans les pays les mieux placés, juste derrière le Japon. La situation sanitaire des personnes âgées y apparaît meilleure que dans certains autres pays industriels, comme les États-Unis et les Pays-Bas, qui peinent à trouver les clés de la réduction de la mortalité aux très grands âges (Résumé de l'auteur).

(2004). "Vieillesse et dépendance." Problèmes Politiques Et Sociaux(903)

Alors qu'elle relevait avant la Seconde guerre mondiale de la seule sphère privée, la prise en charge des personnes âgées est devenue, à la suite de la mise en place et de la généralisation des systèmes de protection sociale, une préoccupation collective. Or, son financement sera de plus en plus problématique à partir de 2005, avec l'arrivée des générations du baby-boom à l'âge de la retraite, et plus encore à compter de 2020, au moment de leur entrée dans le quatrième âge. Évitant le regard " misérabiliste " trop souvent porté sur la vieillesse, ce dossier présente les débats relatifs aux effets du vieillissement notamment sur la santé, puis offre une description des différentes

réponses apportées à la dépendance des personnes âgées. Enfin, il évoque les adaptations que le dispositif gérontologique français doit réaliser afin de faire face aux contraintes économiques et de réduire les inégalités intra et intergénérationnelles liées au vieillissement démographique.

Bickel, J. F. et Girardin, K. (2004). "De l'impact de la fragilité sur la vie quotidienne : changements et continuité des activités et du bien-être dans le grand âge." *Gérontologie Et Société*(109): 63-82.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Sur la base des cinq premières années d'une étude longitudinale auprès d'une cohorte d'octogénaires, cet article porte sur les conséquences de la fragilité dans la vie quotidienne, deux dimensions étant retenues : activités et bien-être.

Cambois, E., et al. (2004). "Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap." *Gérontologie Et Société* (110): 283-291

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

En dix ans, entre 1981 et 1991, alors que l'espérance de vie à la naissance progressait pour les hommes comme pour les femmes de 2,5 ans, l'espérance de vie sans incapacité augmentait de 2,6 ans pour les femmes et de 3 ans pour les hommes. Toutes les années gagnées ont donc été des années sans incapacité. Les femmes vivent plus longtemps avec des incapacités que les hommes. Leur espérance de vie étant plus longue, elles atteignent, en effet, des âges plus élevés auxquels les handicaps sont fréquents ! En outre, à âge égal, elles souffrent plus qu'eux d'incapacités.

Cambois, E. et Lievre, A. (2004). "Risques de perte d'autonomie et chances de récupération chez les personnes âgées de 55 ans ou plus : une évaluation à partir de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance." *Études Et Résultats (Drees)* (349)

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/risques-de-perte-d-autonomie-et-chances-de-recuperation-chez-les-personnes>

Après avoir rappelé l'état fonctionnel de la population âgée de 55 ans ou plus en 1998 et 1999 à partir des données issues de la première vague des enquêtes Handicaps, incapacités, dépendance (HID) à domicile et en institutions, cette étude suit l'évolution des problèmes déclarés par ces personnes deux ans plus tard, en 2000 et 2001 : à partir de cette information déclarative, elle donne une estimation des risques de dégradation et des chances d'amélioration de l'état fonctionnel des personnes enquêtées et en analyse les déterminants.

Mesle, F. (2004). "Allongement de la vie et évolution des pathologies." Gérontologie Et Société (108): 15-34

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Après avoir rappelé dans une première partie les grandes caractéristiques de la baisse de la mortalité et illustré plus particulièrement la hausse de l'espérance de vie aux grands âges, cet article retrace l'évolution de la mortalité par cause depuis les années 1920. La troisième partie est consacrée à une discussion sur les différentes perspectives d'évolution pour le XXIème siècle.

Renaut, S. (2004). "Du concept de fragilité et de l'efficacité de la grille AGGIR." Gérontologie Et Société (109): 83-107.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Combien de personnes âgées vivent-elles aujourd'hui en France à domicile ? A l'appui de réflexions menées sur le concept de fragilité et de travaux empiriques conduits en Californie et en Suisse, un indicateur de fragilité est élaboré puis confronté à la mesure de l'autonomie évaluée à partir de la grille AGGIR. On estime que le tiers de la population de 75 ans et plus est en situation de fragilité mais seule une minorité (un tiers) répond aux critères de prise en charge par l'allocation personnalisée d'autonomie.

Volkoff, S. et Bardot, F. (2004). "Départs en retraite précoces ou tardifs : à quoi tiennent les projets des salariés quinquagénaires ?" Gérontologie Et Société (111): 71-94

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Pour que l'augmentation des durées de cotisation retraite entraîne réellement l'accroissement des durées d'activité, il faudrait que la gestion prévisionnelle des âges et du travail soit effective dans les entreprises. La prise en compte de la santé et des conditions de travail des salariés âgés, au travers des résultats de l'enquête SVP 50 (Santé et vie professionnelle après 50 ans - échantillon de 11000 salariés) permet de relier ces éléments aux intentions de départs avant et après l'acquisition des droits à la retraite. Parmi les salariés qui connaissent l'âge auquel ils auront acquis ces droits, presque un sur quatre compte partir avant et un sur six compte rester au travail au-delà. Les conditions de travail difficiles, dans un sens large, constituent un motif de "partir avant" qui est peu différencié socialement, alors que le parcours de travail jugé "pénible" est plus fréquemment cité chez les ouvriers. Les parcours professionnels discontinus des femmes expliquent, pour partie, les différences observées avec les hommes. Un travail qui manque de "sens" (variété, occasion d'apprendre, reconnaissance...) renforce nettement l'intention d'un départ précoce. En symétrie, un travail apprécié, mais surtout une vision péjorative de la retraite, tendent à faire reculer l'âge de retrait. (R.A.).

Boissonnat, V. (2003). "Présentation du dossier : "Handicaps, incapacités, dépendance" : une première synthèse des résultats de l'enquête nationale de l'INSEE." Revue Française Des Affaires Sociales (1-2)
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales.htm>

Cet article présente ce numéro spécial de la Revue française des affaires sociales issu d'un colloque organisé autour de l'enquête "Handicaps, incapacités, dépendance" (HID) de l'INSEE, première enquête nationale concernant le handicap et la dépendance. Ce colloque, organisé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en partenariat avec l'INSEE et l'INSERM en octobre 2002, visait à restituer les premiers résultats issus des diverses exploitations de cette enquête et à dresser un bilan provisoire des connaissances issues de l'enquête HID. La publication de ces résultats dans la revue a une double justification : donner une visibilité d'ensemble à des connaissances produites à partir d'une même enquête, mais restées dispersées jusque-là ; mais aussi l'occasion d'élargir leur diffusion auprès d'un lectorat important et particulièrement concerné par les questions sociales. Les articles qui composent ce numéro sont regroupés par thème : - les trois premiers correspondent à la séance inaugurale, consacrée aux principaux éléments de cadrage statistique, - les trois articles suivants sont consacrés aux personnes âgées, - les quatre contributions suivantes concernent les enfants et les adultes handicapés. La dernière séance du colloque abordait quelques questions plus transversales : disparités et écarts entre sexe masculin et sexe féminin, catégories d'âges, handicap et inégalités sociales et, enfin, environnement, vie sociale et citoyenneté. Une toute dernière communication traitait des perspectives pour la recherche dans le champ du handicap après la rencontre entre acteurs sociaux et chercheurs.

Cambois, E., et al. (2003). "Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap." Population Et Sociétés(386)

L'espérance de vie à la naissance a connu une progression formidable tout au long du XXe siècle en France, passant de 45 ans en 1900 à 79 ans en 2000. Depuis une trentaine d'années, son augmentation résulte principalement du recul de la mortalité chez les personnes âgées. Mais les années de vie ainsi gagnées le sont-elles en bonne ou en mauvaise santé ? En dix ans, entre 1981 et 1991, alors que l'espérance de vie à la naissance progressait pour les hommes comme pour les femmes de 2,5 ans, l'espérance de vie sans incapacité augmentait de 2,6 ans pour les femmes et de 3,0 ans pour les hommes. Toutes les années gagnées ont donc été des années sans incapacité. Les femmes vivent plus longtemps avec des incapacités que les hommes (en 1991, 12,6 ans contre 9,1 ans). Leur espérance de vie étant plus longue, elles atteignent, en effet, des âges plus élevés auxquels les handicaps sont fréquents. En outre, à âge égal, elles souffrent plus souvent qu'eux d'incapacités mais ont un recours différent au placement

en institution. La plupart des pays ayant réalisé ce type d'étude aboutissent au même résultat. (Intro.).

Cribier, F. (2003). "La santé auto-estimée des hommes et des femmes à l'époque de la retraite." *Retraite Et Société*(39): 94-117
<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe.htm>

Cet article s'intéresse à la notion de santé auto-estimée au sein d'une cohorte de retraités parisiens. Il compare deux cohortes, l'une partie à la retraite en 1972 et l'autre en 1984. Les résultats montrent que la seconde vague, avec un niveau d'éducation plus élevé, est partie à la retraite à un âge moins élevé, a bénéficié d'un meilleur accès aux soins et a exercé en moyenne des métiers moins pénibles. Objectivement, cette population est en meilleure santé que la première à un âge donné, malgré ses dires.

Dufour-Kippelen, S. et Mesrine, A. (2003). "Les personnes âgées dépendantes - Les personnes âgées en institution." *Revue Française Des Affaires Sociales* (1-2): 123-148
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales.htm>

Les deux vagues de collecte de l'enquête "Handicaps, incapacités, dépendance" (HID) de 1998 et 2000 ont permis une meilleure connaissance des personnes vivant en institution. Cet article présente les travaux consacrés aux personnes âgées de 60 ans ou plus résidant en maisons de retraite et unités de soins de longue durée. Les personnes âgées résidant en institution pour adultes handicapés et en établissements psychiatriques, peu nombreuses, présentent des profils très particuliers et sont, par conséquent, exclues ici des analyses. Après avoir rappelé les principales caractéristiques démographiques de la population hébergée en établissement pour personnes âgées, l'article aborde, successivement, l'état de santé des pensionnaires, leurs revenus et milieu socioprofessionnel, leurs réseaux de parenté et relations familiales ainsi que leur vie quotidienne et sociale. La conclusion évoque quelques pistes de recherche ou d'approfondissement possibles pour des travaux futurs.

Goillot, C. et Mormiche, P. (2003). "Les Enquêtes Handicaps - Incapacités - Dépendance de 1998 et 1999. Résultats détaillés." *Insee Résultats : Société*(22)

Ce document consacré à l'Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) est un volume de synthèse des deux enquêtes de 1998 auprès des personnes vivant en institutions et de 1999 auprès des personnes vivant en domicile ordinaire en France métropolitaine. Elle est articulée autour de trois grands thèmes : les déficiences, les incapacités et les désavantages, et s'intéresse aux conséquences des problèmes de santé sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et la vie sociale des personnes.

Henrard, J. C. et Ankri, J. (2003). Vieillesse, grand âge et santé publique, Rennes : Editions de l'ENSP

Cet ouvrage examine les différents thèmes de santé publique dans le domaine du vieillissement : la santé (bonne ou mauvaise) de la population âgée et ses déterminants, le système d'aide et de soins, les politiques mises en œuvre. Il souligne l'enjeu principal d'aujourd'hui : offrir une prise en charge mieux adaptée et moins inégalitaire face à la complexité des interactions entre le vieillissement biologique, les maladies chroniques et les ressources de l'environnement individuel et collectif. Il présente également les enjeux de demain, avec une inconnue : l'état de santé des personnes du très grand âge. Le financement équitable des soins de longue durée reste un enjeu important que l'allocation personnalisée d'autonomie est loin d'avoir résolu.

Mesle, F., et al. (2002) La santé aux grands âges, Paris : INED.

L'accroissement rapide du nombre de personnes très âgées fait craindre depuis longtemps une expansion de la morbidité, contribuant à l'envolée des dépenses médicales, et une pandémie des incapacités, amenant une multiplication des besoins d'aide pour les activités de la vie quotidienne. Ce cahier de l'INED reprend les actes d'un séminaire portant sur l'état de santé des aînés, leur évolution depuis 25 ans et leur interprétation. Le classement des actes se fait selon la thématique suivante : évolution de la mortalité aux âges élevés en France depuis 1950, évolution globale de l'état de santé des personnes âgées, rôle de l'évolution des conditions de vie et de travail. Le quatrième chapitre propose un éclairage sociologique sur la manière dont la santé des personnes âgées s'inscrit dans leur trajectoire professionnelle et biographique, et insiste sur la nécessaire " contextualisation " du travail par son marché et son accessibilité, de même que celle des conditions d'existence. Un cinquième chapitre passe en revue les principales avancées concernant les personnes âgées dans le domaine de la médecine curative et préventive et effectue un bilan de la littérature concernant l'efficacité des différentes approches. Enfin, le sixième chapitre confirme la hausse de la prévalence déclarée pour les maladies chroniques liées au vieillissement, et s'interroge quant à l'interprétation de cette hausse dans un contexte d'élévation de l'espérance de vie sans incapacité.

Kerjose, R., et al. (2003). "Nouvelles données sur le grand âge : autonomie et dépendance." Retraite Et Société(39)
<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2003-2.htm>

De la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes initiée en 1999, à la loi du 2 janvier 2002 qui réaffirme les droits des usagers des établissements sociaux et médico-sociaux, en passant par la création de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) et la naissance, en mars 2002, du diplôme d'état

d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), le secteur de l'aide aux personnes âgées a connu, ces dernières années, des mutations importantes. Et ce, alors que des progrès considérables étaient réalisés en parallèle dans la connaissance de l'épidémiologie du vieillissement et des conditions de vie des personnes âgées. Ce numéro de Retraite et Société est consacré au secteur de l'aide aux personnes âgées, tente de faire le bilan de ces avancées. Cinq articles éclairent les perspectives à venir en matière d'autonomie et de prise en charge des personnes âgées : personnes âgées dépendantes, dénombrement, projection et prise en charge ; l'assurance privée face à la dépendance, concepts et mesures de l'incapacité, la santé auto-estimée des hommes et des femmes à l'époque de la retraite, l'enjeu de la professionnalisation du secteur d'aide à domicile en faveur des personnes âgées.

Goillot, C. et Mormiche, P. (2002). "Enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance auprès des personnes vivant en domicile ordinaire en 1999. Résultats détaillés." *Insee Résultats : Société*(6) http://www.insee.fr/fr/ppp/collect_frame.asp?coll_id=2

L'Enquête HID (Handicaps-Incapacités-Dépendance) réalisée fin 1999 concerne les individus vivant en domicile ordinaire en France métropolitaine. Elle est articulée autour de trois grands thèmes : les déficiences, les incapacités et les désavantages et s'intéresse aux conséquences des problèmes de santé sur l'intégrité physique, la vie quotidienne et la vie sociale des personnes. Ce volume se décline en trois chapitres : le premier offre une présentation d'ensemble de l'enquête, le second fournit les résultats (questionnaires, publications...), le troisième présente les différents tableaux (population des ménages, déficiences, incapacités..).

Martin-Houssart, G., et al. (2002). "Gestion des âges et fin d'activité." *Retraite Et Société*(36) <https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe.htm>

Ce fascicule est centré sur la question de l'emploi des travailleurs âgés sur différents aspects : données statistiques sur l'emploi des plus de 50 ans, les seniors et l'intérim, l'état de santé en fin d'activité, fin de carrière et transition vers la retraite : le problème des limites d'âge chronologique, discrimination fondée sur l'âge et fin de carrière, la politique européenne en faveur du vieillissement actif.

Michaudon, H. (2002). "Les personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID." *Études Et Résultats*(204) <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/13105>

L'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) a été mobilisée pour décrire les personnes handicapées vieillissantes. L'objet de cette étude est moins de fournir une estimation du nombre brut de personnes handicapées vieillissantes que de décrire leurs

caractéristiques et leur situation, en distinguant notamment celles qui sont âgées de 40 à 60 ans et celles de plus de 60 ans.

Colvez, A., et al. (2001). "Santé des personnes âgées et surveillance de "l'effet génération" : un objectif des futures enquêtes HID. Pistes de réflexion à travers le suivi pendant 20 ans d'une population de 1000 personnes de 65 ans et plus en Haute-Normandie." Série Études - Document de Travail - Drees(16)

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/handicaps-incapacites-dependance-premiers-travaux-d-exploitation-de-l-enquete>

Cet article souhaite évoquer des pistes de réflexions pour les prochaines enquêtes HID en s'appuyant sur une enquête longitudinale qui a suivi pendant 20 ans une population de 1000 personnes de 65 ans et plus qui a permis d'obtenir des données concernant les processus chroniques invalidants. A la lumière de cette enquête, l'article souligne la nécessité de renouveler l'enquête HID au moins tous les dix ans pour pouvoir répondre à la question de savoir s'il existe un "effet génération" pour l'incapacité.

Renaut, S. (2001). "Vivre en institution après 75 ans." Série Études - Document de Travail - Drees(16): 273-297.

Vivre en institution aujourd'hui concerne en France moins de 4% des sexagénaires et une personne sur 10 pour celles qui ont atteint 75 ans, c'est-à-dire respectivement environ 500 000 et 400 000 résidents. Les établissements spécialisés dans l'accueil des personnes âgées font face à une population de plus en plus âgée et dépendante, du point de vue physique et psychique. Le célibat ou la survenue du veuvage augmente le risque pour un homme de vivre en établissement mais les femmes sont bien entendu tout à fait majoritaires. Un cinquième des résidents n'a pas de famille proche, un tiers n'a pas de descendance. Une très large majorité des parents âgés reçoivent chaque semaine la visite d'un enfant. Dans les fratries mixtes, les filles sont plus souvent à l'origine de ces rencontres qui semblent "facilitée" par la plus grande proximité géographique avec les parents. Enfin, une approche par le nombre de générations familiales montre que les résidents qui n'ont pas de petits-enfants sont entrés en établissement plus souvent à cause de leur état de santé plus dégradé tant du point de vue psychique que physique.

Thouez, J. P. et Rodwin, V. p. (2001). Territoire et vieillissement, Paris : Presses Universitaires de France

Plaider pour l'instauration d'une différence entre le vieillissement de la population et le vieillissement de l'individu, tel est le but de cet ouvrage. Le vieillissement de la population est généralement retenu pour évaluer, dans le temps, les problèmes de

santé et la demande potentielle en soins de santé de la population âgée. En réalité, en dépit de l'effort soutenu par les pays au cours des dernières décennies, les renseignements fiables sur l'état de santé régionaux ou globaux restent limités. Il semble, de plus en plus, que l'on doive retenir le concept de vieillissement de l'individu pour mieux cerner la demande réelle des personnes âgées et, en particulier, leur maintien à domicile. En effet, le vieillissement varie selon les histoires de vie propres à chaque individu. Il faut donc replacer l'aîné dans son contexte social et environnemental pour mieux organiser les soins de proximité.

Badeyan, G. et Colin, C. (1999). "Les personnes âgées dans les années 90. Perspectives démographiques, santé et modes d'accueil." Études Et Résultats(40)
<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/13290>

Le vieillissement de la population constitue l'un des thèmes majeurs du débat public. Il pose des problèmes différents, et qui ne concernent pas les mêmes classes d'âge, selon qu'il s'agit de retraites, de santé, d'hébergement ou de dépendance. Cet article a pour objet de présenter une synthèse sur la situation des personnes âgées dans les années 90 en termes de démographie, d'état de santé et de modes d'accueil.

Henrard, J.-C. (1997). "La santé au grand âge." Actualité Et Dossier En Santé Publique(20)

En introduction, l'auteur précise les spécificités de la notion de santé pour ce groupe d'âge, les effets du vieillissement physiologique (et les pathologies et incapacités fonctionnelles qui lui sont associées), n'en constituant pas le seul critère. La santé est définie sur le plan opérationnel comme l'adaptation à son environnement et la capacité à garder des fonctions sociales. Une estimation de la proportion de personnes de 85 ans et plus, présentant une incapacité physique ou mentale est faite à partir de rares enquêtes locales. Les critères d'attribution d'aides sont appliqués dans le cadre des schémas gérontologiques départementaux. La grille AGGIR, utilisée lors de l'expérimentation de la prestation dépendance ne permet une analyse complète des situations individuelles. Les données des populations dans les centres d'hébergement révèlent l'augmentation importante des plus de 85 ans et donc des incapacités fonctionnelles et mentales à prendre en charge. L'espérance de vie, notamment sans incapacité a fortement augmenté en trente ans, les causes de morbidité ont évolué, ainsi que les perceptions de la santé. L'auteur présente les déterminants sociaux de la santé : niveau de revenus, environnement physique et social, activités et sociabilité, soulignant le manque d'études dans ce domaine.

Henrard, J. C., et al. (1996). Vieillesse, santé, société, Paris : INSERM

La plupart des recherches de ces vingt dernières années, en France, sur la santé et les autres aspects sociaux du vieillissement et leurs conséquences pour la société ont été

fragmentaires et parcellisées, prenant pour cible la population âgée. Une telle perspective interdit tout progrès dans la connaissance scientifique du vieillissement, puisqu'elle le réduit à la vieillesse en l'isolant dans un monde à part, au lieu de le considérer comme le produit d'une structure sociale, d'histoires de vie spécifiques, de processus dynamiques et complexes. Pour la pluralité disciplinaire des regards, cet ouvrage des équipes de l'Institut fédératif "Santé, vieillissement, société" contribue à éclairer les questions de recherche soulevées par l'étude du vieillissement et de la vieillesse, de leurs relations avec la santé (bonne ou mauvaise), d'une part, et, d'autre part, les pratiques sociales et les politiques publiques qui s'efforcent d'apporter des réponses aux problèmes qu'ils génèrent.

Lebeaupin, A. (1994). "Les incapacités permanentes des personnes âgées." Solidarité Santé - Études Statistiques(1): 57-66

L'âge de la retraite n'est pas l'âge du handicap ni celui de la dépendance. Les plus de 65 ans vivant à domicile ou en logement foyer souffrent de déficiences motrices fréquentes, mais rarement très handicapantes. Un tiers d'entre elles (soit deux millions et demi de personnes) souffrent de difficultés permanentes et un peu plus d'un cinquième déclarent avoir besoin d'une aide. Le rôle de la famille est essentiel pour le maintien à domicile ; l'aide des services s'exerce d'abord en direction des personnes déficientes, seules et aux revenus faibles. Cette analyse a été réalisée à partir de l'enquête sur la Santé et les Soins Médicaux 1991-1992 et de l'enquête EHPA (Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées).

3. EN EUROPE /A L'ÉTRANGER

Myck, M., Najsztub, M. et Oczkowska, M. (2019). "La santé des personnes âgées selon le niveau socio-économique : évolutions au fil des générations ?" Retraite Et Société **81**(1): 17-39.
<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe-2019-1-page-17.htm>

À partir des données de l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (Share), nous pouvons analyser la relation qui existe entre la santé et les conditions socioéconomiques : c'est ce que nous appelons « gradient socio-économique de la santé ». Nous nous intéressons aux individus âgés de 50 à 56 ans de 10 pays européens à deux périodes distinctes (2004-2006 et 2013-2015), en comparant le gradient entre deux groupes de génération. Nous examinons cette relation en fonction de quatre mesures de la santé et de quatre indicateurs du statut socio-économique : l'éducation, le revenu, la richesse financière et la richesse réelle. Il existe bel et bien une relation forte et statistiquement significative entre la santé, qu'elle soit physique ou mentale, et les variables socioéconomiques, mais nous avons trouvé peu d'éléments prouvant le nivellement du gradient entre les groupes en Europe. Pour ce qui concerne la santé

mentale, nous montrons que le gradient s'est accentué chez les cohortes les plus jeunes en matière d'actifs financiers.

Ocde (2018). "Care needed : improving the lives of people with dementia", Paris : OCDE
<http://www.oecd.org/publications/care-needed-9789264085107-en.htm>

Across the OECD, nearly 19 million people are living with dementia. Millions of family members and friends provide care and support to loved ones with dementia throughout their lives. Globally, dementia costs over USD 1 trillion per year and represents one of the leading causes of disability for elderly adults. These numbers will continue to rise as populations age. Until a cure or disease-modifying treatment for dementia is developed, the progress of the disease cannot be stopped. This report presents the most up-to-date and comprehensive cross-country assessment of the state of dementia care in OECD countries. In recent years, OECD countries have enhanced their efforts to provide high-quality dementia care during diagnosis, early and advanced dementia, but improving measurement is necessary for enhancements in care quality and outcomes for people with dementia. The report advises a set of policies that can help countries to improve diagnosis, strengthen access to care services, improve the quality of care, and support the families and carers of people living with dementia. Measuring and comparing the services that are delivered to people with dementia and the outcomes they achieve is a crucial part of improving dementia care. Most health systems have very poor data on dementia care and countries should work to strengthen the measurement of quality and outcomes of dementia care.

Keenan, K., et al. (2016). "Les sources de données sur les populations âgées en Europe : comparaison de l'enquête Générations et Genre (CGS) et de l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite (SHARE)." Population **71**(3): 547-574

L'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe (SHARE) et l'enquête Générations et genre (GGS) sont deux études longitudinales européennes portant sur des sujets sociodémographiques et sanitaires. Cet article les compare pour les individus âgés de 50 à 80 ans dans sept pays européens (Allemagne, Belgique, Estonie, France, Hongrie, Pays-Bas et Pologne) afin d'évaluer la qualité de leurs données et les possibilités d'analyses conjointes. L'information et la répartition par âge, sexe, mariage et niveau de fécondité sont similaires dans les deux sources. Pour certains pays, des différences existent dans la répartition des niveaux d'éducation bien que les deux enquêtes utilisent la même classification internationale, ce qui est peut-être dû à des différences dans le calendrier des enquêtes. Des écarts sont également observés pour l'état de santé, probablement en lien avec la formulation des questions sur la santé et leurs places différentes dans le questionnaire selon les enquêtes. Nous étudions les inégalités de santé par niveau d'instruction et par statut conjugal en menant des

analyses multivariées sur deux indicateurs de santé courants : la santé autoévaluée (SAE) et les affections de longue durée (ALD).

Quesnel-Vallee, A., et al. (2016). Inégalités en santé chez les adultes plus vieux dans les pays développés: réconcilier théories et approches politiques Un Réseau stratégique de connaissances Changements de population et parcours de vie Document de travail: Vol. 3: Iss. 2, Article 5: 24.

<http://ir.lib.uwo.ca/pclc/vol3/iss2/5/>

Les politiques dont le but est de soutenir les personnes âgées creusent peut-être les inégalités. Des régimes de pensions de plus en plus privatisées et un manque de services de soutien subventionnés profitent de façon disproportionnée à ceux qui ont les moyens sociaux et économiques les plus forts à l'âge avancé. Les gens favorisés sont en meilleure santé que ceux qui sont désavantagés. Le Canada a l'occasion d'éviter un impact si biaisé des programmes pour les aînés, en puisant dans les approches créées par l'Organisation mondiale de la santé, des exemples internationaux et dans la théorie et la recherche sociologique. Ces approches peuvent aider à élaborer des politiques qui transcendent les inégalités existantes parmi les personnes âgées, favorisant des résultats plus équitables en santé.

Smith, J. C. et Medalia, C. (2016). An aging world : 2015. Washington US Printing Offices

<http://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf>

This report provides an update on the world's older population as well as the demographic, health, and economic aspects of our aging world. Among all demographic trends underway in the world today, it is population aging—and how societies, families, and individuals prepare for and manage it—that may be the most consequential. It features a variety of special topics, with some contributed by researchers : population growth, health and health care; work, retirement and pensions.

Burton-Jeangros, C., et al (2015). A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions, Berlin : Springer Verlag

<http://www.springer.com/us/book/9783319204833>

This book examines health trajectories and health transitions at different stages of the life course, including childhood, adulthood and later life. It provides findings that assess the role of biological and social transitions on health status over time. The essays examine a wide range of health issues, including the consequences of military service on body mass index, childhood obesity and cardiovascular health, socio-economic inequalities in preventive health care use, depression and anxiety during the child rearing period, health trajectories and transitions in people with cystic fibrosis and oral health over the life course. The book addresses theoretical, empirical and

methodological issues as well as examines different national contexts, which help to identify factors of vulnerability and potential resources that support resilience available for specific groups and/or populations. Health reflects the ability of individuals to adapt to their social environment. This book analyzes health as a dynamic experience. It examines how different aspects of individual health unfold over time as a result of aging but also in relation to changing socioeconomic conditions. It also offers readers potential insights into public policies that affect the health status of a population.

Borsch-Supan, A. é., et al. (2013). Active ageing and solidarity between generations in Europe. First results from SHARE after the economic crisis, Berlin : Degruyter
<http://www.degruyter.com/view/product/185064>

SHARE is an international survey designed to answer the societal challenges that face us due to rapid population ageing. How do Europeans age? Under which circumstances do older people and their families live, how healthy and active are they, and how did the crisis affect them? The authors of this multidisciplinary book have taken a first step toward answering these questions based on the recent SHARE data including a new social networks module.

Harbers, M. M. et Achterberg, P. W. (2013). Europeans of retirement age: chronic diseases and economic activity. Luxembourg Office for Official Publications of the European Communities
http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/rivm_report_retirement_en.pdf

The Dutch National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) prepared this report in 2012 in response to a call by the European Commission (DG SANCO, Directorate-General Health and Consumers). The purpose of the report is to review the impact of chronic disease on the population of pre- (50+) and post-retirement age in the European Union (EU). This report addresses the following topics: The burden of chronic disease in the older population pre- and post-retirement (chapter 3); The impact of chronic disease on the exit from the labour market (including unemployment, disability and early retirement) (chapter 4); The impact of leaving the labour market on the burden of chronic disease (chapter 4); Interventions to increase the social participation (including work participation) of people with a chronic disease (chapter 5). Chapter 6 provides a list of policy recommendations that follow from our analysis, including an overview of gaps and needs for further action at EU, and Member State level.

Ogg, J. et Renaut, S. (2013). "Qualité de vie et conditions de travail en Europe." Cadrage(22)

Depuis plusieurs années, les indicateurs de bien-être sont devenus plus courants dans les mesures de la performance économique et du progrès social. L'analyse des données Share permet notamment d'observer une liaison positive entre la qualité de vie et les conditions de travail en Europe. L'état de santé subjectif, les limitations d'activité et les

difficultés financières sont les premières dimensions explicatives de la qualité de vie après 50 ans. Néanmoins, la satisfaction au travail exerce un effet durable sur le niveau de bien-être individuel, indépendamment du statut d'activité entre 55 et 64 ans.

Robine, J. M. et Cambois, E. (2013). "Les espérances de vie en bonne santé des Européens." *Population Et Sociétés*(499)

http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1639/publi_pdf1_population_societes_2013_499_esp_erances_vie.pdf

Depuis 2005 Eurostat calcule chaque année l'espérance de vie sans limitation d'activité sous le nom d'« années de vie en bonne santé ». Si l'espérance de vie à 65 ans s'est allongée d'un an dans l'Union européenne entre 2005 et 2010, le temps vécu en mauvaise santé perçue a diminué (de 0,5 à 1,1 an selon le sexe), et ce en dépit de l'augmentation des années de vie s'accompagnant de maladies chroniques (de 1,6 à 1,3 an selon le sexe), le temps vécu sans limitation d'activité restant inchangé. Ce paradoxe peut s'expliquer en partie par un repérage plus systématique et par une meilleure prise en charge des problèmes de santé, dont la fréquence a pu augmenter sans pour autant que les déclarations de limitations d'activité ou la perception négative de sa santé aient augmenté (résumé de l'éditeur).

Volkoff, S. et Molinie, A. F. (2013). "Emploi des seniors en Europe : les conditions d'un travail " soutenable " ." *Connaissance de L'emploi : Le 4 Pages du Cee*(106)

<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/97/45/02/PDF/106-emploi-seniors-europe.pdf>

En 2000, le Conseil européen avait fixé un taux d'emploi moyen de 50 % pour les 55-64 ans à l'horizon 2010. Dix ans après, ce niveau n'est pas atteint, mais l'emploi des " seniors " progresse dans les pays d'Europe. Ce constat et la poursuite probable de cette tendance incitent à s'intéresser à la " soutenabilité " du travail dans les dernières années de la vie professionnelle. Ainsi, l'enquête européenne de 2010 sur les conditions de travail ne fait pas apparaître, pour les plus de 55 ans, de mise à l'abri vis-à-vis de la pénibilité physique ; c'est surtout l'inadaptation des horaires à la vie hors travail qui semble moins ressentie par les seniors que par les plus jeunes. La déclaration de troubles de la santé croît avec l'âge et de nombreux aspects de la vie au travail semblent contribuer, chez les seniors, à un mauvais état de santé déclaré, ainsi qu'au sentiment qu'ils ne pourront pas poursuivre la même activité professionnelle à 60 ans. Un tel sentiment doit nécessairement être pris en compte dans la mise en œuvre des politiques publiques de l'emploi mais aussi du travail..

Buchow, H., et al. (2012). "Circulatory diseases - Main causes of death for persons aged 65 and more in Europe, 2009." *Statistics in Focus : Population and Social Conditions*(7/2012)

<http://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistics-in-focus/-/KS-SF-12-007>

Causes of death (COD) among the over-65 age-group are of increasing significance in European mortality statistics. A dramatic change in the nature of health care over the past century has resulted in longer life spans, but also greater prevalence of chronic illnesses. This has increased the demands on the health care system, particularly for the treatment of ongoing illnesses and for long-term care. In addition, public health programmes throughout Europe are largely aimed at the reduction of mortality before the age of 65 by preventive measures. In 2009 more than 3.8 million deaths in the EU-27 occurred after the age of 65, 80.3 % of total deaths. The percentage of the population aged 65+ in the EU-27 is projected on average to increase from 16.0% in 2010 to 29.0 % in 2060. It is therefore interesting to focus on the major causes of death for that age group. This publication addresses seven major COD for persons aged 65+: 2 main disease groups of the circulatory system, ischaemic heart diseases (such as heart attacks) and cerebrovascular diseases (such as strokes); the group of respiratory diseases, and 4 malignant neoplasms: lung cancer, colorectal, breast and prostate cancer. However, for people of 65+ circulatory diseases are still the main causes of death.

Cutler, D. M., et al. (2011). Dimensions of Health in the Elderly Population. Cambridge, NBER:

This paper characterizes the multi-faceted health of the elderly and understand how health along multiple dimensions has changed over time. Our data are from the Medicare Current Beneficiary Survey, 1991-2007. It shows that 19 measures of health can be combined into three broad categories : a first dimension representing severe physical and social incapacity such as difficulty dressing or bathing ; a second dimension representing less severe difficulty such as walking long distances or lifting heavy objects ; and a third dimension representing vision and hearing impairment. These dimensions have changed at different rates over time. The first and third have declined rapidly over time, while the second has not. The improvement in health is not due to differential mortality of the sick or a new generation of more healthy people entering old age. Rather, the aging process itself is associated with less rapid deterioration in health. It speculates about the factors that may lead to this.

Konig, H. H., et al. (2010). "Health status of the advanced elderly in six European countries: results from a representative survey using EQ-5D and SF-12." Health and Quality of Life Outcomes **8**(1): 143-154

Due to demographic change, the advanced elderly represent the fastest growing population group in Europe. Health problems tend to be frequent and increasing with age within this cohort. The aims of this study are to describe and compare health status of the elderly population in six European countries and to analyze the impact of socio-demographic variables on health. In the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED), representative noninstitutionalized population samples completed

the EQ-5D and Short Form-12 (SF-12) questionnaires as part of personal computer-based home interviews in 2001-2003. This study is based on a subsample of 1659 respondents aged = 75 years from Belgium (n = 194), France (n = 168), Germany (n = 244), Italy (n = 317), the Netherlands (n = 164) and Spain (n = 572). Descriptive statistics, bivariate- (chi-square tests) and multivariate methods (linear regressions) were used to examine differences in population health. 68.8% of respondents reported problems in one or more EQ-5D dimensions, most frequently pain/ discomfort (55.2%), followed by mobility (50.0%), usual activities (36.6%), self-care (18.1%) and anxiety/depression (11.6%). The proportion of respondents reporting any problems increased significantly with age in bivariate analyses (age 75-79: 65.4%; age 80-84: 69.2%; age = 85: 81.1%) and differed between countries, ranging from 58.7% in the Netherlands to 72.3% in Italy. The mean EQ VAS score was 61.9, decreasing with age (age 75-79: 64.1; age 80-84: 59.8; age = 85: 56.7) and ranging from 60.0 in Italy to 72.9 in the Netherlands. SF-12 derived Physical Component Summary (PCS) and Mental Component Summary (MCS) scores varied little by age and country. Age and low educational level were associated with lower EQ VAS and PCS scores. After controlling for sociodemographic variables and reported EQ-5D health states, mean EQ VAS scores were significantly higher in the Netherlands and Belgium, and lower in Germany than the grand mean. More than two thirds of the advanced elderly report impairment of health status. Impairment increases rapidly with age but differs considerably between countries. In all countries, health status is significantly associated with socio-demographic variables.

Pollak, C. (2009). Santé et pénibilité en fin de vie active : une comparaison européenne. Document de travail; 120. Noisy Le Grand CEE
http://ceet.cnam.fr/medias/fichier/120-sante-penibilite-vie-active-comparaison-europeenne_1508238764461-pdf

Cet article explore l'impact de différentes stratégies d'emploi sur la satisfaction au travail et la santé perçue des seniors. Dans un contexte européen de politiques visant à accroître les taux d'emploi des seniors, la question du maintien en emploi des seniors en mauvaise santé et/ou subissant des conditions de travail pénibles est d'actualité. Les politiques de maintien en emploi reposent principalement sur des incitations financières et la restriction de l'accès aux dispositifs de cessation anticipée d'activité. Cependant, certains pays européens ont fait de la soutenabilité du travail un axe majeur de leurs stratégies d'emploi et mené des politiques d'amélioration des conditions de travail. Pour appréhender ce contexte institutionnel, une comparaison de la capacité de travail de la main-d'œuvre vieillissante a été menée dans onze pays européens à partir d'une analyse factorielle sur données individuelles (enquête SHARE, 2004). On entend ici par capacité de travail l'état de santé subjectif des individus et leurs conditions de travail déclarées (pression physique et psychologique, latitude décisionnelle, sentiment de récompense, perspectives d'emploi). L'analyse met en évidence que les seniors des pays nordiques et continentaux sont davantage satisfaits en termes de conditions de travail

et de santé que les seniors des pays méditerranéens. Ce résultat est d'autant plus marquant que l'on peut s'attendre à un effet de travailleur sain plus fort dans ce dernier groupe : cet effet de sélection conduit à avoir un échantillon de personnes en emploi plus jeune et a priori en meilleure santé. L'analyse exploratoire fait émerger des hypothèses sur la gestion différenciée de la santé en fin de carrière. Les pays ayant adopté une stratégie nordique de vieillissement actif réussissent à avoir de bonnes performances tant sur le plan des taux d'emploi que sur celui des conditions de travail. Ceci indique qu'ils parviennent à maintenir en emploi des personnes en moins bonne santé par des mécanismes de compensation. La position relative défavorable de la France révèle une intensification du travail subie également par les travailleurs âgés et qui se révèle par des conditions de travail moins bien supportées.

(2008). L'emploi et la santé au travail des seniors en Europe, Paris : Eurogip
http://www.eurogip.fr/docs/Emploi_seniors_Eurogip-32_F.pdf

La note thématique d'EUROGIP dresse un état des lieux de l'emploi des 55-64 ans en Europe, passe en revue les politiques globales visant à augmenter les chances professionnelles des seniors et présente des exemples de mesures élaborées pour augmenter leur taux d'emploi dans les pays européens.

Gaymu, J. é., et al. (2008). Future elderly living conditions in Europe, Paris : INED

From 2000 to 2030, the European population aged 75 and over will increase by three quarters, due to ageing of the baby-boom cohorts and improved survival up to beyond age 75. However, it could be grossly misleading to draw too many conclusions from such simplistic indicators, and to equate the increased "weight" of the elderly population with an increased "burden". The characteristics of this population will change over the coming decades as fundamentally as their numbers, essentially because the life course of the future elderly will have differed significantly from that of their predecessors, in terms of educational attainment, family life, working career, and so on. In FELICIE, the focus is on health of the elderly, and on the resources at their disposal to cope with the severe impairments liable to affect their quality of life. Not only personal resources - economic well-being and education attainment-but also the potential support of close kin, i.e. their partner, of course, and their children, if available. This leads to more specific question of care. One major conclusion of the FELICIE study is that the disabled older adults of the future will fare better, on average, than those of today, both on personal level, thanks to higher levels of education, and on a social level, thanks to the more frequent presence of their spouse and, at least potentially, their children. The conclusions are based on the experience of nine countries across Europe (north: Finland, Netherlands; west: Belgium, France, Germany, United Kingdom; south: Italy, Portugal; east: Czech Republic). In terms of both demographic and social indicators, the participating countries are fairly representative of their region (Résumé de l'éditeur).

Legare, J. et Decarie, Y. (2008). Using Statistics Canada LifePaths Microsimulation Model to Project the Health Status of Canadian Elderly. SEDAP Research Paper ; n°227. Hamilton SEDAP <http://socserv.socsci.mcmaster.ca/sedap/p/sedap227.pdf>

Complex population projections usually use microsimulation models; in Canada, Statistics Canada has developed a global dynamic microsimulation model named LifePaths in the Modgen programming language to be used in policy research. LifePaths provides a platform to build on for our research program, conjointly with Dr Janice Keefe from Mount Saint Vincent University, on projections of the Canadian chronic homecare needs for the elderly up to 2031 and of the human resources required. Beside marital status, family networks and living arrangements, future health status of the elderly is a key variable, but an intricate one. Since health status transitions were previously conditioned only on age and sex, we will use here the current disability module of LifePaths with longitudinal data from Canada's National Population Health Survey (NPHS). These new health status transitions are considering other significant explicative variables like marital status, education etc. We will then present projections of future Canadian elderly by health status and a comparison with nine European countries for the Future Elderly Living Conditions in Europe (FELICIE) Research Program which has used the same approach. Our previous researches have shown the importance of future disability level for the management of an elderly society. The main output of the present paper would first produce, with new health scenarios, new estimates for Canada of elderly in poor health, for those aged 75 and over. Secondly, it would produce an interesting comparative analysis, useful especially for implementing new policies for the well-being of the Canadian elderly.

Rueda, S., et al. (2008). "Health inequalities among the elderly in western Europe." J Epidemiol Community Health **62**(6): 492-498.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18477747>

BACKGROUND: This paper analyses gender inequalities in health status and in social determinants of health among the elderly in western Europe. **METHODS:** Data came from the first wave of the "Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe" (2004). For the purposes of this study a subsample of community-residing people aged 65-85 years with no paid work was selected (4218 men and 5007 women). Multiple logistic regression models separated by sex and adjusted for age and country were fitted. **RESULTS:** Women were more likely to report poor health status, limitations in mobility and poor mental health. Whereas in both sexes educational attainment was associated with the three health indicators, household income was only related to poor self-rated health among women. The relationship between living arrangements and health differed by gender and was primarily associated with poor mental health. In both sexes, not living with their partner but living with other people and being the household head

was related to poor mental health status (adjusted odds ratio (aOR) 2.14; 95% CI 1.11 to 4.14 for men and aOR 1.75; 95% CI 1.12 to 2.72 for women). In addition, women living with their partner and other(s) and those living alone were more likely to report poor mental health status (aOR 1.67; 95% CI 1.17 to 2.41 and aOR 1.58; 95% CI 1.26 to 1.97, respectively). CONCLUSIONS: Health inequalities persist among the elderly. Women have poorer health status than men and in both sexes the risk of poor health status increases among those with low educational attainment. Living arrangements are primarily associated with poor mental health status with patterns that differ by gender.

Barnay, T. éd. et Sermet, C. éd. (2007). Le vieillissement en Europe. Aspects biologiques, économiques et sociaux, Paris : la documentation Française
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/revues-collections/etudes-df/resume/vieillesse.shtml>

Réunissant les analyses de spécialistes, cet ouvrage évoque les multiples conséquences du vieillissement de la population qui touche les pays européens, à travers quelques thèmes centraux : l'état de santé des personnes âgées, les solidarités familiales, l'emploi des seniors, les dépenses de santé et celles liées à la retraite, à la dépendance... En 2050, un Européen sur trois aura plus de 60 ans et un sur dix plus de 80 ans : c'est la plus grande mutation démographique de l'histoire contemporaine du continent. Elle soulève d'ores et déjà nombre de questions sanitaires, économiques, sociales et politiques : comment vieillira-t-on demain ? Dans quel état de santé ? Dans quelles conditions de vie ? (montants des retraites, prise en charge de la dépendance et des dépenses de santé) (4^e de couverture).

Henrard, J. C., et al. (2007). "Vieillesse et santé II : idées reçues, idées nouvelles : Actes du Forum franco-québécois sur la santé." Santé Société Et Solidarité : Revue de L'observatoire Franco-Québécois(1/2006): 164.

Ce document présente les actes du premier Forum franco-québécois de la santé organisé par l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité (OFQSS) les 25 et 26 septembre 2005 au Québec. Sous le thème " Idées reçues, idées nouvelles ". Ce Forum, consacré à la recherche des meilleures pratiques et à leurs applications, est l'occasion privilégiée d'analyser certaines idées préconçues quant aux réalités liées au vieillissement, de débattre de leurs fondements et de dégager des idées nouvelles sur ces questions.

Lafortune, G. et Balestat, G. (2007). Trends in severe disability among elderly people : assessing the Evidence in 12 OECD countries and the future implications. Paris OCDE
<http://www.oecd.org/dataoecd/13/8/38343783.pdf>

Alors que le nombre et la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus vont continuer de s'accroître dans les pays de l'OCDE au cours des prochaines décennies, une amélioration de l'état fonctionnel des personnes âgées pourrait contribuer à ralentir l'augmentation de la demande et des dépenses pour les soins de longue durée. Cette étude examine les tendances les plus récentes concernant l'évolution de l'incapacité parmi la population âgée de 65 ans et plus dans 12 pays de l'OCDE : Australie, Belgique, Canada, Danemark, Finlande, France, Italie, Japon, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni et États-Unis. L'étude se concentre sur l'incapacité sévère (ou la dépendance), définie dans la mesure du possible comme une ou plusieurs limitations dans les activités de la vie quotidienne (AVQ, comme la capacité de se nourrir, de faire sa toilette, de s'habiller et de sortir du lit), étant donné que ce sont de telles limitations qui tendent à être associées à des demandes pour des soins de longue durée. Un des principaux résultats de cette revue est qu'il y a eu une diminution claire de la prévalence de l'incapacité sévère parmi la population âgée dans seulement cinq des douze pays étudiés (Danemark, Finlande, Italie, Pays-Bas et États-Unis). Par ailleurs, dans trois pays (Belgique, Japon, Suède), on observe une augmentation de la prévalence de l'incapacité sévère parmi les personnes âgées au cours des cinq ou dix dernières années, alors que les taux ont été stables dans deux pays (Australie, Canada). Enfin, en France et au Royaume-Uni, il n'est pas possible pour l'instant de tirer des conclusions définitives, parce que les résultats des analyses de tendance divergent selon les sources (enquêtes) utilisées. Une des principales implications politiques de ces résultats est qu'il ne serait pas prudent de la part des décideurs politiques de compter sur une réduction à venir de la prévalence de l'incapacité sévère chez les personnes âgées pour compenser l'augmentation de la demande de soins de longue durée qui résultera du vieillissement de la population. Même si la prévalence de l'incapacité sévère a diminué dans une certaine mesure dans certains pays, il est à prévoir que le vieillissement de la population et l'allongement de l'espérance de vie vont contribuer à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. Les résultats de l'exercice de projections jusqu'en 2030 pour tous les pays, quelles que soient les tendances passées de la prévalence de l'incapacité, viennent appuyer cette conclusion.

Ricard, C. et Thelot, B. (2007). "Plusieurs centaines de milliers de chutes chez les personnes âgées chaque année en France." *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*(37-38): 322-32
http://www.invs.sante.fr/beh/2007/37_38/beh_37_38_2007.pdf

Les personnes âgées de 65 ans et plus sont victimes chaque année en France de 550 000 accidents de la vie courante (AcVC) avec recours aux urgences. Elles contribuent pour plus des trois quarts aux 20 000 décès annuels par AcVC. Une grande majorité de ces AcVC sont le résultat de chutes. L'Enquête permanente sur les accidents de la vie courante repose sur l'enregistrement des recours aux urgences pour AcVC dans quelques hôpitaux en France. La collecte des données est exhaustive. Les données des années 2004 et 2005 ont été traitées pour fournir des résultats sur les chutes des

personnes âgées. Les chutes constituaient 84% des mécanismes à l'origine d'un AcVC chez les 65 ans et plus. Le taux d'incidence des chutes accidentelles avec recours aux urgences est de 4,5 pour 100 personnes, 3 pour 100 hommes et 5,6 pour 100 femmes. Elles sont survenues principalement à domicile (78%). Les fractures ont représenté 41% des lésions et les membres inférieurs ont été les plus lésés (34% des cas). Les chutes ont donné lieu à une hospitalisation dans 37% des cas. L'enquête Epac est la seule source en France qui permet de fournir des estimations de taux d'incidence des chutes. Ces résultats dépendent des caractéristiques des hôpitaux collectant les données. Dans son extension actuelle, Epac rend toutefois mal compte des évolutions dans le temps du nombre de chutes chez les personnes âgées.

Robinson, M. é., et al. (2007). Global health and global aging, San Francisco : Jossey Bass
<http://www.josseybass.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-0787988103.html>

The book covers the fundamentals of global aging and health and provides real-world models from countries and regions that offer the best practices in current approaches. Global Health and Global Aging presents information about leadership and governance challenges as well as insights about aging in different cultures and countries in all regions of the world. The book explores the factors that contribute to high rates of longevity and shows how countries including Denmark, France, Finland, Germany, Japan, The Netherlands, Spain, Sweden, the United Kingdom, and the United States contribute to the overall health of their populations. The book also outlines the challenges facing specific countries such as Russia, India and China that have rapidly aging populations.

Mizrahi, A. et Mizrahi, A. (2002). "Inégalités sociales face au vieillissement et à la mort." Gérontologie Et Société(101): 63-83
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Cet article examine les inégalités sociales face au vieillissement et à la mort. Il s'agit de savoir si ce différentiel social est essentiellement dû à un moins bon état de santé qui entraînerait une mort plus précoce chez les moins favorisés ou s'ajoute à cette différence de morbidité un taux de mortalité plus élevé pour un même état de santé. Des hypothèses sont émises pour expliquer cette inégalité, en particulier le rôle possible du système de soins.

Molarius, A. et Janson, S. (2002). "Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women." Journal of Clinical Epidemiology **55**(4): 364-370.

Grabbe, L., et al. (1997). "The health status of elderly persons in the last year of life : A comparison of deaths by suicide, injury, and natural causes." American Journal of Public Health **87**(3): 434-437.

Objectives. This study identified health status variables related to suicide by elderly persons and compared the health status of suicide decedents with natural death and injury decedents. Methods. Data were obtained from the 1986 National Mortality Followback Survey. Results. When other variables were controlled for, suicide decedents were significantly more likely than injury decedents to have a history of cancer (odds ratio [OR]=51.94), moderate (OR=29.37) or heavy (OR=22.87) alcohol use, and mental or emotional disorder (OR=10.91) and to be White (OR=18.54) and male (OR=9.12). Conclusions. The findings indicate that a history of cancer should be considered as a risk for suicide in the elderly.

Dépenses de santé

1-ETUDES IRDES

Penneau, A., Pichetti, S. et Espagnacq, M. (2018). "Le système de protection sociale limite les restes à charge liés aux soins des personnes qui recourent à l'aide humaine." Questions d'Économie de la Santé (Irdes)(233)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/233-le-systeme-de-protection-sociale-limite-les-restes-a-charge-lies-aux-soins-des-personnes-qui-recourent-a-l-aide-humaine.pdf>

Les personnes qui recourent à l'aide humaine pour réaliser les activités du quotidien ont souvent des dépenses de santé élevées. Cette aide est en effet fréquemment associée à des pathologies nécessitant une prise en charge sanitaire lourde et à l'achat de dispositifs médicaux coûteux qui peuvent s'accompagner de restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire importants. Pour autant, on ne connaît pas la capacité du système de protection sociale à limiter le niveau de reste à charge pour cette population. A partir des données de l'enquête Handicap Santé Ménages, les profils des personnes âgées de 20 ans et plus recourant à l'aide humaine et qui vivent à domicile sont analysés en termes de caractéristiques sociodémographiques, d'état de santé, de dépenses de santé, d'accès aux dispositifs de protection sociale et de restes à charge. Deux populations sont distinguées, les personnes âgées de plus ou de moins de 60 ans dont les caractéristiques et accès aux droits diffèrent. Les personnes âgées de plus de 20 ans sont 4,4 millions à recourir à cette aide, soit 9 % des plus de 20 ans, et leurs dépenses de santé croissent avec

l'intensité de leur recours. Leur reste à charge est le double de celui de la population générale mais ne croît pas avec le degré de recours à l'aide humaine. Et si l'Assurance maladie parvient à lisser les restes à charge moyens liés aux dépenses de santé grâce aux exonérations du ticket modérateur, des restes à charge élevés persistent pour des personnes recourant à l'aide humaine avec des consommations de soins spécifiques tels les orthèses et prothèses ou les hospitalisations en psychiatrie.

Safon, M. O. (2016). Projections des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, Paris : Irdes
<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/projections-des-depenses-de-sante-dans-les-pays-de-l-ocde.pdf>

Les projections à moyen et long termes des dépenses publiques, notamment des dépenses de santé, jouent un rôle important dans la conduite des politiques publiques mais également dans la surveillance budgétaire internationale. Élaborer des perspectives d'évolution des dépenses de santé à long terme constitue donc un enjeu important afin de définir les mesures nécessaires pour assurer la soutenabilité des finances publiques. Après une présentation des modèles de projection des dépenses de santé en usage dans les pays de l'OCDE, cette bibliographie recense les principales études portant sur les modèles macroéconomiques pour la période s'étendant de 2008 à octobre 2016. Quelques publications antérieures à la crise économique de 2008 sont néanmoins signalées pour leur méthodologie, ainsi que des études relatives à l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé.

Sirven, N. et Rapp, T. (2016). Dépenses de santé, vieillissement et fragilité : le cas français. Document de travail Irdes ; 71. Paris Irdes
<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/071-depenses-de-sante-vieillesse-et-fragilite-le-cas-francais.pdf>
<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/216-vieillesse-fragilite-et-depenses-de-sante.pdf>

La fragilité de la personne âgée préfigure un risque d'événements péjoratifs et d'évolution vers la dépendance. L'objectif de ce travail consiste à évaluer le coût économique de la fragilité au travers du surplus de dépenses de santé ambulatoires qu'elle suscite, indépendamment des coûts induits par d'autres pathologies. Nous utilisons les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes, appariées aux remboursements de soins déclarés par les individus. L'échantillon est représentatif de la population des 65 ans et plus vivant en ménage ordinaire en 2012. Un modèle GLM est spécifié avec une forme fonctionnelle exponentielle et une variance des estimateurs de loi Gamma. L'effet de la fragilité est estimé en tenant compte des autres mesures de santé disponibles dans l'enquête (maladies chroniques, limitations fonctionnelles, distance à la mort et un indice composite de plusieurs mesures de santé). Les résultats indiquent que le surcoût associé à la fragilité est d'environ 1 500 €,

et de 750 € pour les pré-fragiles. L'introduction de la fragilité contribue à l'amélioration de l'identification des modèles de dépenses de santé quelles que soient les mesures de santé alternatives retenues. La fragilité joue le rôle d'une variable omise. En sa présence, l'âge n'a plus d'effet significativement différent de zéro dans les modèles, ce qui affaiblit l'hypothèse d'un effet du vieillissement démographique sur les dépenses de santé (résumé d'auteur).

Pichetti, S., et al. (2009). Les déterminants individuels des dépenses de santé. Traité d'économie et de gestion de la santé., Paris : Éditions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses: 115-121, <http://www.pressesdesciencespo.fr/livre/?GCOI=27246100728790>

Polton, D. et Sermet, C. (2006). "Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ?" Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire(5-6): 49-52 http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2006/05_06/index.htm

La question de l'impact du vieillissement de la population sur le coût des soins fait l'objet d'opinions contrastées. Selon certains, les évolutions démographiques des prochaines décennies seront insupportables pour les finances publiques et mettront inévitablement à mal le système d'assurance maladie. Pour d'autres au contraire, le vieillissement n'aura finalement qu'un impact limité et très supportable sur les dépenses de santé. Ce second point de vue est défendu par une bonne part de la communauté scientifique, tandis que les acteurs du système de santé et les media ont des anticipations plus sombres. Pour éclairer ce décalage des points de vue, cette revue de la littérature synthétise l'état actuel des connaissances et dégage les incertitudes, les points de débat et les questions encore en suspens que la recherche devra explorer (introduction).

Grignon, M. (2003). "Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé." Questions d'Économie de La Santé (Credes)(66) <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes66.pdf>

Le Conseil de Politique Économique de l'Union Européenne a lancé des travaux visant à analyser les conséquences du vieillissement sur les finances publiques des États membres. Dans ce cadre, cette étude confiée au CREDES par la Direction de la Prévision concerne plus particulièrement l'impact du vieillissement sur les dépenses publiques de santé. Pour mesurer cet impact en France à l'horizon 2020, l'auteur de ce document propose un scénario qui consiste à appliquer la dépense par âge constatée aujourd'hui à la pyramide des âges futurs. Ce travail se poursuivra par une seconde étape qui cherchera à mesurer l'évolution de la morbidité et de l'invalidité à âge donné. Les résultats présentés ici ont déjà fait l'objet d'un article paru en décembre 2002 dans la revue franco-québécoise "Santé, société et solidarité" ayant pour thème Vieillesse et Santé.

Auvray, L. et Sermet, C. (2002). "Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées : un état des lieux." Gérontologie Et Société(103): 13-27

Cet article a pour objectif d'une part d'étudier la consommation de médicaments des personnes âgées et d'autre part de faire le point sur les prescriptions qui leur sont faites. Les composantes du coût de la prescription pharmaceutique par séance sont analysées : la fréquence de prescription d'une ordonnance, le nombre de lignes par ordonnance, le nombre de conditionnements par ligne, la durée moyenne de prescription et le prix des conditionnements. Les données sont issues pour l'année 2000, de l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) du CREDES, des données de remboursements de la Sécurité sociale de l'Enquête Permanente sur la Prescription Médicale (EPPM) d'IMS-Health (tiré du résumé des auteurs).

Grignon, M. (2002). "Impact macro-économique du vieillissement de la population sur les dépenses d'assurance maladie en France." Santé Société Et Solidarité : Revue de L'observatoire Franco-Québécois(2): 135-154.

Pour mesurer l'impact du vieillissement de la population sur les dépenses publiques de santé en France à l'horizon 2020, on propose un modèle dont le scénario central, dit "mécanique", consiste à appliquer la dépense par âge constatée aujourd'hui à la pyramide des âges futures. Bien que simple dans son principe, ce scénario repose sur une modélisation du lien entre dépense et âge, les moyennes empiriques n'étant pas fiables. La première partie de l'article détaille cette modélisation où le scénario central conduit à une augmentation de 0,7 point de PIB de la dépense publique de soins sous le seul impact du vieillissement. Dans une deuxième partie, on critique ce même scénario central, notamment son hypothèse de stabilité de la dépense à âge donné. Le premier facteur susceptible de faire varier la dépense par âge est évidemment l'état de santé : si, à âge donné, on est en meilleure santé, le scénario central surestime l'impact du vieillissement. Entre autres, le recul de l'âge au décès diminuerait la prévision du scénario central de 0,2 point de PIB.

Sermet, C., et al. (2000). Morbidité et consommation médicale en France selon le sexe : caractéristiques actuelles et évolution. Rapports de genre et questions de population. I Genre et population, France 2000., Paris : INED: 169-192

Bon état de santé, haut niveau de consommation médicale, voilà comment on peut, au premier regard, percevoir le niveau sanitaire de la population française. Cet article brosse un rapide tableau de la situation sanitaire de la France. Le lecteur trouvera, dans la première partie un bilan général de l'état de santé, présentant successivement l'espérance de vie, la mortalité générale et prématurée, la morbidité ressentie et

quelques grandes pathologies et facteurs de risque. La deuxième partie sera consacrée à la consommation médicale et à son évolution au cours des deux dernières décennies.

Sermet, C. (1999). "Consommation et prescription de médicaments chez les personnes âgées." Les Cahiers Albert Le Grand(140)

Dans une première partie, l'auteur vise à situer la consommation pharmaceutique dans le cadre global et plus général des dépenses de santé. Il analyse ensuite la consommation médicale et pharmaceutique des personnes âgées. La dernière partie de l'exposé est consacré à la prescription pharmaceutique chez les personnes âgées (caractéristiques de la prescription, coût et prescription selon la classe thérapeutique).

Sandier, S. (1997). Le vieillissement de la population en Europe et le coût des soins médicaux. Rapport Credes. Paris CREDES

Rapport provisoire réalisé par le Centre de Recherche - d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES) à la demande du département de la Sécurité sociale du Bureau International du Travail (BIT).

Mizrahi, A. N., et al. (1997). Aspect économique et sociologique des dépenses médicales des personnes âgées de 60 ans et plus. Infections chez les sujets âgés., Paris : Ellipses: 27-39.

Les auteurs, de ce chapitre tiré du Livre blanc de la gériatrie française, abordent deux aspects de la vie des personnes âgées qui mettent en jeu la cohésion sociale et la solidarité entre les générations : les soins médicaux, rendus accessibles aux personnes âgées grâce à leur financement en grande partie collectif et les aidants qui prennent en charge, dans un cadre familial, un parent âgé dépendant, et auquel la collectivité se doit aussi d'apporter un soutien.

Mizrahi, A. et Mizrahi, A. (1997). "Dépense d'hospitalisation des personnes âgées." Gérontologie Et Société(80): 33-50.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

En quantité comme en volume, la consommation d'hospitalisation augmente de plus en plus rapidement avec l'âge chez les adultes, et elle prend une part de plus en plus importante dans la consommation médicale totale ; toutefois, selon les clés de répartition, nombre de journées par discipline, "prix de journées" et/ou honoraires, nature et évaluation des soins administrés, le profil de cette augmentation présente une pente plus ou moins raide. Après avoir rapidement décrit la variation selon l'âge de données quantitatives, fréquentation, durée de séjour, nombre de jours, soins fournis, on propose trois évaluations de la dépense annuelle d'hospitalisation des personnes âgées. Les résultats obtenus laissent penser que la tarification forfaitaire entraîne une péréquation aux dépens des personnes âgées. (R.A.).

Mizrahi, A. et Mizrahi, A. (1997). "Évolution de la consommation médicale des personnes âgées." *Gérontologie Et Société*(81): 173-186
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

La consommation médicale des personnes âgées se caractérise actuellement, en France, par son niveau élevé relativement à celle des adultes jeunes et par une structure axée autour de l'hospitalisation dans le secteur public, des soins et des produits pharmaceutiques prescrits. Ces caractéristiques sont induites tant par la plus grande morbidité des personnes âgées que leur moindre mobilité.

Accorsi, B. (1995). La consommation pharmaceutique et ses motifs : enquête sur les personnes âgées en institution 1987. Rapport CreDES. Paris CREDES

Analyse de la consommation pharmaceutique des personnes âgées résidant en institution à partir d'une enquête nationale représentative par le Centre de Recherche - d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES), pour les années 1987-1988. Sont ainsi concernées 247 institutions et 1473 personnes de 80 ans et plus. Après un rappel de la méthodologie de l'enquête, cette thèse étudie les aspects suivants : le nombre de lignes de pharmacie par âge, sexe et pathologie, la classification des personnes âgées selon la consommation pharmaceutique, la dépense de la pharmacie et l'évolution de la consommation de médicaments sur dix ans.

Aguzzoli, F. et Sermet, C. (1993). La consommation pharmaceutique des personnes âgées en institution : enquête nationale France 1987-1988. Rapport CreDES. Paris CREDES

Analyse de la consommation pharmaceutique des personnes âgées résidant en institution à partir d'une enquête nationale représentative par le Centre de Recherche - d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES), pour les années 1987-1988. Sont ainsi concernées 247 institutions et 1473 personnes de 80 ans et plus). Après un rappel de la méthodologie de l'enquête, ce rapport étudie les aspects suivants : le nombre de lignes de pharmacie par âge, sexe et pathologie, la classification des personnes âgées selon la consommation pharmaceutique, la dépense de la pharmacie et l'évolution de la consommation de médicaments sur dix ans.

Mizrahi, A. et Mizrahi, A. (1992). Dépenses de soins et déficience : personnes de 80 ans et plus en institution : France, 1987-1988. Rapport CreDES. Paris CreDES

Les résultats présentés dans ce rapport sont issus de l'enquête nationale représentative sur les personnes âgées résidant en institution, effectuée par le Centre de Recherche - d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé, en 1987-1988. L'analyse porte

sur la nature des soins infirmiers, la distribution selon l'âge, le sexe, le niveau de déficience et sur leur coût.

Mizrahi, A. et Mizrahi, A. (1988). Consommation médicale selon l'âge : effet de morbidité, effet de génération. Paris CreDES.

À partir de l'enquête sur la santé et les soins médicaux réalisée en 1980-81, analyse d'un indicateur unidimensionnel de morbidité, corrélé à l'âge, construit à partir du risque vital et du risque d'invalidité. Cette étude permet d'isoler, dans la variation des dépenses de santé avec l'âge, un effet morbidité et un effet génération, et d'étudier leur prépondérance selon l'âge et le sexe des individus. Ainsi il apparaît que les dépenses médicales augmentent avec le niveau de morbidité et que pour un état de santé similaire, la consommation médicale des personnes âgées est plus faible que celle des plus jeunes.

Mizrahi, A. et Mizrahi, A. (1988). Financement des soins et des séjours des personnes âgées en institutions : cadre conceptuel et résultats de l'enquête pilote (octobre 1986 janvier 1987). Paris CreDES.

Exploration des circuits de financement des séjours et des soins aux personnes âgées résidant en institutions à partir d'une enquête expérimentale réalisée en France. Les répartitions des frais d'hébergement et des forfaits soins entre les 3 principaux financeurs (ménages, D.D.A.S.S., Assurance Maladie), varient considérablement selon la nature des unités. Les personnes elles-mêmes sont les financeurs les plus importants. Répartition des soins financés par l'Assurance Maladie, par des forfaits journaliers ou à l'acte, selon la nature des lits. La relation entre niveau moyen de dépendance des populations hébergées et prix de journée ou forfait soins semble faible.

Andreani, S. et Mizrahi, A. (1987). "La consommation pharmaceutique (2ème partie) : une synthèse des travaux effectués par l'équipe de recherche du CREDES au 31 décembre 1987." Socio-Économie de La Santé(3)

Le deuxième volet de la synthèse des travaux de l'équipe de recherche du CREDES présente les analyses micro-économiques relatives à la consommation et la prescription pharmaceutique quel qu'en soit le lieu. Ainsi sont successivement abordées des variations de consommation pharmaceutique selon l'âge et le sexe à domicile, en hospitalisation et en institution pour personnes âgées, les écarts de consommation selon les caractéristiques socio-économiques des consommateurs et selon les catégories d'établissements d'hospitalisation. Des évolutions sont présentées en matière de consommation pharmaceutique de lits. Enfin, pour chacun des lieux et pour l'ensemble, sont analysées les ventilations par classe pharmacothérapeutique.

2-ÉTUDES FRANÇAISES

Brux, J. d. et Martinez-Zavala, T. (2019). Personnes âgées à domicile : comment faire beaucoup mieux sans dépenser plus ? Paris Citizing

<https://www.adessadomicile.org%2factu-adessadomicile%2fetude-citizing-pour-adessadomicile-personnes-agees-domicile-comment-faire>

Cette étude, commanditée par une fédération d'associations d'aide à domicile, propose un New Deal pour le grand âge au domicile. Au-delà des services d'aide à domicile traditionnels, il prévoit pour toutes les personnes âgées dépendantes, de l'aide administrative, une coordination avec les services médicaux, de l'accompagnement favorisant le lien social et des ateliers de formation au numérique. Pour en démontrer les avantages financiers et humains, une évaluation socio-économique a été réalisée, qui révèle que proposer un « bouquet de services » n'a pas de surcoût économique pour la société.

Grangier, J. (2018). "Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée." *Études Et Résultats (Drees)*(1077)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/le-vieillissement-de-la-population-entraîne-une-hausse-des-dépenses-de-santé>

De 2011 à 2016, les dépenses présentées au remboursement des personnes bénéficiant du dispositif des affections de longue durée (ALD) augmentent de 3,8 % par an en moyenne. La croissance de la population et son vieillissement y contribuent à hauteur de 2,1 points. Le cumul d'affections de longue durée induit, lui, une hausse de 0,6 point par an. Les autres facteurs d'évolution des dépenses associées aux ALD (épidémiologie, évolution des prix, etc.) entraînent globalement une hausse de 1,6 point en moyenne par an, dont 1,2 point traduit une hausse de la part des personnes en ALD au sein de chaque tranche d'âge. En revanche, l'exclusion, à partir de 2011, de l'hypertension artérielle sévère du périmètre des ALD modère la hausse annuelle moyenne de la dépense des assurés en ALD de 0,5 point.

FNMF (2018). "Santé, perte d'autonomie : impacts financiers du vieillissement. 2e édition de l'Observatoire Place de la santé". Paris FNMF.

www.mutualite.fr/actualites/perse-dautonomie-des-restes-a-charge-trop-eleves/

La Mutualité Française consacre la 2e édition de son Observatoire au sujet des impacts financiers du vieillissement de la population. En France, la prise en charge de la perte d'autonomie coûte 30 milliards d'euros. Cette somme est financée à hauteur de 23,7 milliards

d'euros par les pouvoirs publics et la solidarité nationale, tandis que 6,3 milliards d'euros sont à la charge des ménages. Comment se répartissent ces 30 milliards d'euros ? Les dépenses de santé représentent 12,2 milliards d'euros, dont 99% sont prises en charge par les financeurs publics, tout particulièrement l'assurance maladie. Les ménages règlent 2,4 milliards d'euros sur les 10,7 milliards consacrés directement à la perte d'autonomie, via l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), la prestation de compensation du handicap (PCH) ou encore l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP).

Cusset, P. Y. (2017). "Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France". Paris, France Stratégie:

http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/dt_07-2017-depenses-sante-ok.pdf

Depuis les années 1950, la France consacre une part croissante de ses ressources aux dépenses de soins. Ainsi, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) [1] est passée de 2,6 à 8,9 points de PIB entre 1950 et 2015. La croissance des dépenses a été très forte en début de période, au moment où se constituait l'infrastructure sanitaire et se développait l'assurance maladie. Elle est plus faible depuis la fin des années 1980. Par ailleurs, depuis les années 1970, on assiste à un mouvement de convergence des niveaux de dépenses de santé parmi les pays les plus développés, les États-Unis faisant toutefois figure d'exception. Le document de travail rappelle d'abord quels sont les grands facteurs de croissance des dépenses de santé, en s'appuyant sur une somme de travaux réalisés sur cette question. Il discute ensuite les principales projections de long terme des dépenses de santé réalisées pour la France, en présentant leur méthodologie, leurs résultats et leurs limites.

Grangier, J., et al. (2017). "Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015." *Études Et Résultats*(1025)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-facteurs-demographiques-contribuent-a-la-moitie-de-la-hausse-des-depenses>

Entre 2011 et 2015, la dépense de santé, tous financeurs confondus, telle que retracée par la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), a progressé de 8,9%. Plus de la moitié de cette croissance s'explique par des facteurs démographiques : l'accroissement de la population pour un quart, et son vieillissement pour un autre quart.

Ponthiere, G. (2017). "Économie du vieillissement". Paris, La Découverte

Le vieillissement démographique est souvent présenté comme un frein à l'expansion économique des nations. Mais est-il vraiment un obstacle à la croissance ? Par quels

canaux influence-t-il l'activité économique ? Comment l'État-providence pourrait-il s'adapter au vieillissement et aux défis posés par la dépendance des personnes âgées ? L'ouvrage présente les outils utilisés par l'analyse économique pour étudier le vieillissement et ses multiples interactions avec l'activité économique. Si le vieillissement peut ralentir la croissance en réduisant le ratio des actifs sur les inactifs, plusieurs mécanismes d'ajustement portant sur l'épargne, l'éducation et la durée de la carrière peuvent compenser cet effet. Au-delà de son impact sur la production marchande, le vieillissement pose également aux économistes la question de la prise en compte de la durée de vie dans la mesure de la performance économique des nations. L'ouvrage s'interroge enfin sur les grands défis auxquels le vieillissement confronte l'État-providence, qu'il s'agisse de la redistribution ou de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. (4ème couv.).

(2016). Analyse de la consommation de soins des personnes âgées de 75 ans et plus en Bretagne. Rennes ARS de Bretagne

[http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Etudes_et_publications/Etudes_et_statistiques/Rapports_ARS/2016-03 - Rapports ARS Bretagne - Consommation PA.pdf](http://www.ars.bretagne.sante.fr/fileadmin/BRETAGNE/Site_internet/Etudes_et_publications/Etudes_et_statistiques/Rapports_ARS/2016-03_-_Rapports_ARS_Bretagne_-_Consommation_PA.pdf)

L'évolution de la consommation de soins chez les personnes âgées de 75 ans et plus est plutôt maîtrisée entre 2011 et 2013, mais l'évolution démographique attendue à partir de 2020 (Papy-Boom) aura des conséquences importantes sur l'offre de soins en l'absence de changement des pratiques. L'objectif premier de cette étude est d'établir un diagnostic général des caractéristiques de la consommation de soins des personnes âgées en Bretagne tant en milieu hospitalier qu'en médecine de ville. Le second objectif de l'étude est de s'assurer que l'offre actuelle pourra répondre aux besoins en anticipant et en accompagnant des changements de pratiques.

(2016). Avis sur les innovations et système de santé. Document 9 : Personnes âgées, état de santé et dépendance : quelques éléments statistiques. Paris HCAAM

[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/document_9 - personnes agees etat de sante et dependance - quelques elements statistiques .pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/document_9_-_personnes_agees_etat_de_sante_et_dependance_-_quelques_elements_statistiques_.pdf)

Le HCAAM en 2010 et 2011 a conduit des travaux sur le vieillissement et la dépendance. Ces travaux ont permis d'établir, au vu des données disponibles, un premier diagnostic des besoins en santé des personnes âgées et des modalités de leur prise en charge, en particulier pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Sur la base de ce diagnostic le HCAAM a formulé un certain nombre de propositions parmi lesquelles la mise en place de parcours coordonnés de soins et d'accompagnement afin d'éviter des ruptures de prise en charge, le recours aux hospitalisations en urgence et la redondance des examens ; parcours coordonnés auxquels devraient être associés les différents

professionnels intervenant auprès des personnes concernées qu'il s'agisse de professionnels relevant du secteur de la santé (médecins, infirmiers, aides-soignants,...) ou encore du secteur social (assistants sociaux, auxiliaires de vie, aides ménagères,...). Cette fiche complète le diagnostic en s'appuyant sur les dernières études disponibles. Elle illustre la porosité des frontières entre les soins à domicile destinés aux personnes âgées et les aides dont elles bénéficient au titre de la dépendance en s'appuyant sur quatre constats : - La frontière entre perte d'autonomie et difficultés de santé est ténue ; - Certaines dépenses de soins sont liées au niveau de dépendance ; - A domicile, les dépenses de soins spécifiques aux personnes âgées en perte d'autonomie sont du même ordre de grandeur que les dépenses prises en charge par l'APA ; - A domicile, la prise en charge des personnes âgées pour leurs soins de toilette et d'hygiène peut être assurée

(2016). "Quel avenir pour les dépenses de santé ? Note de politique économique de l'OCDE." Problèmes Économiques(3127): 5-14

Cet article reprend partiellement une note de l'OCDE portant sur l'avenir des dépenses de santé. Il s'avère que la hausse des dépenses de santé et de soins de longue durée va continuer de peser sur les budgets publics au cours des prochaines décennies dans les pays de l'OCDE comme dans les pays émergents (BRICS). Les dépenses s'accroîtront de manière soutenue en raison du vieillissement et de l'augmentation des maladies chroniques, et également sous l'effet conjugué du progrès technique et de l'envolée du prix relatifs des soins de longue durée.

Tenand, M. (2016). "Hausse des dépenses de santé. Quel rôle joue le vieillissement démographique ?" Médecine/Science 36: 204-210.
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01289489>

Le vieillissement démographique est souvent mis en avant pour expliquer la hausse des dépenses de santé. Puisque les personnes âgées consomment davantage de soins médicaux que leurs cadets, l'augmentation de la part des 60 ans et plus que connaissent les pays développés ne devrait-elle pas conduire à une augmentation marquée des dépenses de santé ? Ce raisonnement en apparence logique oublie le rôle joué par les conditions épidémiologiques et les pratiques médicales. Il occulte également l'importance du progrès technique médical qui, de manière paradoxale, a contribué à la hausse des budgets consacrés aux soins. Cet article propose un aperçu de la littérature économique qui s'est attachée à isoler et à quantifier les effets respectifs du vieillissement de la population et des déterminants non-démographiques sur la dynamique des dépenses de santé

Berard, A., et al. (2015). Combien coûte la maladie d'Alzheimer ? : (99) ; Paris : Fondation Médéric Alzheimer

http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/content/download/20708/92421/file/2015_09_21%20Rapport%20FMA%20co%C3%BBt%20MA.pdf

En France, plus de 850 000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer qui reste encore aujourd'hui incurable. Les conséquences de cette maladie sur la personne elle-même comme pour ses proches, sont multiples (familiales, médicales, sociales, économiques, juridiques, éthiques) et nécessite une prise en charge et un accompagnement global. Ce nombre devrait augmenter de 60 % d'ici 2040. Ce rapport propose une évaluation du coût de la maladie d'Alzheimer à partir de deux types de coûts : les coûts médicaux et paramédicaux du secteur sanitaire et le coût de l'aide informelle. Les coûts médicaux et paramédicaux du secteur sanitaire s'élèvent à 5,3 milliards d'euros par an. Ces coûts correspondent à l'établissement du diagnostic, aux soins des personnes malades à leur domicile, à leur prise en charge en établissement de santé. Ils sont repartis ainsi :- hospitalisation en médecine et chirurgie : 53 % ; soins paramédicaux libéraux en ville : infirmiers, orthophonistes, ergothérapeutes, psychologues, masseurs-kinésithérapeutes : 27 % ; - médicaments « anti-Alzheimer » : 13 % ; - établissement du diagnostic (en libéral et en hospitalier) : 6 %. Le poste le plus important est représenté par les hospitalisations, non pas pour la prise en charge directe de la maladie d'Alzheimer (diagnostic, traitement), mais pour les complications (chutes, troubles du comportement, malnutrition, dépression...) qu'elle génère. Ainsi, la maladie d'Alzheimer est une maladie coûteuse essentiellement pour les soins nécessités par les complications qu'elle suscite, que ce soit en EHPAD, en établissement de santé ou à domicile. L'aide informelle est estimée à 14 milliards d'euros par an, en moyenne. L'aide informelle est l'aide prodiguée par une personne de l'entourage de la personne malade (conjoint(e) le plus souvent). Il faudrait ajouter à ces montants les coûts médico-sociaux (accueil de jour, MAIA, ESA, hébergement en EHPAD, APA, Pasa, UHR...) dont le total actuel est bien supérieur aux 9 milliards d'euros estimés en 2004 par l'OPEPS car de nouveaux dispositifs ont été mis en place suite aux plans Alzheimer. Une étude économique spécifique de ces coûts reste à réaliser souvent) telles que les soins d'hygiène corporelle, l'aide à l'habillage, à la marche, l'aide pour le ménage, la gestion du budget (résumé des auteurs)

Caby, D. et Eidelman, A. (2015). "Quel avenir pour le dispositif de prise en charge des affections de longue durée (ALD) ?" *Lettre Trésor Eco*(145)
<http://www.tresor.economie.gouv.fr/File/411847>

Face aux coûts que représente le dispositif de prise en charge des affections de longue durée, cette étude propose une réforme systémique de ce système en régulant la dépense publique et le reste à charge à partir de paramètres à définir (montant du plafond de reste à charge, niveau d'une éventuelle franchise, valeurs des tickets modérateurs...). Selon les auteurs, la prise en charge de la dépense de santé par

l'assurance maladie obligatoire à partir de critères économiques rétablirait ainsi l'équité entre les malades, indépendamment de leur pathologie, tout en leur évitant des restes à charges trop élevés.

Geay, C., et al. (2015). "Intégrer les dépenses de santé dans un modèle de microsimulation dynamique : le cas des dépenses de soins de ville." *Économie Et Statistique*(481-482): 211-234. http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES4811.pdf

Anticiper la croissance à long terme des dépenses de santé constitue un des volets des exercices de surveillance budgétaire qui sont régulièrement menés à différents niveaux, notamment dans le cadre européen. Cette projection peut se faire à l'aide de maquettes macroéconomiques raisonnant à un niveau très agrégé. Mais l'exercice peut aussi se faire par microsimulation, ce qui offre un plus grand potentiel en termes de variantes et de types de résultats. La contrepartie est évidemment une certaine complexité puisqu'il faut modéliser des trajectoires individuelles d'état de santé et la distribution des dépenses associées plutôt que des valeurs moyennes. Cet article présente les premières étapes de la construction d'un modèle de ce type, appliqué aux dépenses de soins de ville. Ce modèle comprend deux modules. Le premier est un module « épidémiologique » qui projette un indicateur dichotomique de bonne/mauvaise santé obtenu en croisant données de santé subjectives et objectives. Cet indicateur est évalué sur le panel de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) allant de 2002 à 2008. Ce panel permet d'estimer les probabilités de passage entre bonne et mauvaise santé ainsi que les probabilités de décès différenciées selon l'état de santé. Ce sont ces probabilités qui sont ensuite utilisées pour faire vieillir progressivement l'échantillon de 2008, à l'horizon de 2032. Une fois projetés les états de santé individuels, le second module simule les dépenses qui leur sont associées, à l'aide d'une approche séquentielle simulant d'abord le fait d'avoir une dépense non nulle, puis le niveau de cette dépense si elle est positive. L'articulation de ces deux modules est illustrée par quelques projections exploratoires. Ils ont été conçus pour être applicables à d'autres données de base. Ils pourront aussi être couplés avec des outils de microsimulation appliqués aux autres aspects du vieillissement démographique, principalement les retraites (résumé d'auteur).

(2014). Consommation et épargne des retraités. Note de présentation générale. Paris COR <http://www.cor-retraites.fr/article440.html>

Le COR suit régulièrement l'évolution du niveau de vie des retraités, dont il constate qu'il est en moyenne proche de celui de l'ensemble de la population depuis le milieu des années 90. Les questions relatives à l'utilisation par les retraités de leurs revenus - en premier lieu, la répartition entre consommation et épargne - ont en revanche été peu étudiées par le Conseil, d'où l'objet du présent dossier. Ce dernier rassemble les études les plus récentes sur le sujet, afin d'actualiser les constats effectués à la fin des années 1990 et qui donnent l'image d'un retraité ayant apparemment peu de besoins de

consommation et laissant une épargne résiduelle en partie redistribuée vers les descendants. La première partie du dossier s'interroge sur la persistance de la sous-consommation, du sous-équipement et de l'aisance financière des retraités, avec un focus sur les dépenses de santé. La deuxième partie présente les estimations les plus récentes de l'INSEE sur le taux d'épargne des retraités. Afin d'illustrer la diversité des situations, la troisième partie s'intéresse enfin à la notion de pauvreté en conditions de vie, qui permet de décrire les retraités ayant des difficultés financières ou des conditions de vie difficiles. Ces constats reposent sur des enquêtes auprès des ménages ordinaires, ce qui exclut les personnes âgées dépendantes en institution.

Menard, C., et al. (2014). Consommation de soins et prévention. Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010., St-Denis : INPES: 120-139
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportements-sante-55-85/index.asp>

Ce chapitre du Baromètre santé 2010 aborde la consommation de soins des 55-85 ans, avec une attention portée sur les personnes déclarant avoir une maladie chronique, en lien avec des mesures de prévention (résumé de l'éditeur).

Renoux A., Roussel R., Zaidman C. (2014). Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060. Dossiers Solidarité et Santé (50)

En 2011, les dépenses publiques de prise en charge de la perte d'autonomie ont atteint 21,1 milliards d'euros, soit 1,05 point de PIB. Évaluée dans une optique ciblée sur le surcoût de la dépendance, cette somme recouvre les dépenses au titre des dépenses de santé (pour 11,0 milliards d'euros), de prise en charge médico-sociale (8,0 milliards d'euros) et de l'hébergement (2,1 milliards). En incluant les sommes à la charge des ménages, la dépense totale atteindrait 28,3 milliards en 2011, soit 1,41% du PIB. À l'horizon 2060, la prise en charge publique de la perte d'autonomie s'élèverait dans le scénario intermédiaire étudié à 35 milliards d'euros en valeur équivalente de 2011, soit 1,77 point de PIB. Cet accroissement, continu sur la période de projection, serait plus marqué entre 2025-2040 du fait de la démographie. Pour estimer la sensibilité des résultats à différentes hypothèses macro-économiques, démographiques ou d'indexation, plusieurs scénarios ont été simulés. Si les résultats ne sont pas sensibles en part de PIB aux hypothèses macro-économiques retenues, ils le sont en revanche aux hypothèses démographiques et législatives. Les hypothèses d'indexation des différentes aides sociales et fiscales dont bénéficient les personnes âgées dépendantes ont en effet une influence marquée, non sur le montant global, mais sur la répartition de la dépense entre financeurs publics et ménages.

Soulat, L. et Arrondel, L. (2014). Les dépenses de santé à la charge des ménages avant et pendant la retraite. Paris COR

<http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-2473.pdf>

Cette note présente quelques premiers résultats sur les modifications des dépenses de santé au moment de la retraite en se centrant sur les dépenses de santé non remboursées. Ce travail s'appuie sur l'exploitation de réponses à l'enquête de la Caisse des Dépôts Attentes et perception des Français à l'égard de la retraite. Plus particulièrement, il étudie les réponses à la question sur le budget des ménages en dix postes, et notamment celles portant sur le poste des dépenses de santé, hors dépenses remboursées. Les dépenses de santé ainsi déclarées par les enquêtés correspondent à un périmètre différent de celui des chiffres de la DREES. Ceci peut expliquer des différences dans le niveau des dépenses de santé à la charge des ménages, les mesures présentées ici étant plus élevées que celles de la DREES.

Tenand, M. (2014). "Vieillesse démographique : la hausse des dépenses de santé est-elle inexorable ?" *Informations Sociales*(183): 74-92

<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2014-3-page-74.htm>

La hausse des dépenses de santé est communément, et avec raison, attribuée au vieillissement de la population. Toutefois, celui-ci n'en est la cause ni directe ni principale. En raison du rôle décisif de nombreux autres facteurs non démographiques – état de santé aux âges avancés, innovations médicales, formation et rémunération du personnel, législation sur les médicaments et les brevets, entre autres –, il pèse beaucoup moins sur les dépenses de santé que les choix de politiques publiques.

(2013). Impact du vieillissement et soins aux personnes âgées. In : *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie. Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2014 (loi du 13 août 2004).*, Paris : Cnamts

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2014.pdf

Le vieillissement de la population pose à notre système de santé deux types de défis : celui de la soutenabilité financière : comment arriver à maîtriser la croissance des dépenses de santé dans un contexte où la démographie des personnes âgées, la fréquence des pathologies et l'innovation thérapeutique génèrent des financements plus importants ? Mais aussi celui de la qualité du service apporté aux personnes les plus âgées, qui souffrent souvent de pathologies chroniques multiples, associées pour certaines à des besoins d'aide. Pour ces populations complexes et fragiles, la nécessité de coordonner au long cours les interventions de professionnels multiples, d'organiser des parcours fluides, de gérer les transitions pour éviter les ruptures, d'articuler les

soins avec d'autres services concourant à la qualité de vie sont autant d'enjeux sur lesquels notre système de santé doit s'améliorer. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) s'est penché en 2010 sur ces deux aspects dans son rapport « Vieillesse, longévité et assurance maladie » ; il a précisé certaines de ses propositions dans sa contribution au débat sur la dépendance des personnes âgées (« Assurance maladie et perte d'autonomie ») en 2011. Sur la base de ses conclusions, des expérimentations visant à améliorer le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa) sont aujourd'hui lancées dans un certain nombre de territoires. Les analyses et les réflexions qui suivent s'inscrivent dans la poursuite de ces travaux et visent à approfondir certains éléments de diagnostic sur ces deux volets : d'une part le rôle des facteurs démographiques dans la croissance des dépenses de soins, d'autre part des illustrations, évidemment non exhaustives, de marges de progrès qui peuvent être génératrices à la fois d'une meilleure qualité et d'une plus grande efficacité des soins aux personnes âgées. Elles sont précédées d'un rapide aperçu de l'état de santé de la population de plus de 75 ans.

Calvet, L. et Montaut, A. (2013). "Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes." *Dossiers Solidarité Et Santé (Drees)*(42)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/depenses-de-soins-de-ville-des-personnes-agees-dependantes>

La France compte 1 320 000 personnes âgées dépendantes en 2008. Elles représentent 10% des personnes de plus de 60 ans et une sur trois vit en institution. Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile ont des dépenses de santé jusqu'à trois fois plus élevées que celles qui sont autonomes, en raison des soins infirmiers, de kinésithérapie et de certains matériels médicaux, mais leurs dépenses en soins de spécialistes, dentaire et optique sont plus faibles. Enfin, à niveau de dépendance comparable, les dépenses des personnes hébergées en institution sont proches de celles de leurs homologues à domicile.

Calvet L. (2013). Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans ou plus. In : *Les comptes nationaux de la santé 2012*. Paris : Drees

Dans une première partie, l'article présente la consommation en soins de ville des personnes âgées de 75 ans ou plus (consultations de médecins, soins infirmiers, séances de kinésithérapie). Une attention particulière est portée à la consommation de médicaments, poste de dépense le plus élevé et qui représente un enjeu de santé publique pour une population ayant un risque iatrogénique important. Le lien entre dépenses de santé, dépendance et lieu de résidence des personnes âgées (à domicile ou en institution) est aussi examiné. La deuxième partie porte sur les dépenses d'hospitalisation, leurs fréquences et leur coût. Dans une troisième partie, enfin, on

s'intéresse aux pathologies des personnes âgées : d'abord en observant les pathologies les plus fréquentes et les situations de polyopathologies, puis en examinant les liens entre dépenses de santé et pathologies des personnes âgées.

Ricci, P., et al. (2013). "Les dépenses de soins remboursés durant la dernière année de vie, en 2008, en France." Revue d'Épidémiologie Et de Santé Publique **61**(1): 29-36.

Position du problème : Mesurer le coût pour l'Assurance maladie de la dernière année de vie ainsi que la part que celle-ci représente dans l'ensemble des remboursements en 2008, analyser la structure des dépenses lors de la dernière année de vie et distinguer les coûts selon quelques exemples de causes de décès. Méthodes : Les données ont été obtenues à partir du Système national d'informations interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), chaîné au PMSI MCO, HAD et SSR. Les analyses ont porté sur le régime général hors fonctionnaires et étudiants (n=49 millions). Le coût de la dernière année de vie a été calculé en population exhaustive (361 328 décédés en 2008). La cause supposée du décès a été identifiée principalement à partir du diagnostic principal du séjour au cours duquel il est survenu. Résultats : Les remboursements de la dernière année de vie s'élèvent à 22 000 - en moyenne en 2008 dont 12 500 - pour l'hôpital public. Ils diffèrent selon les causes médicales de décès : 52 300 - pour les maladies à VIH et environ 40 000 - pour les tumeurs malignes. Un effet négatif de l'âge sur les dépenses de fin de vie est observé. Les dépenses de santé augmentent à l'approche de la mort, le dernier mois de vie correspondant à 28% des remboursements de la dernière année. Parmi l'ensemble des remboursements de l'assurance maladie en 2008, 10,5% sont associés à la dernière année de vie. Conclusion : Cette étude retrouve des résultats proches de ceux observés dans le passé ou dans d'autres pays. Nos résultats montrent en particulier que la part des dépenses consacrée à la dernière année de vie reste stable.

(2012). La consommation médicamenteuse des personnes âgées en ville. Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2011 - Prévisions 2012 et 2013. Tome 1., Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale: 135-137

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_ccss_10-2012.pdf

La dépense de médicaments en ville s'est élevée à 22,6 Md en 2011. Une grande part de cette dépense est consacrée aux personnes âgées de plus de 65 ans. Cette catégorie représente en effet 17 % de la population française (13 % pour les plus de 70 ans) mais a concentré près de 44 % de la dépense remboursée de médicaments en ville en 2011. La croissance de la dépense globale est tirée par les traitements de pathologies souvent liées à l'âge.

(2012). La prise en charge hospitalière des personnes âgées. Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2011 - Prévisions 2012., Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale: 118-123

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/eclairage_maladie_prise_en_charge_hospitaliere_personnes_agees.pdf

Ce chapitre s'intéresse à la prise en charge hospitalière des personnes âgées. Il constate qu'une part de plus en plus importante de l'activité hospitalière concerne la prise en charge de cette partie de la population. Cette évolution se traduit par une déformation de la structure d'activité hospitalière, le secteur public accueillant principalement la patientèle âgée. Il examine le coût de cette prise en charge et les facteurs explicatifs de ce coût. La prise en charge de la personne âgée est donc un enjeu majeur de l'organisation des soins dans les années à venir.

Barnay, T. (2012). "Prévention et vieillissement en bonne santé : un regard économique." Gérontologie Et Société: 185-203

En France, les mauvais résultats en termes de performance sanitaire et l'aggravation des inégalités sociales de santé, et ce en dépit d'un investissement public élevé, justifient de s'interroger sur la promotion d'actions de prévention. Cette réflexion questionne la rationalité des politiques collectives de prévention et l'adoption de comportements individuels de prévention. Au final, cet article vise à expliciter les conditions permettant de promouvoir le vieillissement en bonne santé par une prévention ciblée, coordonnée et précoce dès l'âge de 50 ans.

Davin, B. et Paraponaris, A. (2012). "Vieillesse de la population et dépendance. Un coût social autant que médical." Questions de Santé Publique(19): 4.

<http://www.iresp.net/communication/publication-dun-bulletin-trimestriel-de-4-pages/>

Le vieillissement de la population est communément présenté comme un facteur majeur de l'augmentation des dépenses de santé. La concomitance des deux phénomènes ne vaut toutefois pas causalité. En effet, les habitudes de consommation de soins de plus en plus coûteux et la médicalisation croissante de la santé chez toutes les générations, y compris les plus âgées, semblent avoir un impact plus important dans la hausse des dépenses de soins et de biens médicaux. Pour autant, aux côtés des frais médicaux, l'avancée dans l'âge révèle des besoins croissants en aide humaine destinée à compenser la perte d'autonomie, éventuellement complétée par des dispositifs techniques. Cette aide humaine est en grande partie assumée par l'entourage proche, sur lequel elle fait peser des coûts dont l'évaluation économique dépasse largement ceux tirés des comptes officiels de la dépendance.

Dormont, B. et Huber, H. (2012). Vieillesse de la population et croissance des dépenses de santé. Paris Institut Montparnasse
<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01520109/document>

Depuis le milieu du XXe siècle les économies développées connaissent deux grandes tendances : un formidable accroissement de la longévité et une augmentation continue de la part du produit intérieur brut consacrée aux dépenses de santé. Quel est le lien entre ces deux évolutions ? Contrairement à une opinion répandue, le vieillissement ne joue qu'un rôle mineur dans la croissance des dépenses de santé. Certes, chaque individu voit ses dépenses de santé augmenter lorsqu'il vieillit. Mais les changements les plus importants sont dus au fait que les dépenses individuelles de santé augmentent dans le temps, à âge et à maladie donnés. En 2009, par exemple, un homme de 50 ans affecté d'un diabète dépense beaucoup plus pour sa santé que le même quinquagénaire diabétique ne dépensait en 2000. Ce mouvement est sans rapport avec le vieillissement de la population. Il résulte principalement de la dynamique du progrès médical : de nouveaux produits et de nouvelles procédures apparaissent continuellement, qui induisent des changements dans les pratiques médicales. Une analyse de microsimulation réalisée sur des échantillons représentatifs des assurés sociaux français a permis de montrer que ces changements de pratiques influencent massivement la croissance des dépenses de santé, le vieillissement de la population ne jouant qu'un rôle mineur : sur la période 1992-2000, il n'explique pas plus d'un dixième de la croissance des dépenses de soins. Cette étude a procédé à une actualisation de cette étude sur la période 2000-2008. En reprenant les termes de l'analyse sur les deux périodes 1992- 2000 et 2000-2008, elle réalise des décompositions rétrospectives de l'impact des différents facteurs de la croissance des dépenses de santé. Ces décompositions sont obtenues grâce à l'estimation, sur des échantillons représentatifs des assurés français, de modèles de consommation de soins permettant de mettre en œuvre des microsimulations.

(2011). Assurance maladie et perte d'autonomie. Paris HCAAM
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf

Réalisé à la demande du Premier ministre, ce rapport apporte sa contribution au débat national sur la dépendance des personnes âgées. En évaluant la contribution de l'assurance maladie à une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) cherche en particulier à identifier en quoi l'assurance maladie peut prévenir la survenue trop rapide d'une altération de l'autonomie dans les gestes et relations de la vie quotidienne, mais aussi ce que l'assurance maladie est en droit d'attendre d'une meilleure prise en charge de la dépendance. Un élément de sémantique doit être posé d'entrée de jeu. Dans ce

rapport, comme dans ses travaux récents, le HCAAM a fait le choix de privilégier les expressions de « perte d'autonomie » et d'aide « à l'autonomie » (ou d'aide au « maintien de l'autonomie ») plutôt que le terme de « dépendance », même lorsqu'il est question de la perte d'autonomie des seules personnes très âgées. En effet, l'approche médicale et soignante, qui est celle à partir de laquelle le HCAAM est légitime à aborder le sujet de l'autonomie, ne peut fondamentalement pas faire de différence dans la perte d'autonomie selon que le sujet est jeune ou âgé. Le HCAAM étant saisi dans le cadre d'un débat national consacré aux seules questions mises au jour par la perte d'autonomie au grand âge, il a donc travaillé en conséquence. A ses yeux toutefois, l'essentiel du travail conduit dans le cadre de cette saisine concerne en réalité non seulement des personnes très âgées, mais tout autant des personnes en situation de handicap - quelle qu'en soit la cause - ou encore celles des personnes présentant, à tout âge, des pathologies chroniques invalidantes.

(2011). "Dépenses de santé : quels facteurs d'augmentation ? (Accès aux soins de qualité)." Revue Prescrire(333): 536-541.

Divers facteurs influencent les dépenses de santé du côté des patients comme du côté de l'offre de soins : vieillissement de la population, innovation médicale, rémunération des professionnels de santé, démographie médicale? La maîtrise des dépenses de santé est un élément important de toute politique de santé. Certains facteurs d'augmentation des dépenses sont maîtrisables en partie : il est possible d'agir sur les prix des produits de santé, sur le comportement des professionnels de santé et des patients, tout en assurant des soins de qualité. Il est indispensable de réduire les gaspillages, notamment les actes et consommations inutiles et redondants, et globalement de mieux prendre en compte l'intérêt des soins et leur coût, situation par situation.

Beraud, C. (2011). "Les menaces financières sur l'assurance maladie ne seront pas démographiques mais économiques, médicales et technologiques." Sciences Sociales Et Santé 29(1): 69-80.

Cet article constitue un commentaire à l'article de Thiebault et Ventelou sur l'évaluation des changements épidémiologiques sur la dépense de santé en France pour 2025. Pour l'auteur le vieillissement parfaitement prévisible de la population ne jouera pas un rôle directement déterminant sur la "faillite" de l'assurance maladie. Selon lui quatre facteurs seraient déterminants : les prescriptions médicales, l'organisation du système de soins et les innovations technologiques. (résumé de l'éditeur).

Charpin, J. M. et Tlili, C. (2011). Perspectives démographiques et financières de la dépendance : rapport du Groupe 2. Paris MSSPS

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000333.pdf>

Ce rapport est issu des réflexions du groupe de travail « Société et vieillissement », constitué dans le cadre du débat national sur la dépendance par lettre de mission de Madame la ministre des solidarités et de la cohésion sociale. Il aborde la problématique sous l'angle démographique et financier et tente d'élaborer des projections d'évolution à l'horizon 2030 et 2060.

Lautier, S., et al. (2011). Le financement de la perte d'autonomie liée au vieillissement : regards croisés des acteurs du secteur. *Cahier de recherche ; 286*. Paris CREDOC

<https://www.credoc.fr/publications/le-financement-de-la-perse-dautonomie-liee-au-vieillissement>

Depuis plusieurs années, la perte d'autonomie liée au vieillissement est devenue une source de préoccupation pour les gouvernements mais aussi pour l'ensemble des Français. Avec l'allongement de l'espérance de vie, de plus en plus de ménages y sont confrontés, et le financement de la perte d'autonomie liée au vieillissement est devenu un enjeu national. Le projet de réforme du gouvernement a donné lieu à la mise en place, au début de l'année 2011, de groupes de travail chargés de réfléchir sur les différentes dimensions de la perte d'autonomie. Dans le cadre de ce Cahier de recherche, le CRÉDOC apporte un éclairage prospectif sur les sources possibles de financements et le rôle des acteurs pouvant être concernés par cette problématique, c'est-à-dire les ménages, les départements, les employeurs et les assurances.

Thiebault, S. et Ventelou, B. (2011). "Évaluation de l'impact des changements épidémiologiques sur la dépense de santé en France pour 2025 : approche par microsimulation." *Sciences Sociales Et Santé* **29**(1): 35-67

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante.htm>

Cet article propose une méthode de prédiction de l'évolution des dépenses de santé ambulatoire sous l'effet du vieillissement de la population française à l'horizon 2025. Le modèle intègre deux indicateurs d'état de santé sur lesquels chaque agent de la base de données pourra transiter, par microsimulation, créant ainsi une dynamique épidémiologique individuelle entre bonne et mauvaise santé. À l'aide d'un modèle économétrique de consommation de biens et de services de santé, les auteurs déduisent la dépense française en santé en 2025 par agrégation de la population représentative vieillie en 2025. Le support choisi pour la première application de l'outil est la base de données ESPS 2000 de l'Irdes appareillée avec l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS). Le thème traité est l'impact de changements épidémiologiques sur le montant des dépenses ambulatoires. Ces simulations ont été

réalisées pour trois scénarios épidémiologiques : scénario à dynamique épidémiologique constante, vieillissement en bonne santé et vieillissement en bonne santé+ progrès médical (sans prise en compte des effets prix) (résumé de l'éditeur).

(2010). Vieillesse, longévité et assurance maladie. Constats et orientations. Avis adopté le 22 avril 2010. Paris HCAAM

<http://www.securite-sociale.fr/Rapports-et-avis>

Le vieillissement de la population est souvent présenté comme une des causes essentielles de la hausse des dépenses de santé, et donc des tensions sur l'équilibre financier de l'assurance maladie. Le HCAAM a donc souhaité aborder la question, au cœur des débats actuels relatifs à d'autres dimensions de la protection sociale telles que les retraites ou la perte d'autonomie. Au terme de cette étude, il apparaît qu'il faut évacuer de nos représentations l'image d'une déferlante du grand âge qui serait sur le point de submerger, sans qu'on n'y puisse rien, le système de couverture solidaire. En revanche, la longévité croissante des individus, et le vieillissement corrélatif de la population, adressent une question cruciale au système de soins, et du même coup, à l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Celle du défi - qu'il tient qu'à nous de relever - d'organiser autrement la manière de prendre en charge et d'accompagner les malades particulièrement fragiles et présentant des situations cliniques complexes et poly-pathologiques. Car le grand âge met en évidence, comme le ferait un instrument d'optique grossissant, un point de fragilité fondamentale de l'organisation des soins : son insuffisante transversalité autour de chaque personne malade (tiré du texte).

(2010). Vieillesse, longévité et assurance maladie. Note adoptée le 22 avril 2010. Paris HCAAM

<http://www.securite-sociale.fr/Rapports-et-avis>

Cette note accompagne l'avis du HCAAM intitulé: Vieillesse, longévité et assurance maladie. Elle porte plus spécifiquement sur trois points à savoir les liens entre vieillissement et dépenses de santé; la prise en charge et l'organisation des soins pour les personnes très âgées; les orientations et pistes de travail formulées par le HCAAM pour l'amélioration de la prise en charge en matière de recours à l'hospitalisation, d'organisation et de coordination des soins, en tirant profit de la mise en place des Agences régionales de santé et en présentant les conséquences en matière de modalités de financement.

Barnay, T., et al. (2010). Simuler les dépenses de médicaments remboursables en ville à l'horizon 2029 : impact du vieillissement et de la morbidité, Boulogne - Billancourt : Éditions LEEM Services

<https://www.leem.org/sites/default/files/1475.pdf>

Au moment où la France s'engage dans un débat important sur le financement des retraites, le Leem a mesuré l'effet du vieillissement de la population française sur les dépenses de médicaments à l'échelle d'une génération. Ainsi d'ici 2029, les dépenses de médicaments remboursables vendus en pharmacie devraient accuser une hausse comprise entre 7,5 et 12,5 milliards d'euros par rapport à 2004. Les Entreprises du Médicament ont confié la réalisation d'une étude prospective au Collège des Économistes de la Santé (CES). Celui-ci a mis en place une méthode inédite avec le concours de l'INSERM pour estimer le niveau de croissance des dépenses annuelles de médicaments remboursables, vendus en officine, entre 2004 et 2029. D'ici 2029, quelles que soient les hypothèses de vieillissement, l'allongement de la durée de vie représentera un coût pour l'assurance maladie similaire à l'évolution de la production des richesses du pays, hors période de crise majeure.

Dormont, B. (2010). "Le vieillissement ne fera pas exploser les dépenses de santé." *Esprit*: 93-106.

Quand on observe la progression parallèle du vieillissement de la population et des dépenses de santé, on est amené à penser que l'un ne va pas sans l'autre. Pourtant, la première n'entraîne pas automatiquement la seconde, qui découle plutôt des changements techniques dans le traitement de maladies lourdes. Dès lors, il n'y a pas à considérer la vieillesse comme une charge ingérable collectivement mais plutôt une occasion d'affirmer des choix de société.

Embauma, M. (2010). "L'évolution des dépenses de santé depuis vingt ans : quelques éléments d'analyse." *Sève : Les Tribunes de La Santé*: 15-29
<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante.htm>

L'augmentation des dépenses de santé s'est poursuivie au cours des vingt dernières années, avec une nette inflexion par rapport à la période précédente et sous la forme d'une montée par paliers. Les soins hospitaliers gardent une place prédominante, qui s'érode au profit des médicaments. La prise en charge publique s'est déplacée vers l'hôpital et les pathologies lourdes, les affections de longue durée concentrant plus de 62 % des remboursements du régime général. Les processus de régulation demeurent encore inaboutis : les tentatives de régulation financière ont eu des effets perceptibles mais mitigés, et les changements ont peu affecté le cœur du fonctionnement du système. D'importantes incertitudes sont liées au traitement futur des déficits et à la dynamique des dépenses à long terme : elles portent sur l'impact du vieillissement, mais encore plus sur les autres facteurs d'évolution. Une série de questions est alors posée pour le débat (résumé de l'éditeur).

(2009). "2,5 millions de personnes atteintes de diabète en France : Prise en charge des malades et dynamique des dépenses." *Point D'information (Cnamts)*: 11.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_Etude_diabete_vdef.pdf

La plupart des pays développés sont actuellement confrontés à une épidémie de diabète de type 2. La France s'inscrit elle aussi dans cette évolution : en 2007, on compte 2,5 millions de personnes traitées pour diabète, soit 40% de plus qu'en 2001. Cela correspond à un taux de prévalence moyen de 4% et supérieur à 12% pour les personnes de plus de 60 ans. Parallèlement, chaque année, les dépenses d'assurance maladie pour les soins de ces malades augmentent d'un milliard d'euros environ. Notre système de soins doit ainsi relever un double défi : mieux traiter un nombre croissant de malades, tout en maîtrisant l'accroissement des dépenses qui sont liées à cette pathologie. L'Assurance Maladie présente dans ce document des données de l'étude Entred 2007, menée par l'InVS en partenariat avec la HAS, l'Inpes, l'AFD, le RSI et la Cnam, ainsi que des études complémentaires propres afin d'analyser les modalités de la prise en charge des patients diabétiques et de mesurer l'évolution des dépenses liées à leurs soins.

Albouy, V., et al. (2009). Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050. Documents de travail de la DGTPE. 2009-11. Paris DGTPE <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2009/07/30/document-de-travail-de-la-dg-tresor-n-2009-11-les-depenses-de-sante-en-france-determinants-et-impact-du-vieillesse-a-l-horizon-2050>

La part du revenu national consacrée à la santé est en forte croissance depuis plusieurs décennies. Cette dépense étant largement socialisée, il est capital d'évaluer si cette tendance a des chances de se poursuivre, quelles en sont les causes profondes, et si les politiques publiques peuvent l'infléchir. Ce document passe en revue les déterminants possibles de l'augmentation des dépenses de santé. Il conclut que si certains facteurs passés pourraient peser moins lourdement à l'avenir, la santé reste fondamentalement une industrie en croissance tirée par l'innovation technico-médicale. L'ampleur de la hausse à venir paraît néanmoins très incertaine : les estimations passées ici en revue anticipent une hausse du poids de la santé dans le PIB comprise entre 0 et plus de 10 points d'ici 2050. Dans une deuxième partie, une estimation originale de l'effet du vieillissement démographique est proposée. D'après nos estimations, l'impact du vieillissement sur la dépense de santé devrait être compris entre ½ et 2 ½ points de PIB d'ici 2050, selon que la santé des seniors ira spontanément en s'améliorant ou qu'A contraire les soins aux personnes âgées s'intensifient.

Barnay, T., et al. (2009). "L'effet du vieillissement et de l'évolution de la morbidité sur les dépenses de médicaments remboursables en ville : une micro simulation quinquennale (2004-2029)." Économie Publique(24-25): 157-186. <https://economiepublique.revues.org/8487>

Cet article propose une méthode de microsimulation, mise au point par l'Inserm SE4S à partir de la littérature médico-économique, de l'évolution des dépenses de médicaments remboursables (en médecine de ville) sous l'effet du vieillissement et de l'évolution de l'état de santé de la population française à l'horizon 2029. À partir de l'appariement de l'Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2004 de l'Irdes et l'Échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS) sont construits 3 scénarii épidémiologiques. Sont ainsi obtenus pour les 25 ans et plus des taux de croissance annuels de dépenses en médicaments, imputables uniquement au vieillissement de la population et aux évolutions de l'état de santé, situés entre 1,14% et 1,77 %.

Barnay, T., et al. (2009). "L'effet du vieillissement et de l'évolution de la morbidité sur les dépenses de médicaments remboursables en ville. Une micro simulation quinquennale (2004-2029)." Économie Publique - Public Economics(24-25): 157-186.

<http://economiepublique.revues.org/8487>

Cet article propose une méthode de microsimulation, mise au point par l'Inserm SE4S à partir de la littérature médicoéconomique, de l'évolution des dépenses de médicaments remboursables (en médecine de ville) sous l'effet du vieillissement et de l'évolution de l'état de santé de la population française à l'horizon 2029. À partir de l'appariement de l'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2004 de l'Irdes et l'Échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS), nous construisons 3 scénarii épidémiologiques. Nous obtenons ainsi pour les 25 ans et plus des taux de croissance annuels de dépenses en médicaments, imputables uniquement au vieillissement de la population et aux évolutions de l'état de santé, situés entre 1,14% et 1,77 %.

Dormont, B., et al. (2009). Vieillesse et dépenses de santé. Traité d'économie et de gestion de la santé., Paris : Éditions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses: 123-130.

<http://www.pressesdesciencespo.fr/livre/?GCOI=27246100728790>

Huber, H. (2009). "Le vieillissement de la population va-t-il entraîner une explosion des dépenses de santé ?" Regards Croisés Sur L'économie(5): 44-49.

<https://www.cairn.info/revue-regards-croises-sur-l-economie.htm>

Au moins pour ce qui est des soins dits « acute », il est vraisemblable que le vieillissement de la population ne provoque pas une explosion des dépenses. L'augmentation constatée serait plutôt à mettre sur le compte des changements de pratiques à état de santé donné, et le vieillissement démographique en tant que tel n'aurait qu'un impact mineur. Les gains en termes de longévité et de qualité de vie que permettent les dépenses de santé paraissent de plus largement couvrir leur coût.

Thiebaut, S. et Ventelou, B. (2009). "Impact du « healthy ageing » sur la dépense de santé pour 2025." Risques(80): 132-135.

[http://revue-risques.fr/revue/risques/html/Risques_80_0025.htm/\\$file/Risques_80_0025.html](http://revue-risques.fr/revue/risques/html/Risques_80_0025.htm/$file/Risques_80_0025.html)

Cette étude propose une prévision de l'évolution des dépenses de santé ambulatoires sous l'effet du vieillissement de la population française à l'horizon 2025, en déclinant les prévisions selon trois hypothèses : scénario tendanciel (maintien de l'incidence par classe d'âge des maladies chroniques) ; compression de la morbidité (healthy ageing) ; gain supplémentaire de longévité (progrès médical).

(2008). "Etude sur les personnes en affection de longue durée : Quelles évolutions en 2007 ?" Point D'information (Cnamts): 5.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_ALD_2007_vdef.pdf

L'étude menée par l'Assurance Maladie offre ainsi une vision précise et actualisée des pathologies lourdes et chroniques en France et de leurs évolutions. Ces données permettent également de mieux comprendre l'évolution des dépenses d'assurance maladie et les moteurs de leur croissance.

Grignon, M. (2007). Vieillesse et dépenses de santé. Le vieillissement en Europe. Aspects biologiques, économiques et sociaux., Paris : la documentation Française: 161-172.

La première partie de cet exposé sur le lien entre le vieillissement et les dépenses de soins en Europe traitera tout d'abord de la question de la dépense nécessaire pour maintenir un profil de dépenses par âge constant, et de ses conséquences en termes de fiscalité, d'équité et de mode de financement; cette question traite de l'impact démographique direct sur les dépenses de santé. Dans une deuxième partie seront détaillés les mécanismes par lesquels les sociétés vieillissantes pourraient être amenées à dépenser plus (ou moins) pour se soigner et les relations qu'entretiennent ces mécanismes avec le vieillissement de la population : le coût de la dernière année de la vie, les prix des services médicaux, les choix politiques et les choix technologiques. Enfin, une troisième partie abordera la question de l'effet de la dépense médicale sur les gains d'espérance de vie des Européens, qui est en quelque sorte le problème réciproque de celui de l'effet du vieillissement sur la dépense (tiré du texte).

Houssain, D. (2007). "Le temps de la santé : l'urgence." Sève : Les Tribunes de La Santé(13): 33-38.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante.htm>

L'urgence occupe une place considérable et croissante dans le champ de la santé . Autour de la notion de durée limite propre à certains mécanismes physiologiques indispensables à la poursuite de la vie, c'est peu à peu structurée une organisation des soins apte à répondre dans le temps aux exigences posées dans le domaine de la médecine. Il en a résulté un effort important d'adaptation dans le champ de ma

médecine libérale comme dans celui des établissements de santé. Sans être une médecine d'exception, la médecine d'urgence est toutefois particulière, en raison des contraintes qui pèsent sur certains aspects fondamentaux de sa pratique. Le domaine de la santé publique n'échappe pas au phénomène de l'urgence. Tel est le sujet de cet article.

Dormont, B., et al. (2006). "Health expenditures growth : reassessing the threat of aging." Health Economics **15**(9): 947-963

In this paper, we evaluate the respective effects of demographic change, changes in morbidity and changes in practices on growth in health care expenditures. We use microdata, i.e. representative samples of 3441 and 5003 French individuals observed in 1992 and 2000. Our data provide detailed information about morbidity and allow us to observe three components of expenditures: ambulatory care, pharmaceutical and hospital expenditures. We propose an original microsimulation method to identify the components of the drift observed between 1992 and 2000 in the health expenditure age profile. On the one hand, we find empirical evidence of health improvement at a given age: changes in morbidity induce a downward drift of the profile. On the other hand, the drift due to changes in practices is upward and sizeable. Detailed analysis attributes most of this drift to technological innovation. After applying our results at the macroeconomic level, we find that the rise in health care expenditures due to ageing is relatively small. The impact of changes in practices is 3.8 times larger. Furthermore, changes in morbidity induce savings which more than offset the increase in spending due to population ageing.

Oliveira Martins, J. et de la Maisonneuve, C. (2006). "The Drivers of Public Expenditure on Health and Long-Term Care: An Integrated Approach." OECD Economic Studies(43): 115-154.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ecn&AN=0938389&lang=fr&site=ehost-live>

<http://www.ingentaconnect.com/content/oecl/02550822>

Public expenditures on health and long-term care (hereafter, LTC) are a matter of concern for governments in most OECD countries. These expenditures have recently accelerated and are putting pressure on public budgets, adding to that arising from insufficiently reformed retirement schemes and other forms of social spending. The growth of public spending on health and long-term care in OECD countries has been limited for some time via the implementation of cost-containment policies. These policies acted essentially through wage moderation, price controls and postponement of investment in the case of health care. A large share of long-term care has been informally provided by families. However, the scope for containing health and LTC expenditures along these lines is narrowing.

Polton, D. et Sermet, C. (2006). "Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ?" *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*(5-6): 49-52

http://www.invs.sante.fr/beh/2006/05_06/beh_05_06_2006.pdf

La question de l'impact du vieillissement de la population sur le coût des soins fait l'objet d'opinions contrastées. Selon certains, les évolutions démographiques des prochaines décennies seront insupportables pour les finances publiques et mettront inévitablement à mal le système d'assurance maladie. Pour d'autres au contraire, le vieillissement n'aura finalement qu'un impact limité et très supportable sur les dépenses de santé. Ce second point de vue est défendu par une bonne part de la communauté scientifique (ce que résume assez bien le titre malicieux d'un papier sur ce sujet de Robert Evans, économiste de la santé canadien : Apocalypse No), tandis que les acteurs du système de santé et les media ont des anticipations plus sombres. Pour éclairer ce décalage des points de vue, cette revue de la littérature synthétise l'état actuel des connaissances et dégage les incertitudes, les points de débat et les questions encore en suspens que la recherche devra explorer.

Polton, D., et al. (2006). "L'économie de la santé et la question du vieillissement de la population." *Lettre Du Collège (La)* **17**(4): 1-5.

http://www.ces-asso.org/docs/Let_CES_4-2006.pdf

Raynaud, D. (2006). "La consommation de soins des personnes âgées." *Actualité Et Dossier En Santé Publique*(56): 34-38

<http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/ADSP/56/ad563437.pdf?18MK3-KX16Q-Q44K3-G6JQ0-3K418>

A partir des données 2004 de l'échantillon permanent d'assurés sociaux de la Cnamts (EPAS) et de l'enquête santé soins protection sociale de l'Irdes, cet article analyse la consommation médicale des personnes âgées selon les variables suivantes : types de soins, âge, couverture complémentaire, renoncement aux soins...

Azizi, K. et Pereira, C. (2005). "Comparaison internationale des dépenses de santé. Une analyse des évolutions dans sept pays (1970-2002)." *Dossiers Solidarité Et Santé*(1): 43-60

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/etudes-sur-les-depenses-de-sante>

Sept pays de l'OCDE, parmi lesquels la France, ont été retenus dans cette étude en raison de leur importance respective et de la diversité modes d'organisation et de financement des soins qui y prévaut. Dans la plupart de ces pays, les dépenses de santé représentent une part croissante du PIB. L'analyse de l'évolution des dépenses présentée ici, se fonde sur des données exprimées en volume. Un modèle économétrique reliant les dépenses de santé par tête, en volume corrigé des effets du vieillissement au niveau de vie, aux prix relatifs de la santé et au progrès technique est

estimé. Il permet de retracer de façon satisfaisante les évolutions tendancielle observées pour l'ensemble des pays de l'échantillon.

Levy, P., et al. (2005). L'évaluation économique des maladies chroniques. Économie du vieillissement : tome 2. Age et protection sociale., Paris : L'Harmattan: 263-282.

Cette communication a été présentée lors des 25èmes journées d'Économie sociale organisées par l'Association d'économie sociale, en septembre 2005, sur le thème de l'économie du vieillissement. Cette contribution aborde les stratégies thérapeutiques des maladies chroniques sous l'angle de l'évaluation économique. Les stratégies thérapeutiques posent néanmoins des difficultés d'application qui peuvent exister dans les maladies aiguës mais sont cumulées dans les maladies chroniques (horizon de long terme, prise en compte de la qualité de vie, intégration des coûts non médicamenteux) comme l'illustrent plusieurs exemples.

Joel, M. E., et al. (2004). Prise en charge des personnes âgées : consommation médicale et aidants familiaux. Livre blanc de la gériatrie française., Paris : FNG: 75-82.
http://argses.free.fr/textes/32_prise_en_charge_des_pa.pdf

Les auteurs, de ce chapitre tiré du Livre blanc de la gériatrie française, abordent deux aspects de la vie des personnes âgées qui mettent en jeu la cohésion sociale et la solidarité entre les générations : les soins médicaux, rendus accessibles aux personnes âgées grâce à leur financement en grande partie collectif et les aidants qui prennent en charge, dans un cadre familial, un parent âgé dépendant, et auquel la collectivité se doit aussi d'apporter un soutien.

Grignon, M. (2004). "L'évolution des dépenses de santé : des scénarios pluriels." Problèmes Politiques Et Sociaux(903): 85-85

(2003). "La concentration des dépenses et son évolution dans le temps." Point de Conjoncture - La Statistique Mensuelle En Date Des Soins(11): 35-41
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/point-de-conjoncture-2002-2008/point-de-conjoncture-n-11.php>

Cette étude s'interroge sur la signification de la très forte concentration des dépenses d'assurance maladie sur un petit groupe de consommateurs. Elle présente quelques traits de l'évolution de cette concentration dans le temps.

(2003). "Le vieillissement de la population et son incidence sur l'évolution des dépenses de santé." Point de Conjoncture - La Statistique Mensuelle En Date Des Soins(15): 13-37, graph.
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/point-de-conjoncture-2002-2008/point-de-conjoncture-n-11.php>

Cette étude discute l'éventualité d'une accélération des dépenses de santé dans les prochaines années. Elle précise les données du débat actuel et souligne la progression particulièrement rapide de la consommation des générations qui ont aujourd'hui plus de soixante ans. Pour ce faire, elle s'appuie sur les premiers éléments fournis par le suivi de la consommation médicale d'une cohorte d'assurés sociaux depuis onze ans.

Auvray, L. et Sermet, C. (2002). "Consommations et prescriptions pharmaceutiques chez les personnes âgées : un état des lieux." *Gérontologie Et Société* (103): 13-27
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Cet article a pour objectif d'une part d'étudier la consommation de médicaments des personnes âgées et d'autre part de faire le point sur les prescriptions qui leur sont faites. Les composantes du coût de la prescription pharmaceutique par séance sont analysées : la fréquence de prescription d'une ordonnance, le nombre de lignes par ordonnance, le nombre de conditionnements par ligne, la durée moyenne de prescription et le prix des conditionnements. Les données sont issues pour l'année 2000, de l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) du CREDES, des données de remboursements de la Sécurité sociale de l'Enquête Permanente sur la Prescription Médicale (EPPM) d'IMS-Health (tiré du résumé des auteurs).

Joel, M. E. (2002). "La consommation de médicaments des personnes âgées : éléments d'analyse économique." *Gérontologie Et Société* (103): 29-38
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

La première partie de cet article analyse quels sont les déterminants de la consommation de médicaments liés à l'âge. D'un côté, le patient âgé consomme trop de médicaments et cette consommation "excessive" peut induire des effets iatrogènes, mais, par ailleurs, toutes les pathologies de la population âgée ne sont pas bien traitées. La relation des patients âgés aux médicaments est complexe, irrationnelle, pleine d'ambivalence et le rythme des innovations techniques ajoute encore à cette complexité. S'il est clair que l'opportunité de la prescription ne relève pas de l'analyse économique, la mise en évidence d'une certaine irrationalité dans la prescription et le comportement de consommation de médicaments par les personnes âgées, n'est pas sans conséquences économiques. La seconde partie présente quelques-unes des questions économiques relatives à la consommation pharmaceutique des personnes âgées. L'analyse microéconomique des comportements des différents acteurs peut ouvrir la voie à une définition de la surconsommation et de son coût économique (résumé de l'auteur).

Raynaud, D. (2002). "Les déterminants individuels des dépenses de santé." *Études Et Résultats*(182)

<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12648/1/er378.pdf>

A partir des données de l'Échantillon Permanent des Assurés Sociaux (EPAS) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et de l'enquête Santé et Protection Sociale (SPS) du Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES), qui ont ici été appariées, cet article s'attache à mesurer l'influence sur les consommations médicales des différentes variables sociodémographiques suivantes : âge, sexe, niveau d'éducation, état matrimonial, taille du ménage, niveau social, position sur le marché du travail.

Rochon, M. (2002). "Vieillesse démographique et dépenses de santé et de prise en charge de la dépendance au Québec : 1981-2051." Santé Société Et Solidarité : Revue de l'observatoire Franco-Québécois(2): 155-171

La part du PIB consacrée aux soins de santé et de dépendance pourrait doubler d'ici 50 ans au Québec alors qu'elle n'augmenterait que du tiers dans les pays de la Communauté européenne. Ce constat repose sur l'hypothèse, vérifiée dans la période récente malgré l'amélioration de l'état de santé et du statut vital de la population, que les dépenses per capita (à âge égal) suivent l'augmentation de la richesse collective et augmentent au sein des générations. Pour les dépenses publiques, il en fut autrement et, par conséquent, leur poids ne cesse de diminuer. L'augmentation ne provient pas d'une croissance accélérée des dépenses mais plutôt du fossé qui risque de s'élargir entre celles-ci et la richesse nationale. Le système est toutefois confronté à un déplacement graduel des besoins vers les problèmes caractéristiques des 3e et 4e âges. Les soins dépendance, qui constituent actuellement 26% des dépenses publiques, représenteront pendant encore deux décennies un peu moins de 40% des dépenses additionnelles. Par la suite, cette proportion progressera rapidement. Plusieurs inconnus demeurent et autant l'offre que la demande de services sont susceptibles de se transformer dans les prochaines décennies. L'ampleur de la croissance économique et le rythme d'augmentation des dépenses per capita (à âge égal) seront, autant que le vieillissement démographique, des facteurs clé dans la capacité future des États de financer le système de santé et de dépendance.

Mahieu, R. (2000). Les déterminants des dépenses de santé : une approche macro-économique. G 2000/1. Paris INSEE

http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/docs_doc_travail/g2000-01.pdf

Ronan Mahieu présente d'abord une étude comparative sur séries temporelles des déterminants des dépenses de santé dans plusieurs pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques). Dans un premier temps, il estime un modèle unique sur six pays en se focalisant sur les facteurs d'offre, en particulier le progrès technique médical. Les résultats suggèrent un possible rôle des mécanismes

d'incitation financière appliqués aux producteurs. Il poursuit alors par une approche sur données panelisées inspirée des travaux de Gerdtham (1992, 1995), en se concentrant sur le rôle possible des incitations financières, sommairement modélisé par une tendance différenciée selon le type de système (contractuel, intégré ou de remboursement). Il estime une élasticité-revenu proche de la valeur de 0,7 retenue par Gerdtham lorsqu'il prend en compte les spécificités institutionnelles. En outre, il trouve que les systèmes de remboursement (dont la France est un exemple) connaîtraient, toutes choses égales par ailleurs, une croissance annuelle moyenne des dépenses de santé supérieure d'environ 0,6 point à celle des systèmes de santé de type contractuel (cas de l'Allemagne) ou intégré (cas du Royaume-Uni) (adapté du résumé d'auteur).

(1997). Les dépenses de soins prises en charge par l'assurance maladie dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Paris CNAMTS

Dans le cadre des travaux préparatoires à la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées (cf. titre V de la loi n° 97-60 du 24/01/97), la Direction de la Sécurité Sociale du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité a demandé à la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) de procéder à une étude sur le niveau des dépenses facturées individuellement (en dehors des forfaits de soins) à l'Assurance maladie pour des résidents d'établissement pour personnes âgées tant en établissements médicalisés qu'en structures non médicalisées. L'objectif était d'évaluer ensuite au plan national les sommes consacrées par l'Assurance maladie à la rémunération des soins facturés à l'acte dans les établissements.

Durafour, A., et al. (1995). Les personnes âgées dépendantes - les dépenses de santé. Collection des Rapports ; n°166. Paris CREDOC

Les informations apportées dans ce rapport réalisé pour le compte du Service des Statistiques, des Études et des Systèmes d'Information (SESI) du Ministère chargé de la Santé concernent deux dossiers sociaux : les dépenses de santé et la dépendance des personnes âgées. Réalisé à partir d'une série de questions insérées au début de 1995 dans l'enquête du CREDOC sur les conditions de vie et les aspirations des Français, ce rapport analyse l'opinion des Français sur ces dossiers d'actualité.

Ankri, J. et Henrard, J. C. (1994). "La consommation médicale des personnes âgées." Gérontologie Et Société(71): 241-250
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

La consommation médicale est considérée par certains comme un indicateur indirect de l'état de santé de la population. Dans le débat public sur la progression des dépenses de santé, le vieillissement de la population est considéré comme un des facteurs

responsables, à côté de la diffusion des innovations technologiques, de par la part importante des personnes âgées dans la consommation médicale. Qu'en est-il exactement et quelle évolution peut-on remarquer au cours des dernières décennies ? Nous considérerons successivement la consommation de soins ambulatoires et de soins hospitaliers. Les données dont nous disposons proviennent, essentiellement, des enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux des Français conduites par l'INSEE. (introduction des auteurs).

3-EN EUROPE, À L'ÉTRANGER

Breyer, F. et Lorenz, N. (2019). The "Red Herring" after 20 Years: Ageing and Health Care Expenditures. *Cesifo Working Papers*; 7951. Munich Cesifo
<http://d.repec.org/n?u=RePEc:ces:ceswps:7951&r=age>

20 years ago, Zweifel, Felder and Meier (1999) established the by now famous "red-herring" hypothesis, according to which population ageing does not lead to an increase in per capita health care expenditures (HCE) because the observed positive correlation between age and health care expenditures (HCE) in cross-sectional data is exclusively due to the facts that mortality rises with age and a large share of HCE is caused by proximity to death. This hypothesis has spurred a large and still growing literature on the causes and consequences of growing HCE in OECD countries, but the results of empirical studies have been rather mixed. In light of the imminent population ageing in many of these countries it is still being discussed whether unfunded social health insurance systems will be sustainable, in particular as long as they promise to provide universal and unlimited access to medical care including the latest advances. In this paper, we present a critical survey of the empirical literature of the past 20 years on this topic and draw some preliminary conclusions regarding the policy question mentioned above. In doing so we distinguish four different versions of the red herring hypothesis and derive the logical connections between them. This will help to understand what empirical findings are suitable to derive predictions on the future sustainability of HCE.

Cylus, J., Roubal, T. et Ong, P. (2019). "Sustainable health financing with an ageing population: implications of different revenue raising mechanisms and policy options". Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/411110/Sustainable_health_financing_with_an_ageing_population.pdf

While there have been many prior analyses of how population ageing affects health and long-term care expenditure trends, very little is known about how population ageing affects a country's ability to generate revenues to pay for health. This brief looks at how health and long-term care systems are financed and reports on the potential effects of

population ageing on countries' ability to generate sufficient and stable revenues for health from common funding sources (i.e. income taxes, consumption taxes, property taxes and social contributions) in the future. The authors simulate the effects of population ageing on countries' ability to generate revenues, a) for countries with younger populations undergoing rapid population ageing and b) for countries that already have large populations of older adults. The analyses find that for countries where the population is comprised of a large share of relatively younger people who are likely to be active in the labour market, population ageing can have a positive impact on revenue generation from all funding sources. This leads to the challenge in many country contexts of strengthening tax collection mechanisms to take advantage of this opportunity. However, in countries with a large (and growing) older population, relying in particular on social contributions generated from the labour market to raise revenues for health is expected to result in fewer revenues per person over the coming decades. The authors consider a number of policy options to address potential revenue shortcomings as a result of population ageing.

Williams, G., Cylus, J., Roubal, T., et al. (2019). Sustainable health financing with an ageing population: Will population ageing lead to uncontrolled health expenditure growth? The economics of healthy and active ageing series. Copenhagen Office des publications du bureau régional de l'Europe

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329382/19978073-eng.pdf>

In this brief, the authors use historical data on per person health spending by age group to develop a set of projections on health care spending growth through 2060 due to population ageing for a) countries that already have a large share of the population at older ages and b) countries with relatively younger populations that are undergoing rapid population ageing. Hypothetical scenarios are also explored in recognition that health spending by age patterns might vary in the future. These analyses find that population ageing is not, and will not become, a major driver of growth in health expenditures. Moreover, they suggest that in countries where age demographics are changing but the size of the older population is not yet large, the costs of improving coverage and access to services for older people is likely to be manageable and now is a good time to begin investing in the health system while the population is relatively young. However, while population ageing will not become a main driver of health expenditure growth, policy choices related to how health services are delivered, the prices paid (or negotiated) for services, medicines and technologies, and volumes of care will ultimately determine health spending by age trends. The authors conclude by considering policy options that can be implemented to target these factors, helping to limit future growth in health expenditures within a context of population ageing

(2018). "The 2018 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070)". European Economy Institutional Papers; 079. Luxembourg Publications Office of the European Union.

https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2016-2070_en

This report looks at the long-run economic and fiscal implications of Europe's ageing population. This report is structured in two parts. The first part describes the underlying assumptions: the population projection, the labour force projection and the macroeconomic assumptions used. The second part presents the long-term budgetary projections on pensions, health care, long-term care, education and unemployment benefits. A Statistical Annex gives an overview of the main assumptions and macroeconomic projections as well as projection results of age-related expenditure items by area and by country.

Cylus, J., Normand, C. et Figueras, J. (2018). "Will population ageing spell the end of the welfare state? A review of evidence and policy options". The economics of healthy and active ageing series. Copenhagen Office des publications du bureau régional de l'Europe.

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/activities/research-studies-and-projects/economics-of-healthy-and-active-ageing/will-population-ageing-spell-the-end-of-the-welfare-state-a-review-of-evidence-and-policy-options-2018>

This brief reviews the main evidence on the health and long-term care costs associated with ageing populations to better understand the expected cost pressures due to changing demographics. At the same time, the brief explores how older populations can and do contribute meaningfully both in economic and societal terms, particularly if they are able to remain healthy and active into later life. The brief concludes by reviewing selected policy areas that have been shown to either support the health and activity of older people or which otherwise reinforce sustainable care systems more broadly in the context of population ageing.

Banks, J., et al. (2016). Life-Cycle Consumption Patterns at Older Ages in the US and the UK: Can Medical Expenditures Explain the Difference? NBER Working Paper series : n° 22513. Cambridge NBER

www.nber.org/papers/w22513

In this paper we document significantly steeper declines in nondurable expenditures in the UK compared to the US, in spite of income paths being similar. We explore several possible causes, including different employment paths, housing ownership and expenses, levels and paths of health status, number of household members, and out-of-pocket medical expenditures. Among all the potential explanations considered, we find that those to do with healthcare—differences in levels and age paths in medical

expenses—can fully account for the steeper declines in nondurable consumption in the UK compared to the US.

Bock B., Koning H.H. (2016). Associations of frailty with health care costs – results of the ESTHER cohort study. *BMC Health Services Research*, **16** (128)
<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1360-3>

The concept of frailty is rapidly gaining attention as an independent syndrome with high prevalence in older adults. Thereby, frailty is often related to certain adverse outcomes like mortality or disability. Another adverse outcome discussed is increased health care utilization. However, only few studies examined the impact of frailty on health care utilization and corresponding costs. The aim of this study was therefore to investigate comprehensively the relationship between frailty, health care utilization and costs.

Colombier, C. (2016). Population aging in healthcare - a minor issue? Evidence from Switzerland. *FiFo Discussion Papers, No. 16-3*. Cologne University of Cologne: 32 , fig.
<http://econstor.eu/bitstream/10419/121476/1/837692121.pdf>

Our study shows that population aging substantially affects healthcare expenditure (HCE). This conclusion supports the popular, but recently strongly contested, view that the coming population aging will threaten the fiscal sustainability of health systems. We contribute to this debate, first by estimating the determinants of Swiss healthcare expenditure (HCE) with outlier-robust dynamic regressions, and second, by projecting Swiss HCE based on the estimates produced and new population scenarios. Medical advances and GDP per capita also play a decisive role. Governments can mitigate HCE growth by improving the health status of the population and by stimulating cost-effective and productive medical advances.

Keehan, S. P., et al. (2016). "National Health Expenditure Projections, 2015-25: Economy, Prices, And Aging Expected To Shape Spending And Enrollment." *Health Aff (Millwood)* **35**(8): 1522-1531.

Health spending growth in the United States for 2015-25 is projected to average 5.8 percent-1.3 percentage points faster than growth in the gross domestic product-and to represent 20.1 percent of the total economy by 2025. As the initial impacts associated with the Affordable Care Act's coverage expansions fade, growth in health spending is expected to be influenced by changes in economic growth, faster growth in medical prices, and population aging. Projected national health spending growth, though faster than observed in the recent history, is slower than in the two decades before the recent Great Recession, in part because of trends such as increasing cost sharing in private health insurance plans and various Medicare payment update provisions. In addition,

the share of total health expenditures paid for by federal, state, and local governments is projected to increase to 47 percent by 2025.

Breyer, F., et al. (2015). "Health care expenditures and longevity: is there a Eubie Blake effect?" *Eur J Health Econ* **16**(1): 95-112.

It is still an open question whether increasing life expectancy as such causes higher health care expenditures (HCE) in a population. According to the "red herring" hypothesis, the positive correlation between age and HCE is exclusively due to the fact that mortality rises with age and a large share of HCE is caused by proximity to death. As a consequence, rising longevity-through falling mortality rates-may even reduce HCE. However, a weakness of many previous empirical studies is that they use cross-sectional evidence to make inferences on a development over time. In this paper, we analyse the impact of rising longevity on the trend of HCE over time by using data from a pseudo-panel of German sickness fund members over the period 1997-2009. Using (dynamic) panel data models, we find that age, mortality and 5-year survival rates each have a positive impact on per-capita HCE. Our explanation for the last finding is that physicians treat patients more aggressively if the results of these treatments pay off over a longer time span, which we call "Eubie Blake effect". A simulation on the basis of an official population forecast for Germany is used to isolate the effect of demographic ageing on real per-capita HCE over the coming decades. We find that, while falling mortality rates as such lower HCE, this effect is more than compensated by an increase in remaining life expectancy so that the net effect of ageing on HCE over time is clearly positive.

Prince, M. J., et al. (2015). "The burden of disease in older people and implications for health policy and practice." *Lancet* **385**(9967): 549-562.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25468153>

23% of the total global burden of disease is attributable to disorders in people aged 60 years and older. Although the proportion of the burden arising from older people (≥ 60 years) is highest in high-income regions, disability-adjusted life years (DALYs) per head are 40% higher in low-income and middle-income regions, accounted for by the increased burden per head of population arising from cardiovascular diseases, and sensory, respiratory, and infectious disorders. The leading contributors to disease burden in older people are cardiovascular diseases (30.3% of the total burden in people aged 60 years and older), malignant neoplasms (15.1%), chronic respiratory diseases (9.5%), musculoskeletal diseases (7.5%), and neurological and mental disorders (6.6%). A substantial and increased proportion of morbidity and mortality due to chronic disease occurs in older people. Primary prevention in adults aged younger than 60 years will improve health in successive cohorts of older people, but much of the potential to reduce disease burden will come from more effective primary, secondary, and tertiary prevention targeting older people. Obstacles include misplaced global health priorities,

ageism, the poor preparedness of health systems to deliver age-appropriate care for chronic diseases, and the complexity of integrating care for complex multimorbidities. Although population ageing is driving the worldwide epidemic of chronic diseases, substantial untapped potential exists to modify the relation between chronological age and health. This objective is especially important for the most age-dependent disorders (ie, dementia, stroke, chronic obstructive pulmonary disease, and vision impairment), for which the burden of disease arises more from disability than from mortality, and for which long-term care costs outweigh health expenditure. The societal cost of these disorders is enormous.

Van der Heyden, J., et al. (2015). "Activity limitations predict health care expenditures in the general population in Belgium." *BMC Public Health* **15**: 267.

BACKGROUND: Disability and chronic conditions both have an impact on health expenditures and although they are conceptually related, they present different dimensions of ill-health. Recent concepts of disability combine a biological understanding of impairment with the social dimension of activity limitation and resulted in the development of the Global Activity Limitation Indicator (GALI). This paper reports on the predictive value of the GALI on health care expenditures in relation to the presence of chronic conditions. **METHODS:** Data from the Belgian Health Interview Survey 2008 were linked with data from the compulsory national health insurance (n = 7,286). The effect of activity limitation on health care expenditures was assessed via cost ratios from multivariate linear regression models. To study the factors contributing to the difference in health expenditure between persons with and without activity limitations, the Blinder-Oaxaca decomposition method was used. **RESULTS:** Activity limitations are a strong determinant of health care expenditures. People with severe activity limitations (5.1%) accounted for 16.9% of the total health expenditure, whereas those without activity limitations (79.0%), were responsible for 51.5% of the total health expenditure. These observed differences in health care expenditures can to some extent be explained by chronic conditions, but activity limitations also contribute substantially to higher health care expenditures in the absence of chronic conditions (cost ratio 2.46; 95% CI 1.74-3.48 for moderate and 4.45; 95% CI 2.47-8.02 for severe activity limitations). The association between activity limitation and health care expenditures is stronger for reimbursed health care costs than for out-of-pocket payments. **CONCLUSION:** In the absence of chronic conditions, activity limitations appear to be an important determinant of health care expenditures. To make projections on health care expenditures, routine data on activity limitations are essential and complementary to data on chronic conditions.

Wouterse, B., et al. (2015). "The effect of trends in health and longevity on health services use by older adults." *BMC Health Serv Res* **15**: 574.

BACKGROUND: The effect of population aging on future health services use depends on the relationship between longevity gains and health. Whether further gains in life expectancy will be paired by improvements in health is uncertain. We therefore analyze the effect of population ageing on health services use under different health scenarios. We focus on the possibly diverging trends between different dimensions of health and their effect on health services use. **METHODS:** Using longitudinal data on health and health services use, a latent Markov model has been estimated that includes different dimensions of health. We use this model to perform a simulation study and analyze the health dynamics that drive the effect of population aging. We simulate three health scenarios on the relationship between longevity and health (expansion of morbidity, compression of morbidity, and the dynamic equilibrium scenario). We use the scenarios to predict costs of health services use in the Netherlands between 2010 and 2050. **RESULTS:** Hospital use is predicted to decline after 2040, whereas long-term care will continue to rise up to 2050. Considerable differences in expenditure growth rates between scenarios with the same life expectancy but different trends in health are found. Compression of morbidity generally leads to the lowest growth. The effect of additional life expectancy gains within the same health scenario is relatively small for hospital care, but considerable for long-term care. **CONCLUSIONS:** By comparing different health scenarios resulting in the same life expectancy, we show that health improvements do contain costs when they decrease morbidity but not mortality. This suggests that investing in healthy aging can contribute to containing health expenditure growth.

Atella, V. et Conti, V. (2014). "The effect of age and time to death on primary care costs: the Italian experience." *Soc Sci Med* **114**: 10-17.

A large body of literature shows that time to death (TTD) is by far a better predictor of health spending than age. In this paper, we investigate if this finding holds true also in presence of primary care costs (pharmaceuticals, diagnostic tests and specialist visits) in Italy, where they represent an important share (about 30%) of the total health care expenditure (HCE). Our analysis is based on a large sample of the Italian population (about 750,000 individuals), obtained from the Health Search-SiSSI database, which contains patient-level data collected routinely by General Practitioners in Italy since 2002. We study individuals aged 19 and older, over the period 2006-2009. By means of a two-part model which accounts for the presence of zero expenditure, our findings show that age represents the most important driver of primary care costs in Italy, although TTD remains a good predictor. These results suggest that age and TTD can have a different role in shaping health care costs according to the component of health expenditure examined. Therefore, our advice to policy makers is to use disaggregated models to better disentangle these contributions and to produce more reliable health spending forecasts.

Blakely, T., et al. (2014). "Health system costs by sex, age and proximity to death, and implications for estimation of future expenditure." *N Z Med J* **127**(1393): 12-25.

AIMS: Health expenditure increases with age, but some of this increase is due to costs proximal to death. We used linked health datasets (HealthTracker) to determine health expenditure by proximity to death. We then determined the impact on future health expenditure projections of accounting for proximity to death in costs. METHODS: 2007 to 2009 national health event data were linked for hospitalisations, inpatient procedures, outpatient events, pharmaceuticals, laboratory tests, and primary care consultations. Each event was assigned a cost. Health expenditure by sex, age and whether in last 6 or 12 months of life or not were calculated. Future health expenditure trends were then estimated for the Statistics New Zealand median projection population counts, with 2010-12 mortality rates reducing by 2% per annum into the future. RESULTS: A total of \$8.1, \$8.8 and \$9.2 billion dollars (inflation-adjusted to 2011 NZ\$) was allocated to individual health events in HealthTracker in 2007, 2008 and 2009, respectively. Citizen costs for people not within 6 months of death ranged from \$498 per person-year (10-14 year old females) to \$6900 per person-year (90-94 year old males). Per person-year costs in the last 6 months of life were 10-fold higher on average, being maximal at \$30,000 or more among infants and the older elderly (80+ years). Similar patterns were apparent for costs within 12 months of death. For people hypothetically exposed to these 2007-09 health system costs over their full life, the cumulative costs for a person dying at age 70 years was \$113,000, and doubled to \$223,000 for a person dying at age 90. The proportion of cumulative health expenditure in the last year of life declined with increasing age of death: e.g. 24%, 13% and 10% for someone aged 40, 70 and 90 respectively. Projections of future health system expenditure were overestimated by 2.3% to 3.5% in 2041 when not accounting for proximity to death in costs. CONCLUSIONS: New Zealand is fortunate to have access to rich data on health system costs. The age-specific health system costs per citizen we have calculated can be used in health expenditure projections, for cost-effectiveness analyses, and for considering how public health expenditure is distributed across the life course.

Boissonneault, M., et al. (2014). "Les coûts des soins de santé chez les aînés avec incapacités au Québec." *Cahiers Québécois de Démographie* **43**(1): 69-102.

<http://www.erudit.org/revue/cqd/2014/v43/n1/1025491ar.pdf>

Cet article s'intéresse aux déterminants individuels associés à la variation des coûts publics des soins de santé, chez les Québécois de 65 ans et plus vivant en ménage privé et avec incapacités. À l'aide de modèles de régression, la variation des coûts pour la consultation de professionnels de la santé (CCPS) et pour la consommation de produits pharmaceutiques (CCPP) a été analysée en fonction du nombre d'incapacités ainsi que de la nature de celles-ci. Les informations sur l'état de santé et la situation

sociodémographique proviennent de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités (EQLA) de 1998 et celles sur les coûts proviennent du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour la même année. On remarque que les deux types de coûts augmentent en fonction du nombre d'incapacités. D'autre part, des coûts plus élevés ont été observés chez les personnes présentant une incapacité liée à l'agilité (CCPS), à la mobilité (CCPP) et à la cognition (CCPS et CCPP). Ces observations soulignent l'intérêt de considérer la nature du problème de santé lorsque l'on étudie les déterminants individuels des coûts des soins de santé.

De Lamaisonneuve C., et al. (2014). The Economic Consequences of Ageing: The Case of Finland. OECD Economics Department Working Papers ; 1120. Paris OCDE

La population de la Finlande est en passe de vieillir rapidement dans les décennies à venir. Ceci devrait mettre sous tension les finances publiques et réduire les ressources en main-d'œuvre. Toutefois, des solutions existent pour alléger ces tensions. Ajuster l'âge du départ à la retraite pour tenir compte de l'allongement de l'espérance de vie permettrait de réduire les coûts des pensions et d'accroître l'emploi des travailleurs seniors, à condition d'être accompagné d'une suppression des passerelles vers la retraite anticipée. Pour que les individus puissent travailler plus longtemps, le marché du travail devrait être rendu plus flexible et la formation tout au long de la vie encouragée. Les politiques actives du marché du travail devraient être renforcées afin d'accroître le taux d'activité des jeunes, des femmes en âge de procréer et des chômeurs de longue durée. Enfin, le vieillissement de la population ne devrait pas être considéré comme un phénomène uniquement négatif, car il peut aussi être porteur de perspectives d'innovation et d'émergence de nouveaux marchés et de nouveaux secteurs d'activité. Les technologies de l'information et des communications, où la Finlande possède une solide base de connaissance, peuvent aider les personnes âgées à rester aussi autonomes que possible, ce qui permettrait de contenir les coûts des soins à long terme et d'améliorer le bien-être.

de la Maisonneuve, C. et Oliveira Martins, J. (2014). "The Future of Health and Long-Term Care Spending." OECD Journal: Economic Studies **2014**: 61-96.

http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-journal-economic-studies_19952856

This paper proposes a new set of public health and long-term care expenditure projections until 2060, following up on the previous set of projections published in 2006. It disentangles health from long-term care expenditure as well as the demographic from the non-demographic drivers, and refines the previous methodology, in particular by better identifying the underlying determinants of health and long-term care spending and by extending the country coverage to include BRIICS countries. A cost-containment and a cost-pressure scenario are provided together with sensitivity analysis. On average

across OECD countries, total health and long-term care expenditure is projected to increase by 3.3 and 7.7 percentage points of GDP between 2010 and 2060 in the cost-containment and the cost-pressure scenarios, respectively. For the BRIICS over the same period, it is projected to increase by 2.8 and 7.3 percentage points of GDP in the cost-containment and the cost-pressure scenarios, respectively.

Fine, M. (2014). "Intergenerational perspectives on ageing, economics and globalisation." *Australas J Ageing* **33**(4): 220-225.

Evidence shows population ageing to be historically a product of economic development, closely associated with high living standards and national affluence. Nonetheless, fears that an aged population leads to economic stagnation and public bankruptcy are widespread. In justification for cuts to public programs and the transfer of costs and risks from the state to individuals and families, the projections of social expenditures, in particular those based on ageing, are frequently identified as overgenerous and unsustainable in many G20 countries such as Australia and New Zealand. Claims based on intergenerational research methodologies and frameworks, a relatively new and innovative approach to using data projections, have proven to be important in these policy debates. This paper explores the application of these new technologies to understanding the impact of ageing on the economy in the globalised world of the 21st century.

Georghiou, T. et Bardsley, M. (2014). Exploring the cost of care at the end of life. Londres The Nuffield Trust

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/exploring-the-cost-of-care-at-the-end-of-life>

'Exploring the cost of care at the end of life' uses anonymised person-level datasets to estimate the costs at the end of life relating to GP contacts, community nursing, local authority-funded social care, hospice and hospital care. The research also explores whether reduced hospital activity and costs at the end of life were likely to be offset by increased care costs in other health and social care settings using the Marie Curie home-based palliative care nursing service - the subject of a previous study by the Nuffield Trust. The results suggest that cost savings might be available if community-based support were made more widely available to help people to die in their own homes, where that was their preference. Given the finite resources available for health care, it is important that there is an understanding of the costs of end-of-life care. However, acquiring good-quality data surrounding costs for palliative care is challenging, especially as care services for those at the end of life are fragmented across many different providers (résumé de l'éditeur).

Geue, C., et al. (2014). "Population ageing and healthcare expenditure projections: new evidence from a time to death approach." *Eur J Health Econ* **15**(8): 885-896.

BACKGROUND: Health care expenditure (HCE) is not distributed evenly over a person's life course. How much is spent on the elderly is important as they are a population group that is increasing in size. However other factors, such as death-related costs that are known to be high, need be considered as well in any expenditure projections and budget planning decisions. **OBJECTIVE:** This article analyses, for the first time in Scotland, how expenditure projections for acute inpatient care are influenced when applying two different analytical approaches: (1) accounting for healthcare (HC) spending at the end of life and (2) accounting for demographic changes only. The association between socioeconomic status and HC utilisation and costs at the end of life is also estimated. **METHODS:** A representative, longitudinal data set is used. Survival analysis is employed to allow inclusion of surviving sample members. Cost estimates are derived from a two-part regression model. Future population estimates were obtained for both methods and multiplied separately by cost estimates. **RESULTS:** Time to death (TTD), age at death and the interaction between these two have a significant effect on HC costs. As individuals approach death, those living in more deprived areas are less likely to be hospitalised than those individuals living in the more affluent areas, although this does not translate into incurring statistically significant higher costs. Projected HCE for acute inpatient care for the year 2028 was approximately 7% higher under the demographic approach as compared to a TTD approach. **CONCLUSION:** The analysis showed that if death is postponed into older ages, HCE (and HC budgets) would not increase to the same extent if these factors were ignored. Such factors would be ignored if the population that is in their last year(s) of life were not taken into consideration when obtaining cost estimates.

Gregersen, F. A. (2014). "The impact of ageing on health care expenditures: a study of steepening." *Eur J Health Econ* **15**(9): 979-989.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24271039>

Some researchers claim that health care expenditures for older people are growing faster than for the rest of the population. This process is referred to as steepening. The aim of this paper is to test steepening, applying new data and revised methods. Furthermore, we explain the connection between the terms red herring hypothesis, i.e., that time to death and not age per se drives the health care expenditures, and steepening. We also present the mechanisms that may induce steepening, as presented in the literature. When testing steepening, we apply data from all inpatient stays in somatic hospitals in Norway in the period 1998-2009, i.e., the data has no self-selection and covers the entire population of Norway (5 million). Our analysis does not reject steepening, with the exception of the 0-year-olds. The results also hold when controlling for mortality-related expenditures. Furthermore, we observe an increase in expenditures for the 0-year-olds. Finally, we find increasing mortality-related expenditures over time. We find the link between steepening and the red herring

hypothesis to be vague, and we find steepening and the red herring hypothesis to be independent.

Lassila, J. et Valkonen, T. (2014). Longevity- Working Lives and Public Finances. ETLA Working Papers No 24. Helsinki ETLA
<http://pub.etla.fi/ETLA-Working-Papers-24.pdf>

Can longer working lives bring sufficient tax revenues to pay for the growing public health and care expenditure that longer lifetimes cause? We review studies concerning retirement decisions and pension policies, the role of mortality in health and long-term care costs, and errors in mortality projections. We combine key results into a numerical OLG model where changes in mortality have direct effects both on working careers and on per capita use of health and long-term care services. The model has been calibrated to the Finnish economy and demographics. Although there are huge uncertainties concerning future health and long-term care expenditure when people live longer, our simulations show that without policies directed to disability admission rules and old-age pension eligibility ages, working lives are unlikely to extend sufficiently. But, importantly, with such policies it seems quite possible that generations enjoying longer lifetimes can also pay for the full costs by working longer.

Melberg, H. O. (2014). "Are healthcare expenditures increasing faster for the elderly than the rest of the population?" Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res **14**(5): 581-583.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24831863>

The debate about whether health expenditures will increase more or less for the old is conceptually confused because the participants focus on different factors, use different assumptions and, finally, do not connect the predictions to more general theories of demand for health services. Some focus on increases in life expectancy and how this will change the distribution of end-of-life costs. Others focus on how changes in income and technology will affect the relationship between age and health spending. Higher income, and a larger share of the population, will make it more profitable to invest in treatments aimed at old people, which will lead to steepening in some age groups, but a flattening in other age groups.

Moore, P. V., et al. (2014). "The importance of proximity to death in modelling community medication expenditures for older people: evidence from New Zealand." Appl Health Econ Health Policy **12**(6): 623-633.

BACKGROUND: Concerns about the long-term sustainability of health care expenditures (HCEs), particularly prescribing expenditures, has become an important policy issue in most developed countries. Previous studies suggest that proximity to death (PTD) has a significant effect on total HCEs, with its exclusion leading to an overestimation of likely

growth. There are limited studies of pharmaceutical expenditures in which PTD is taken into account. OBJECTIVE: This study presents an empirical analysis of public medication expenditure on older individuals in New Zealand (NZ). The aim of the study was to examine the individual effects of age and PTD using individual-level data. METHODS: This study uses individual-level dispensing data from 2008/2009 covering the whole population of medication users aged 70 years or older and resident in NZ. A case-control methodology was used to examine individual cost and medication use for a 12-month period for decedents (cases) and survivors (controls). A random effects two-part model, with a Probit and generalized linear model (GLM) was used to explore the effect of age and PTD on expenditures. RESULTS: The impact of PTD on prescription expenditure is not as dramatic as studies reporting on acute and/or long-term care. The 12-month decedent-to-survivor mean expenditure ratio was 1.95; 2.09 for males and 1.82 for females. The additional cost of dying in terms of prescription drugs decreases with age, with those who die at 90 years of age or older consuming fewer drugs on average and having a lower mean expenditure than those who died in their 70s and 80s. The following variables were found to have a decreasing effect on the mean monthly prescription expenditures: a reduction of 2.2 % for each additional year of age, 4.2 % being in the Maori ethnic group, and 7.8 % for Pacific Islanders. Increases in monthly expenditure were associated with being a decedent 32.1-62.6 % (depending on month), being of Asian origin 16.2 %, or being a male 12.6 %. CONCLUSIONS: Given the variance reported between survivors and decedents, future projections should include PTD in their models to improve accuracy. Policies targeted at reducing expenditures should not focus on age but on ensuring appropriate and cost-effective prescribing, particularly towards the end of life.

Rebba, V. (2014). The Long-Term Sustainability Of European Health Care Systems. Padoue Université de Padoue

<http://economia.unipd.it/sites/decon.unipd.it/files/20140191.pdf>

Over the past thirty years, health expenditure has grown at a faster rate than the economy in almost every OECD country. The main drivers of public health spending are income growth, insurance coverage, demographics, and, above all, technological change. According to the projections of the major international institutions (European Commission, OECD, International Monetary Fund), public health spending for the EU-15 countries could significantly increase by 2050. These projections vary in an extremely wide range, between +27% and +84%, depending on the assumptions made. However, the big challenge will be the growth of public spending on long-term care which could more than double over the 2010-2050 period, owing to the sharp rise of frailty and disability at older ages, especially amongst the very old (aged 80+) which will be the fastest growing segment of the EU population in the decades to come. The European countries are facing a common challenge: the need to secure the economic and financial sustainability of their health care systems without undermining the values of universal

coverage and solidarity in financing. Command and control policies aimed at expenditure restraints and largely operating through regulatory controls (controls over inputs and wages, budget caps, etc.) are widely used during periods of recession. They can hold expenditures down in the short term. However, they do little or nothing to moderate the underlying pressures which push health spending up over the long-run. Other policies to guarantee both economic and financial sustainability in the long-run should be explored: 1) the adoption of new regulation tools on supply and demand side; 2) a new balanced mix of public and private financing, strengthening the role of supplementary private health insurance, to allow investment and innovation, without imposing unsustainable burdens on public budgets and without denying care to the disadvantaged. The former policies focus on economic sustainability, improving the way health systems address the rise in chronic disease and seek to incentive and reward patients, providers and buyers for healthy behaviour, quality and efficiency of care. The latter policies could ensure long-term financial stability of the health care systems but may determine negative effects in terms of equity and, therefore, they must be carefully designed.

De la Maisonneuve, C. et Martins, J. O. (2013). A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures, OECD Publishing, OECD Economics Department Working Papers: 1048. <http://dx.doi.org/10.1787/5k44v53w5w47-en>

This paper proposes a new set of public health and long-term care expenditure projections until 2060, seven years after a first set of projections was published by the OECD. It disentangles health from long-term care expenditure, as well as the demographic from the non-demographic drivers, and refines the previous methodology, in particular by extending the country coverage. Regarding health care, nondemographic drivers are identified, with an attempt to better understand the residual expenditure growth by determining which share can be explained by the evolution of health prices and technology effects. Concerning LTC, an estimation of the determinants of the number of dependants (people needing help in their daily life activities) is provided. A cost-containment and a cost-pressure scenario are provided, together with sensitivity analysis. On average across OECD countries, total health and long-term care expenditure is projected to increase by 3.3 and 7.7 percentage points of GDP between 2010 and 2060 in the cost-containment and the cost-pressure scenarios respectively. For the BRIICS over the same period, it is projected to increase by 2.8 and 7.3 percentage points of GDP in the cost-containment and the cost-pressure scenarios respectively.

Dormont, B., et al. (2012). Ageing, health and productivity : the economics of increased life expectancy, Oxford : Oxford University Press

Increase in life expectancy is arguably the most remarkable by-product of modern economic growth. In the last 30 years we have gained roughly 2.5 years of longevity every decade, both in Europe and the United States. Successfully managing aging and longevity over the next twenty years is one of the major structural challenges faced by policy makers in advanced economies, particularly in health spending, social security administration, and labor market institutions. This book looks closely into those challenges and identifies the fundamental issues at both the macroeconomic and microeconomic level. The first half of the book studies the macroeconomic relationships between health spending, technological progress in medical related sectors, economic growth, and welfare state reforms. In the popular press, longevity and population ageing are typically perceived as a tremendous burden. However, with a proper set of reforms, advanced economies have the option of transforming the enormous challenge posed by longevity into a long term opportunity to boost aggregate outcomes. The basic prerequisite of a healthy ageing scenario is a substantial structural reform in social security and in labor market institutions. The second part of the book looks closely into the microeconomic relationship between population aging and productivity, both at the individual and at the firm level. There is surprisingly little research on such key questions. The book contributes to this debate in two ways. It presents a detailed analysis of the determinants of productivity, with a focus on both the long-run historical evolution and the cross sectional changes. It also uses econometric analysis to look into the determinants of the various dimensions of individual productivity. The volume concludes that the complex relationship between population ageing and longevity is not written in stone, and can be modified by properly designed choices (4e de couverture).

Scheil-Adlung, X. et Bonan, J. (2012). Can the European elderly afford the financial burden of health and long-term care? Assessing impacts and policy implications. Genève Organisation Internationale du Travail

<http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=30228>

This research report assesses the financial impact of private health and long-term care expenditure on households of the elderly, in particular, the impact of out-of-pocket payments at the time of service delivery and related policy implications.

Wittenberg, R., et al. (2012). Care for older people. Projected expenditure to 2022 on social care and continuing health care for England's older population. Londres The Nuffield Trust

<https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/care-for-older-people-projected-expenditure-to-2022-on-social-care-and-continuing-health-care-for-england-s-older-population>

Social care is crucial to the welfare of many older people. Some 80% will need care in the later years of their lives (Department of Health, 2012). Meeting the need for social care is set to be more challenging in the decades to come, as the number of older people continues to rise and public expenditure continues to be constrained (Crawford

and Emmerson, 2012). This report sets out projections of public expenditure on social care and continuing health care for people aged 65 or over in England from 2010 to 2022.

Anderson, G. (2011). The challenge of financing care for individuals with multimorbidity : rocket science or child rearing ?, Paris : OCDE
<http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA%282011%2915&docLanguage=En>

The purpose of this paper is to describe how governments can think about policies for financing health and social care for populations with multimorbidity. Financing and financing systems are tools for delivering care that will produce desired outcomes. The paper first provides a broad overview of what we know and do not know about the demographic and epidemiological forces that drive this challenge. From there the paper goes on to suggest a way that we can look at this challenge and to point out that the way we view the nature of the problem in many ways dictates what we see as the solution.

Bech, M., et al. (2011). "Ageing and health care expenditure in EU-15." European Journal of Health Economics (the) **12**(5): 469-478

The purpose of this paper is to investigate the relationship between ageing and the evolution of health care expenditure per capita in the EU-15 countries. A secondary purpose is to produce estimates that can be used in projections of future health care costs. Explanatory variables include economic, social, demographic and institutional variables as well as variables related to capacity and production technology in the health care sector. The study applies a co-integrated panel data regression approach to derive short-run relationships and furthermore reports long-run relationships between health care expenditure and the explanatory variables. Our findings suggest that there is a positive short-run effect of ageing on health care expenditure, but that the long-run effect of ageing is approximately zero. We find life expectancy to be a more important driver. Although the short-run effect of life expectancy on expenditure is approximately zero, we find that the long-run effect is positive, so that increasing life expectancy leads to a more than proportional, i.e. exponential, increase in health care expenditure.

Majo, M. C. et al. (2011). Income and Health Care Utilization Among the 50 in Europe and the US. Netspar Discussion Paper No. 2011-065. Tilburg Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1890669

This study addresses the question how income affects health care utilization by the population aged 50 and over in the United States and a number of European countries

with varying health care systems. The probabilities that individuals receive several medical services (visits to general practitioner, specialist, dentist, inpatient, or outpatient services) are analyzed separately using probit models. In addition to controls for income and demographic characteristics, controls for health status (both subjective and objective measures of health) are used. We analyze how the relationship between income and health care utilization varies across countries and relate these cross country differences to characteristics of the health care system, i.e., per capita total and public expenditure on health care, gate-keeping for specialist care, and co-payments.

Bengtsson, T. é. (2010). Population ageing. A threat to the welfare state? The case of Sweden, Heidelberg : Springer
<http://www.demogr.mpg.de/books/drm/008/index.htm>

This book takes a comprehensive view of the challenges that population ageing present in the near future taking Sweden as the case. Can the increasing number of retirees per worker be stopped by immigration or increasing fertility or will we need to increase pension age instead? Cost for the social-care system is readily increasing; even more is the costs for health care. Can the galloping costs be funded by an increase in taxes or do we need to make reforms, similar to the ones already made in the pension system, which has been used as a model for many other countries. The fact that it is difficult to make health care dependent on personal contributions, as is the case of the pension system, funding of health care is a true test of solidarity across generations. The book ends with a discussion on whether the demographic challenge to the welfare system is also a threat to the welfare state as such (résumé de l'éditeur).

Corrieri, S., et al. (2010). "Income-, education- and gender-related inequalities in out-of-pocket health-care payments for 65+ patients - a systematic review." International Journal for Equity in Health 9(20): 11.
<http://www.equityhealthj.com/content/9/1/20>

In all OECD countries, there is a trend to increasing patients' copayments in order to balance rising overall health-care costs. This systematic review focuses on inequalities concerning the amount of out-of-pocket payments (OOPP) associated with income, education or gender in the Elderly aged 65+. Based on an online search (PubMed), 29 studies providing information on OOPP of 65+ beneficiaries in relation to income, education and gender were reviewed. Low-income individuals pay the highest OOPP in relation to their earnings. Prescription drugs account for the biggest share. A lower educational level is associated with higher OOPP for prescription drugs and a higher probability of insufficient insurance protection. Generally, women face higher OOPP due to their lower income and lower labour participation rate, as well as less employer-sponsored health-care. While most studies found educational and gender inequalities to be associated with income, there might also be effects induced solely by education; for

example, an unhealthy lifestyle leading to higher payments for lower-educated people, or exclusively gender-induced effects, like sex-specific illnesses. Based on the considered studies, an explanation for inequalities in OOPP by these factors remains ambiguous.

Fanti, L. et Gori, L. (2010). Public health spending, old-age productivity and economic growth: chaotic cycles under perfect foresight. MPRA Paper; 21335. Munich MPRA
http://mpra.ub.uni-muenchen.de/21335/1/MPRA_paper_21335.pdf

This paper analyses the dynamics of a double Cobb-Douglas economy with overlapping generations and public health investments that affect the supply of efficient labour of the old-aged. It is shown that the positive steady state of the economy is unique. Moreover, we provide necessary and sufficient conditions for the emergence of endogenous deterministic complex cycles when individuals are perfect foresighted. Interestingly, the equilibrium dynamics shows rather complicated phenomena such as a multiplicity of period-bubbling.

Marshall, S., et al. (2010). The Risk of Out-of-Pocket Health Care Expenditure at End of Life. NBER Working Paper Series ; 16170. Cambridge NBER
<http://papers.nber.org/papers/w16170>

There is conflicting evidence on the importance of out-of-pocket medical expenditures as a risk to financial security, particularly at older ages. We revisit this question, focusing on health care spending near the end of life using data from the Health and Retirement Study for the years 1998-2006. We address difficulties with missing values for various categories of expenditures, outliers, and variations across individuals in the length of the reporting period. Spending in the last year of life is estimated to be \$11,618 on average, with the 90th percentile equal to \$29,335, the 95th percentile \$49,907, and the 99th equal to \$94,310. These spending measures represent a substantial fraction of liquid wealth for decedents. Total out-of-pocket expenditures are strongly positively related to wealth and weakly related to income. We find evidence for a mechanism by which wealth could plausibly buy health : large expenditures on home modifications, helpers, home health care, and higher-quality nursing homes, which have been shown elsewhere to improve longevity.

(2009). The 2009 Ageing Report : Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060). European Economy ; 2/2009. Luxembourg Office des publications officielles des Communautés européennes
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf

En 2006, le Conseil ECOFIN a donné pour mandat au Comité de politique économique (CPE) de mettre à jour son exercice en commun des projections de dépenses liées à l'âge sur la base d'une projection de population réalisée par Eurostat. Les projections de

tous les postes de dépenses sont faites sur la base hypothèses macroéconomiques communes approuvées par l'EPC et d'une hypothèse de "politique inchangée", c'est à dire qui reflète seulement la législation déjà adoptée. Le rapport présente les projections des dépenses couvrant les pensions, les soins de santé, soins de longue durée, l'éducation et le chômage pour tous les États membres. Le rapport est structuré en deux parties. La première partie décrit les hypothèses sous-jacentes de la projection de la population, la projection de la force du travail et les autres hypothèses macro-économiques. La deuxième partie présente la projection des dépenses de pensions, des soins de santé, soins de longue durée, l'éducation et le chômage. Une annexe statistique donne un aperçu pays par pays des principales hypothèses et les résultats.

Beland, F. (2009). "Les dépenses gouvernementales de santé : une question de structure ou de conjoncture ?" Santé Société Et Solidarité : Revue de l'observatoire Franco-Québécois(2/2008): 137-148.

L'observation des séries chronologiques, de 1975 à 2007, des dépenses gouvernementales de santé, du produit intérieur brut (PIB), du service de la dette publique et des transferts directs en argent du gouvernement fédéral du Canada à celui du Québec illustre parfaitement comment les difficultés de financement du régime public de santé au Québec sont associées à ces effets de conjoncture. Dans le contexte économique actuel où le PIB québécois est en décroissance, les transferts fédéraux en diminution et le service de la dette publique en croissance, il sera possible, mais trompeur, dans un avenir rapproché, d'invoquer une nouvelle fois la rhétorique des facteurs structureaux traditionnels pour expliquer une crise, tandis qu'il s'agira d'affronter des difficultés de financement qui seront, encore une fois, surtout conjoncturelles (résumé d'auteur).

Butrica, B., et al. (2009). Do Health Problems Reduce Consumption at Older Ages ? Discussion Paper Series ; 09-02. Washington The Urban Institute
http://www.urban.org/UploadedPDF/411858_reduce_consumption.pdf

High out-of-pocket health care costs may have serious repercussions for older people and their families. If their incomes are not sufficient to cover these expenses, older adults with health problems may have to deplete their savings, turn to family and friends for financial help, or forgo necessary care. Or they may be forced to reduce their consumption of other goods and services to pay their medical bills. This paper uses data from the Health and Retirement Study (HRS) and the related Consumption and Activities Mail Survey (CAMS) to examine the impact of health problems at older ages on out-of-pocket health care spending and other types of expenditures. The analysis estimates fixed effects models of total out-of-pocket health care spending, out-of-pocket health care spending exclusive of premiums, total spending on all items except health care, and total spending on all items except health care and housing. The models are estimated

separately for households ages 65 and older and those ages 51 to 64. The results show that medical conditions increase health spending, particularly for households ages 51 to 64, but that health conditions do not generally reduce non health spending. Medical conditions do, however, reduce non health spending for low-income households ages 51 to 64, suggesting that holes in the health safety net before the Medicare eligibility age force some low-income people to lower their living standards to cover medical expenses.

Michaud, P. C., et al. (2009). International Differences in Longevity and Health and their Economic Consequences. NBER Working Paper Series ; n° 15235. Cambridge NBER
<http://www.nber.org/papers/w15235>

In 1975, 50 year-old Americans could expect to live slightly longer than their European counterparts. By 2005, American life expectancy at that age has diverged substantially compared to Europe. We find that this growing longevity gap is primarily the symptom of real declines in the health of near-elderly Americans, relative to their European peers. In particular, we use a microsimulation approach to project what US longevity would look like, if US health trends approximated those in Europe. We find that differences in health can explain most of the growing gap in remaining life expectancy. In addition, we quantify the public finance consequences of this deterioration in health. The model predicts that gradually moving American cohorts to the health status enjoyed by Europeans could save up to \$1.1 trillion in discounted total health expenditures from 2004 to 2050.

Pearson, M. (2009). "Disparities in health expenditure across OECD countries: Why does the United States spend so much more than other countries? Health expenditure in the United States is far higher than in other developed countries. Paris : OCDE

The United States spent 16% of its national income (GDP) on health in 2007, which is by far, the highest share in the OECD and more than seven percentage points higher than the average of 8.9% in OECD countries. This presentation was given by Mark Pearson, Head of OECD Health Division, to the U.S Senate Special Committee on Aging.

Dormont, B., et al. (2008). Health Expenditures, longevity and growth. Working Paper Series. Rochester Social Science Electronic Publishing
http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1130315

This paper offers an integrated view of the relationships between health spending, medical innovation, health status, growth and welfare. Health spending triggers technological progress, which is a potential source of better outcomes in terms of longevity and quality of life, a direct source of growth for the bio-tech industries and an indirect source of growth through improved of human capital. The latter contributes to

GDP per capita through two main channels: higher participation of the population in the labour force and higher labour productivity levels. In turn, income growth induces an increase in health expenditure, as richer countries tend to spend a higher share of their income on health. To analyse these interactions, the paper first focuses on demographic facts, disentangling the role of longevity and carrying out some 'thought experiments' on the indexation of active life on longevity. It then analyses the links between health care expenditures, technology and health status from a micro-level perspective. We investigate empirically the relation between GDP growth and health expenditures and develop a projection method to assess the size of total aggregate expenditures that could be channeled to the health sector up to 2050 for the US, Europe and Japan. We finally assess the potential impact of these health expenditures and better health status on potential growth and productivity.

Suhrcke, M., et al. (2008). The economic costs of ill health in the European Region. Copenhagen OMS Bureau régional de l'Europe

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/84012/E93696.pdf

Evidence on the economic costs of ill health (or, reversely, the benefits of good health) is essential in assessing the economic return on health investment. But understanding what those costs/benefits mean and how they should be measured is equally essential. Public policy discourse on the economic consequences/costs of ill health has been handicapped by considerable confusion about what the term means. Noting that without an a priori definition of the cost concept at issue no meaningful discourse can ensue, we address three economic concepts.

Costa-Font, J., et al. (2007). How does demography affect long-term care expenditures projections ? Evidence of four european Union member states. Madrid FEDEA

<http://www.fedea.es/pub/eee231.pdf>

This study examines the sensitivity of future long-term-care demand and expenditure estimates to official demographic projections in four selected European countries: Germany, Spain, Italy and the United Kingdom. It uses standardised methodology in the form of a macro-simulation exercise and finds evidence for significant differences in assumptions about demographic change and its effect on the demand for long-term care, and on relative and absolute long-term care expenditure. It concludes that mortality-rate assumptions can have a considerable influence on welfare policy planning. Relative dispersion between country-specific and Eurostat official estimates was found to be higher for the United Kingdom and Germany than for Italy and Spain, suggesting that demographic projections had a greater influence in those countries.

Gupta, A. é. et Harding, A. é. (2007). Modelling our future : population ageing health and aged care, Amsterdam : Elsevier

This volume serves to present to interested readers recent developments in microsimulation and public policy. It strings together: (1) selected papers presented at the International Microsimulation Conference on Population Ageing and Health: Modelling Our Future ? held in Canberra, Australia in December 2003 ; and (2) recent thinking in the field of microsimulation as reflected in special contributions by some of the leading experts in the field ; (3) description of 20 key models relating to fiscal and health human resource issues concerning sustainability of health systems around the globe. The focus of the conference was on practical uses of microsimulation in government policy although theoretical underpinnings also received considerable attention. The volume covers a diversity of subjects : health status ; pharmacare and health expenditure issues ; financing, caring and health delivery ; health human resources; and data challenges. To provide an insight into actual models used around the world, the book also has a section devoted to the challenges associated with building of microsimulation models and their current use in the formulation of public policy. The book presents some innovative analysis on public policy issues contained in some of the conference papers along with the methodological advancements made in the microsimulation field.

Hakkinen, U., et al. (2007). Aging, Health Expenditure, Proximity of Death and Income in Finland. Discussion Papers; 1/2007. Helsinki STAKES: 27.

<http://www.stakes.fi/verkkokaisut/papers/DP1-2007-VERKKO.pdf>

The study revisited the debate on the "red herring" i.e. the claim that population aging will not have a significant impact on health care expenditure (HCE), using a Finnish data set. We decompose HCE into several components and include both survivors and deceased individuals into the analyses. We also compare the predictions of health expenditure based on a model that takes into account the proximity of death with the predictions of a naive model, which includes only age and gender and their interactions. We extend our analysis to include income as an explanatory variable. According to our results, total expenditure on health care and care of elderly people increases with age but the relationship is not as clear as is usually assumed when a naive model is used in health expenditure projections. Among individuals not in long-term care we found a clear positive relationship between expenditure and age only for health centre and psychiatric inpatient care. In somatic care and prescribed drugs, the expenditure clearly decreased with age among deceased individuals. Our results emphasise that even in the future, health care expenditure might be driven more by changes in the propensity to move into long-term care and medical technology than age and gender alone as often claimed in public discussion. Thus the future expenditure is more likely to be determined by health policy actions than inevitable trends in the demographic composition of the population.

Ogawa, N., et al. (2007). Population aging and health care spending in Japan : public- and private-sector responses. Population aging, intergenerational transfers and the macroeconomy, Cheltenham : Edward Elgar Publishing: 192-223
http://www.e-elgar.co.uk/Bookentry_Main.lasso?id=12608

Après un aperçu sur l'évolution du système de protection sociale japonais depuis les années soixante, ce chapitre étudie l'impact du vieillissement de la population sur les dépenses de santé.

(2006). The impact of ageing on public expenditure : projections for the EU-25 Member States on pensions, healthcare, long-term care, education and unemployment transfers (2004-50). Luxembourg Office des Publications officielles des Communautés européennes
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication6654_en.pdf

This report provides a detailed description of the projections on age-related expenditure covering pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers for EU25 Member States for the period 2004 to 2050. The projections, prepared by the European Commission (Directorate General for Economic and Financial Affairs) and the EPC's Working Group on Ageing Populations on the basis of commonly agreed assumptions, describe in detail the potential economic impact and the timing and scale of budgetary changes that could result from ageing populations. These projections provide a comprehensive and comparable basis for assessing further in depth the long-term sustainability of Member States public finances within the framework of the reformed Stability and Growth Pact.

(2006). "Myth : the cost of dying is an increasing strain on the healthcare system." Eurohealth 12(1): 34-35
<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/eurohealth>

Dans sa série d'essais, l'équipe de la Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé se saisit du mythe selon lequel le coût des dernières années de vie représenterait une part croissante dans les dépenses de santé.

(2006). Projecting OECD health and long-term care expenditures : what are the main drivers ? Economics Department Working Papers ; 477. Paris OCDE
<https://www.oecd.org/eco/public-finance/36085940.pdf>

Cette étude propose un cadre assez complet pour effectuer des projections de dépenses de soins de santé et de soins de long terme. Notamment, à la fois pour les dépenses de santé et les soins de long terme, les effets des facteurs démographiques et non démographiques sont considérés dans l'analyse. En comparaison avec d'autres études, les effets démographiques ont été élargis pour incorporer les coûts liés à la mortalité et

à l'état de santé de la population. Pour ce qui concerne les facteurs non démographiques des dépenses de santé, la méthode de projection incorpore un effet d'élasticité-revenu et l'effet résiduel de la technologie et des prix relatifs. Pour les soins de long terme, l'effet d'une participation accrue dans le marché du travail diminuant l'offre de soins informels, et de l'inflation des salaires ont été pris en compte. Sur la base de cette approche intégrée, les dépenses publiques de santé et des soins de long terme sont projetées pour tous les pays de l'OCDE et pour les années 2025 et 2050. Des scénarios alternatifs ont été simulés, en particulier un "scénario de pression sur les coûts" et un "scénario de contention des coûts", ainsi qu'une analyse de sensibilité. En fonction des scénarios, le total des dépenses de santé et des soins de long terme est projeté d'augmenter pour la moyenne de l'OCDE entre 3.5 et 6 points de PIB pour la période 2005-2050. (R.A)

Cremer, H., et al. (2006). "Retirement age and health expenditures." Annales d'Économie Et de Statistique(83-84): 167-186.

Cet article étudie la structure optimale des cotisations et prestations de retraite lorsque l'état de santé des individus détermine l'âge de cessation d'activité et dépend de la consommation de soins de santé. Il montre que l'optimum de second rang est caractérisé par une retraite précoce et une subvention sur les dépenses de santé. Quand cette subvention ne peut être linéaire, la fourniture en nature des biens de soins de santé est souvent désirable.

Oliveira Martins, A. et De Lamaisonneuve, C. (2006). The drivers of public expenditure on health and long-term care : an integrated approach. OECD Economic Studies ; 43. Paris OCDE: 115-154
<https://www.oecd.org/eco/public-finance/40507566.pdf>

This paper proposes a framework for projecting public health and long-term care expenditures. It considers demographic and other (non-demographic) drivers of expenditures. The paper extends demographic drivers by incorporating death-related costs and the health status of the population. Concerning health care, the projections incorporate income and the effects of technology cum relative prices. For long-term care, the effects of increased labour participation, reduction of informal care and Baumol's cost disease are taken into account. Using this integrated approach, public health and long-term care expenditures are projected for all OECD countries. Alternative scenarios are simulated, together with sensitivity analysis. Depending on the scenarios, total public OECD health and long-term care spending is projected to increase in the range of 3.5 to 6 percentage points of GDP for the period 2005-2050.

Prestations d'aide et de soins

Cette partie traite de la prise en charge des personnes âgées dans ces aspects institutionnels (établissements sanitaires et médico-sociaux, soutien professionnel à domicile)

PRISE EN CHARGE INSTITUTIONNELLE

En France

Acker, D. et Bonnet, C. (2019). "L'implication des femmes seniors dans l'aide à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie et dans l'aide grand-parentale". Paris HCFEA. <http://www.hcfea.fr/spip.php?rubrique11>

Le Conseil de l'âge aborde dans cette note les aides apportées à leurs proches par les femmes seniors, définies ici comme ayant entre 55 et 64 ans. Il distingue d'une part, l'aide à un proche, au sens habituel du terme, c'est-à-dire l'aide apportée à ses enfants, sa famille et ses proches en perte d'autonomie ou en situation de handicap et d'autre part, l'aide dénommée grand-parentale apportée à ses petits-enfants.

Brunel, M., Latourelle, J. et Zakri, M. (2019). "Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien." *Etudes et Resultats (Drees)*(1103) <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/90736>

En 2015, 3 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile déclarent être aidées régulièrement pour les activités de la vie quotidienne, en raison de leur âge ou d'un problème de santé, d'après l'enquête Capacités, aides et ressources des seniors (CARE) de la DREES qui interroge 15 000 personnes à domicile. Elles reçoivent le plus souvent une aide pour le ménage et les courses. Près de la moitié des seniors aidés le sont uniquement par leur entourage, tandis que 19 % le sont uniquement par des professionnels, le tiers restant recevant une aide mixte, c'est-à-dire à la fois par des aidants professionnels et de l'entourage. Alors que les seniors les plus autonomes sont aidés en majorité uniquement par leur entourage, l'aide mixte devient prépondérante pour les plus dépendants.

(2019). "Rapport sur les femmes seniors. Note 2 : L'implication des femmes seniors dans l'aide à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie et dans l'aide grand-parentale". Paris HCFEA.

Le rapport aborde les aides apportées à leurs proches par les femmes seniors, définies ici comme ayant entre 55 et 64 ans. Il distingue d'une part, l'aide à un proche, au sens habituel du terme, c'est-à-dire l'aide apportée à ses enfants, sa famille et ses proches en perte d'autonomie ou en situation de handicap et d'autre part, l'aide dénommée grand-parentale apportée à ses petits-enfants. En France, 8,3 millions de personnes âgées de 16 ans ou plus, non professionnelles, aident régulièrement pour des raisons de santé ou de handicap une personne âgée de 5 ans ou plus vivant en logement ordinaire. Et 1,1 million sont des femmes aidantes âgées de 55 à 64 ans. Cette frange de population est la plus fréquemment impliquée dans l'aide à un proche. A la différence des hommes, qui sont moins souvent aidants lorsqu'ils exercent une activité professionnelle ou qu'ils sont caractérisés par un niveau d'instruction élevé, l'implication des femmes âgées de 55 à 64 ans est en moyenne identique quels que soient le niveau d'éducation et la position vis-à-vis du marché du travail.

Tenand, M. et Gramain, A. (2019). "Quels effets attendre de la réforme de l'APA à domicile de 2016 ?"

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02149712/document>

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi ASV), entrée en vigueur le 1er janvier 2016, comporte une réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les personnes dépendantes qui vivent à domicile. Cette réforme vise principalement à réduire le reste-à-charge supporté par les bénéficiaires de l'APA, en particulier les plus dépendants et ceux appartenant aux « classes moyennes ». Trois ans après l'adoption de la loi ASV, son impact sur les reste-à-charge à domicile n'a cependant été que peu documenté, faute de données individuelles permettant une évaluation ex post. Compte tenu des différentes modifications qui ont été apportées au barème de l'APA, quel impact la réforme peut-elle avoir sur le reste-à-charge supporté par les personnes âgées dépendantes à domicile ? Quelles catégories de bénéficiaires, en termes de revenu et de niveau de dépendance, devraient bénéficier le plus de cette réforme ? Cette note propose des éléments d'évaluation de la réforme de l'APA à partir de données sur la clientèle d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). La simulation de la réforme sur cette population particulière permet d'illustrer les différents canaux par lesquels une modification de la prestation APA peut affecter le reste-à-charge des bénéficiaires.

(2018). "Avis sur les notes « Contribution du Conseil de l'âge à la concertation Grand Age et autonomie". Paris HCFA.

<http://www.hcfea.fr/spip.php?rubrique11>

Dans cet avis, le Conseil de l'âge pose d'abord la question de l'unification des statuts des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, et de la suppression de la barrière d'âge à 60 ans pour l'accès à la prestation de compensation du handicap (PCH). Si cette option est soutenue par une grande majorité des membres du Conseil dans la perspective de constitution d'un cinquième risque (note 1), les études disponibles ne permettent pas d'apprécier les conséquences d'un tel changement, susceptible d'engager des financements publics conséquents. Ils demandent que des études soient engagées sans délai de façon à être disponibles pour la préparation de la loi annoncée par le Président de la République pour 2019. Si la loi ne retenait pas cette option, le Conseil considère qu'elle devrait en tous les cas rapprocher sensiblement les statuts actuels des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (note 2). Le Conseil souhaite une loi ambitieuse avec un socle de base minimum à atteindre au plus tard en 2024. Les priorités de ce socle sont définies dans un cadre conservateur, plus crédible à court terme (note 3) : consolider le maintien à domicile pour un effort financier d'environ 1,9 milliards d'euros et de revoir le statut des aidants. Une politique renforcée de soutien à domicile devrait faire baisser le taux d'institutionnalisation et répondre au souhait majoritaire des personnes de rester à domicile ; privilégier l'amélioration de la qualité des établissements (conditions de vie des résidents et conditions de travail et valorisation du personnel). Le Conseil juge qu'un accroissement des moyens de fonctionnement de l'ordre de 4 milliards d'euros à l'horizon 2024 est une référence pertinente de l'effort minimal à consentir ; diminuer les restes à charge dans les établissements. Si le Conseil évoque des schémas de réforme ambitieux comme la suppression de l'obligation alimentaire et du recours sur succession dans la gestion de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), il envisage également des projets moins coûteux, notamment des schémas de bouclier protégeant les résidents qui vivent de longues années en établissement. Le Conseil estime qu'on doit faire un progrès significatif en prévoyant d'y affecter une enveloppe de 1 à 1,5 milliard d'euros. L'augmentation conséquente des dépenses publiques brutes proposée dans l'avis du Conseil de l'âge peut être partiellement compensée par une meilleure gestion des politiques de soutien à l'autonomie. Si bien que le solde net se situerait à un niveau sensiblement inférieur. Le Conseil analyse ensuite les recettes envisageables pour le financement de ces mesures et le calendrier de leur mise en place.

Bonne, B. (2018). "Rapport d'information sur la situation dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad)". Paris Sénat
<https://www.senat.fr/notice-rapport/2017/r17-341-notice.html>

Le présent rapport procède en premier lieu à une évaluation des effets de la réforme de la tarification des Ehpad actuellement mise en œuvre et dont les modalités font l'objet d'importantes contestations. Bien que le principe d'une redéfinition des dotations aux

soins et à la dépendance des établissements sur des critères objectifs ne soit pas contestable, son efficacité a été fortement obérée par une insuffisante diffusion des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom), dont les opportunités en matière de gestion budgétaire ne bénéficient par conséquent qu'à un faible nombre d'établissements. En réponse à la crise profonde que traverse le modèle de ressources humaines en Ehpad, le rapport préconise une refonte des missions des différents personnels travaillant en Ehpad, notamment celles du médecin coordonnateur, ainsi qu'une redéfinition de l'organisation du travail, davantage tournée vers l'aménagement du temps de travail et l'appropriation de dispositifs innovants. Enfin, quelques pistes de réflexion pour l'Ehpad de demain sont lancées, qui partent du constat d'une approche excessivement médicalisée de la prise en charge et qui appellent à des assouplissements budgétaires et gestionnaires afin que les projets d'établissements puissent proposer des parcours plus intégrés et moins médicalisés. Les premiers jalons d'une réforme plus large du financement de la dépendance sont proposés.

Esch, M. O. (2018). "Vieillir dans la dignité". Les Avis du Conseil Économique - Social et Environnemental. Paris CESE
<http://www.lecese.fr/travaux-publies/vieillir-dans-la-dignite>

L'insuffisance des moyens humains et financiers des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) fait l'objet de nombreuses pétitions citoyennes publiées sur internet. Les pétitionnaires déplorent des situations de sous-effectifs, des conditions de travail dégradées. Avant tout, il.elle.s pointent un impératif : assurer aux personnes âgées un accueil, un accompagnement et des soins plus dignes. Les pétitions portent en elles des enjeux financiers et sociétaux sur lesquels le CESE a pris position ces dernières années. En 2014, il avait favorablement accueilli le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement : les orientations proposées, et notamment la place donnée à la prévention, au respect des droits fondamentaux des personnes âgées, au maintien à domicile, lui paraissaient aller dans le bon sens. Le CESE s'inquiétait toutefois des insuffisances du financement de la perte d'autonomie. La « crise des EHPAD » montre que, plus de deux années après l'entrée en vigueur de la loi, les progrès ne sont pas suffisants. Cette crise ne peut pas être isolée des difficultés de notre système de santé. Les incertitudes sur le financement de la perte d'autonomie demeurent. Pour le CESE, cela signifie que les réponses doivent être globales et s'inscrire dans une approche prospective et décloisonnée du médical, du social et du médico-social.

Ccne (2018). "Avis n°128. Enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ?". Paris CCNE

http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/ccne_avis_128.pdf

Le vieillissement de notre société est aujourd'hui une réalité démographique indéniable et qui invite à repenser notre façon de vivre ensemble pour permettre une meilleure inclusion des personnes âgées. Des mesures législatives ont ainsi été entreprises ces dernières années pour faire face à cette réalité, que ce soit par la loi de 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ou bien par celle de 2016 relative à la modernisation de notre système de santé. C'est dans ce contexte social et politique que le CCNE a choisi de s'autosaisir pour traiter des enjeux éthiques du vieillissement, trop peu présents à ses yeux dans la construction des politiques publiques relatives à l'accompagnement des personnes âgées : comment rendre la société davantage inclusive vis-à-vis de ses citoyen(ne)s les plus âgé(e)s

(2017). "Cartographie des dispositifs 2015 : une approche géographique des disparités départementales." Lettre de L'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer (La)(46)

<https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/file/336/download?token=AJ0dzlWY>

En 2014, la Fondation Médéric Alzheimer avait construit une typologie en cinq groupes(1) de départements en fonction de leurs caractéristiques en dispositifs pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. En 2016, ce travail a été reconduit pour mesurer les évolutions sur une période de deux ans. En effet, grâce à ses enquêtes qui permettent d'analyser dans la durée les tendances en matière de dispositifs de prise en charge et d'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, la Fondation poursuit l'observation des territoires, à la fois au niveau régional (selon le nouveau découpage entré en vigueur le 1er janvier 2016), et départemental. Cette analyse a permis de dégager de grands ensembles de départements présentant des caractéristiques communes. En l'espace de deux ans, on constate une amélioration, par rapport à la moyenne nationale, des taux d'équipement pour l'ensemble des cinq groupes identifiés. Cependant ce phénomène de rattrapage est plus ou moins important selon chacun des groupes. Ainsi le territoire de Paris, sous-équipé en structures d'hébergement, bénéficie en revanche d'une couverture en nette augmentation pour les lieux de diagnostic et accueils de jour. À l'opposé, la France rurale, bien dotée en équipements, semble conserver une stabilité, voire amorcer un léger déclin. La France du Nord, dont la couverture en dispositifs est proche de la moyenne, offre des taux d'équipement en hausse. La couronne parisienne, Lyon et Bordeaux, ayant des taux d'équipement inférieurs à la moyenne nationale, présentent une situation qui s'améliore, à l'exception des structures d'hébergement. Enfin, le Sud de la France déficitaire en dispositifs, n'a pas encore rattrapé tout à fait son retard, les indicateurs restant stables, même si l'équipement en lieux de diagnostic a progressé.

(2017). Évaluation des dispositifs MAIA et appui à la mise en œuvre des recommandations. Paris CNSA

Tout en tenant compte de la diversité des territoires et des contextes institutionnels dans lesquels se déploient les dispositifs MAIA, l'évaluation devait permettre : de bien comprendre le fonctionnement des dispositifs MAIA qui ont été généralisés en 2011 et confortés par le plan Maladies neurodégénératives ainsi que par la loi d'adaptation de la société au vieillissement ; d'identifier les facteurs favorables et défavorables à l'intégration des services d'aide et de soins pour un meilleur parcours des personnes âgées et éclairer les effets de la coopération à l'échelle territoriale. Le dossier se compose du rapport final et de 4 annexes : l'analyse documentaire, l'enquête exhaustive auprès de l'ensemble des MAIA et élaboration d'une typologie MAIA, l'enquête qualitative auprès des agences régionales de santé et de conseils départementaux ; l'enquête transversale sur le dispositif de la gestion de cas.

(2016). Aide à domicile aux personnes âgées : le guide des bonnes pratiques, Paris : Ministère chargé de la santé

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/20161207_-_guide_des_bonnes_pratiques_pa_ph.pdf

Ce guide a pour but de faciliter la mise en œuvre de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite loi ASV, en France. Dans un souci de prévenir les disparités entre les territoires, le guide présente les différentes dispositions de la loi, les mesures adoptées pour faciliter sa mise en œuvre et des leçons tirées des bonnes et mauvaises pratiques.

(2016). "État des lieux 2015 des dispositifs." Lettre de L'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer (La) (43-44)

<https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/file/338/download?token=nquAQRgB>

L'enquête 2015 de la Fondation Médéric Alzheimer a permis d'identifier 14 690 dispositifs, du lieu de diagnostic à l'accompagnement des aidants. Ces structures, dont certaines n'existaient pas lorsque la Fondation a commencé, il y a plus de dix ans, ce travail de repérage, se développent, et sont toujours davantage au plus près des besoins des personnes malades et de ceux qui les entourent. Les résultats de cette enquête permettent d'observer la montée en puissance des dispositifs créés par le troisième Plan Alzheimer et dont le déploiement se poursuit dans le cadre du Plan maladies neurodégénératives : dispositifs MAIA, plateformes d'accompagnement et de répit, UHR et PASA. Deux faits marquants sont à relever dans les résultats concernant les dispositifs « historiques ». Tout d'abord, l'augmentation du nombre d'accueils de jour ayant atteint le seuil de capacité fixé par les textes réglementaires, témoigne de la maturité de ce type de dispositif. Mais il convient surtout de souligner la progression significative du nombre d'établissements soucieux d'offrir une prise en charge et un accompagnement

spécifiques pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Le nombre de places dédiées augmente mais, plus important encore peut-être, le nombre d'établissements déclarant garder en leur sein les personnes qui auraient une maladie d'Alzheimer après leur entrée en établissement ou dont l'état se détériorerait, augmente (extrait de l'édito).

(2016). Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler. Paris Cour des comptes

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-maintien-domicile-des-personnes-agees-en-perte-dautonomie>

La Cour des comptes rend public, le 12 juillet 2016, un rapport sur le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie : une organisation à améliorer, des aides à mieux cibler. La proportion des personnes âgées de 80 ans et plus dans la population française devrait doubler entre 2010 et 2060, et leur nombre atteindre alors 8,4 millions. Simultanément, le nombre de personnes âgées dépendantes devrait passer à 2,3 millions. Pour les personnes concernées et leur famille, la perte d'autonomie est psychologiquement difficile à vivre. Elle l'est aussi financièrement. La question des modalités de la prise en charge de la perte d'autonomie se posera de manière accrue, dans un contexte de ressources publiques limitées. La loi du 20 juillet 2001, en créant l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), a favorisé le développement de services de soins et d'accompagnement à domicile, ainsi que de nouvelles formules intermédiaires (accueil de jour, hébergement temporaire). L'offre de prestations a ainsi connu une amélioration significative, tant en quantité qu'en qualité, mais la connaissance des besoins, l'information des bénéficiaires et le pilotage de cette politique demeurent insuffisants. La Cour estime donc nécessaire d'améliorer l'organisation de la politique de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et de cibler de manière plus efficace les aides correspondantes.

(2016). Territoires et politiques de l'autonomie (extrait du rapport 2015 de la CNSA). Paris CNSA: http://www.cnsa.fr/documentation/chapitre_prospectif_soumis_au_vote_du_conseil_de_la_cnsa.pdf

Les politiques de l'autonomie, largement décentralisées et déconcentrées, sont profondément ancrées sur les territoires. Les récentes évolutions législatives, qu'il s'agisse des lois de réforme territoriale, de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement ou de la loi de modernisation de notre système de santé, questionnent et font évoluer la conception et la mise en œuvre des politiques de l'autonomie par les acteurs locaux et nationaux : individualisation et approche plus globale des besoins des personnes, articulation des interventions et co-construction des réponses, prise en compte du handicap et du vieillissement dans les politiques publiques locales au-delà des réponses médico-sociales, égalité et équité de traitement réaffirmée. La CNSA est

au carrefour des acteurs de l'autonomie, à la charnière du national et du local. Son Conseil formule 28 préconisations pour que ces politiques ancrées sur les territoires tendent vers une société plus inclusive.

Alberola, E., et al. (2016). Bien vieillir, retraite, dépendance, fragilité des séniors. Représentations, réalités et attentes de la population française vis-à-vis des institutions. *Rapports*; 334. Paris Credoc

<https://www.credoc.fr/publications/bien-vieillir-retraite-dependance-fragilite-des-seniors-representations-realites-et-attentes-de-la-population-francaise-vis-a-vis-des-institutions>

Les conditions de vie des seniors et leurs attentes ne cessent d'évoluer : les retraités d'aujourd'hui sont, dans l'ensemble, plus à l'aise financièrement, plus familiers des nouvelles technologies, plus enclins à profiter des loisirs et à cultiver les liens sociaux. Alors que les questions relatives au vieillissement et à la perte d'autonomie sont très présentes dans le discours public en termes d'orientation des politiques, de coût et de projection individuelle, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) a souhaité mieux connaître l'image que les Français ont du vieillissement et la réalité exprimée par les principaux concernés. Pour cela, des questions ont été insérées dans le dispositif d'enquête du CRÉDOC sur les Conditions de vie et les Aspirations. Spontanément, les Français ont de la vieillesse une vision plutôt négative, lui associant la perte des capacités, la dépendance ou la maladie. Pour autant, les Français, et les plus âgés en particulier, sont relativement sereins quant à leur propre vieillissement. Très peu, y compris chez les 70 ans et plus, ont le sentiment d'être eux-mêmes âgés. À partir de 60 ans, on se déclare plutôt bien armé pour faire face à un imprévu. Dans l'esprit de la population, avoir des liens affectifs forts et rester à domicile sont des prérequis incontournables pour bien vieillir. Au-delà, les seniors sont en attente d'informations sur la prévention pour maximiser leurs capacités, en particulier pour entretenir leur mémoire et leur capital intellectuel. Mais beaucoup disent avoir des difficultés à accéder à l'information sur le bien vieillir.

Bachelay, A. (2016). Rapport d'information sur les immigrés âgés. Paris Assemblée Nationale <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i3980.asp>

Le 20 novembre 2012, la Conférence des présidents a créé, sur proposition du Président Claude Bartolone, une mission d'information sur les immigrés âgés originaires des États tiers à l'Union européenne. Un rapport d'information paru en juillet 2013 avait proposé tout un ensemble de propositions embrassant l'ensemble des aspects de la problématique. Le présent rapport ne revient pas sur chacune des 82 propositions, mais insiste sur celles qui touchent le public le plus large et dont l'impact dans la vie quotidienne est le plus sensible : accès à la nationalité, accès au logement et aux droits sociaux. Sur la question de l'accès au territoire et à la nationalité, tout d'abord : les immigrés âgés, souvent présents sur notre sol depuis plusieurs décennies, doivent

pouvoir prétendre à devenir Français dans des conditions facilitées. Ceux qui ne le souhaitent pas ou ne le peuvent pas doivent pouvoir se voir délivrer des titres de séjour adaptés, leur permettant notamment de retourner sans difficulté dans leur pays d'origine, pour des périodes longues ; Concernant la question du logement, ensuite. Les immigrés âgés sont le plus souvent logés dans des foyers de travailleurs migrants, dont la rénovation, lancée il y a près de 20 ans, n'est pas achevée. Si les conditions de vie dans ces foyers ont néanmoins connu quelques améliorations, il ne faut pas perdre de vue que les immigrés âgés ont vocation, comme n'importe quel public éligible, à accéder au logement social « de droit commun » ; Et sur la question de l'accès aux droits sociaux, enfin. La plupart des immigrés âgés bénéficient de l'allocation de solidarité aux personnes âgées – anciennement « minimum vieillesse » –, prestation non contributive réservée aux plus modestes ; plusieurs propositions tendant à adapter les contrôles de l'attribution de cette prestation à la population des immigrés âgés ont été mises en œuvre. Mais sur le terrain des droits sociaux, on retiendra surtout l'entrée en vigueur de l'aide à la réinsertion familiale et sociale des anciens migrants dans leur pays d'origine, près de 10 ans après sa création par le législateur.

Bertillot, H. et Bloch, M.-A. (2016). "Quand la "fragilité" des personnes âgées devient un motif d'action publique." *Revue Française Des Affaires Sociales*(4): 107-128.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-4.htm>

Loin d'être univoques, les significations des mots "handicap", "perte d'autonomie" ou "dépendance" font débat (Ennuyer, 2002). Loin d'être figés, les usages de ces notions sont en constante évolution. Il est dès lors crucial de s'interroger sur les contenus de ces catégories de pensée, sur les modalités de leur diffusion et sur leurs implications pour les univers d'action publique et professionnels dans lesquels elles s'inscrivent. Dans cet article, nous voudrions contribuer à cette réflexion à partir de l'analyse sociologique de l'une des catégories qui fait l'objet d'usages croissants dans les politiques de l'autonomie : la notion de "fragilité des personnes âgées".

Bozio, A., et al. (2016). "Quelles politiques publiques pour la dépendance ?" *Notes Du Conseil D'analyse Economique (Les)*(35)

<http://www.cae-eco.fr/IMG/pdf/cae-note035v2.pdf>

L'action publique en direction des personnes dépendantes doit concilier des objectifs en partie contradictoires : améliorer la qualité de services de prise en charge, offrir une couverture efficace et équitable du risque de dépendance, maîtriser les dépenses publiques. La loi d'Adaptation de la Société au Vieillesse (ASV), entrée en vigueur le 1er janvier 2016, apporte des avancées en la matière. Cette nouvelle note du CAE identifie des pistes d'action complémentaire pour diversifier l'offre de prise en charge, améliorer sa régulation et pour renforcer l'efficacité des financements

Delattre, A. et Paul, S. (2016). Les unités de soins de longue durée (USLD), Paris : IGAS
<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article527>

Le rapport décrit, tout d'abord, les missions et modes de fonctionnement des USLD, en s'attachant à présenter ce qui les différencie et les rapproche des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La deuxième partie est consacrée aux questions liées à la tarification ; elle montre notamment l'inadaptation aux USLD de certains des outils utilisés. La troisième tente de présenter un état des lieux populationnel en dépit du caractère insuffisant des informations disponibles. La quatrième met en garde contre le risque de dénaturer la vocation des USLD si on en fait "la" solution d'aval de la prise en charge d'un ensemble composite de diverses pathologies ou déficiences. Et, enfin, la dernière partie décrit les scénarios d'évolution envisageables.

Gand, S. et Periac, E. (2016). Gouverner sans les instruments ? La difficile construction des politiques relatives à la perte d'autonomie des personnes âgées. Villeurbanne HALSHS

Engagée dans un processus de vieillissement démographique jusqu'en 2060, la France, comme l'ensemble des pays occidentaux, cherche à déployer des aides et des services pour les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs proches. Cette politique publique est encore en voie de construction et souffre particulièrement d'une difficulté à organiser une gouvernance adaptée à l'implication d'acteurs hétérogènes et situés à différents niveaux d'intervention. Nous proposons tout d'abord un état des lieux de cette problématique avant d'offrir des perspectives pour répondre au double défi du vieillissement de la population et de l'organisation de ces politiques multi-parties prenantes, représentatives des mutations de l'action publique contemporaine et de ses incertitudes.

Gerard, A. (2016). "La résidence services seniors, quel rôle dans la gestion du vieillissement ?"
Revue Française Des Affaires Sociales(4): 267-284.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-4.htm>

La gestion de la dépendance est l'une des préoccupations majeures des politiques publiques. Dans un contexte budgétaire restreint, la loi d'adaptation de la société au vieillissement (du 28 décembre 2015) rappelle la pertinence du domicile dans la gestion de la dépendance et notamment la prévention de l'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Dans ce cadre, la loi apporte une reconnaissance juridique aux résidences services seniors (RSS), sans pour autant préciser leur rôle ou leur périmètre d'intervention. Notre objectif est ici de clarifier le rôle et la place des RSS dans le champ gérontologique et également dans les représentations des personnes âgées et de leur entourage. Il s'agira donc de confronter

les points de vue des différents acteurs en jeu : pouvoirs publics, promoteurs-exploitants et directeurs de résidences, personnes âgées.

Grand, A., et al. (2016). Les défis du vieillissement : construction d'une politique sociale, Toulouse : Erès

Du rapport Laroque (1962) à la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement (2015), ce numéro interroge la construction des politiques sociales du vieillissement et analyse le bienfondé des textes législatifs et des dispositifs mis en place au cours du demi-siècle qui vient de s'écouler. Il met en évidence les défis que représentent le vieillissement de la France du point de vue démographique, économique, sanitaire et de l'adaptation des politiques sociales aux évolutions prévues, notamment au regard de la dépendance.

Guillaume, S. et Or, Z. (2016). "La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire." Questions d'Économie de La Santé (Irdes)(214)

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/214-la-satisfaction-des-personnes-agees-en-termes-de-prise-en-charge-medicale-et-de-coordination-des-soins.pdf>

Cette enquête qualitative exploratoire vise à identifier les dimensions de la satisfaction des personnes âgées concernant leur prise en charge médicale et la coordination de leurs soins. Réalisée au printemps 2015 à partir d'entretiens semi-directifs, elle porte sur un échantillon de 18 personnes âgées de 72 à 90 ans, vivant à domicile ou en institution, ainsi que sur 4 aidants de patients atteints de pertes de facultés cognitives. Toutes les personnes interrogées, quel que soit leur type d'hébergement, y compris les aidants, s'accordent à dire que la dimension la plus importante dans la prise en charge concerne la qualité de la relation entretenue avec les professionnels de santé. Il semble y avoir une marge de manœuvre importante pour améliorer cette qualité relationnelle et la satisfaction des personnes avec des gestes simples. Les personnes enquêtées évoquent l'importance d'être bien informées sur leur prise en charge, d'avoir la possibilité de s'exprimer et l'importance des échanges ainsi que de la coordination entre les différents professionnels de santé impliqués dans leurs soins.

Ramos-Gorand, M. et Rapegno, N. (2016). "L'accueil institutionnel du handicap et de la dépendance : différenciations, conséquences territoriales et parcours résidentiels." Revue Française Des Affaires Sociales(4): 225-247.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-4.htm>

L'étude de l'accessibilité des établissements médico-sociaux pour adultes handicapés et personnes âgées apporte un éclairage sur leur liberté de choix respective en matière de lieux de vie. L'accessibilité financière, géographique et également en termes de droits

sont tour à tour étudiées. Les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées et pour personnes âgées appartiennent tous deux au secteur médico-social. Ils sont régis par une réglementation en partie commune et sont financés par les mêmes institutions : conseils départementaux et Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), via les agences régionales de santé (ARS). Cependant, les logiques de financement sont différentes, notamment en ce qui concerne la participation des personnes. Les établissements relèvent aussi d'une logique gestionnaire distincte et ont des ancrages géographiques historiquement différenciés. La couverture du territoire par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est ainsi beaucoup plus dense que celle par leurs homologues pour personnes handicapées, ces derniers étant moins bien répartis. Les spécificités de chaque secteur ont des conséquences sur les personnes en matière de parcours résidentiel.es.

Roy, D. (2016). "Les personnes âgées et handicapées en France et les politiques publiques d'accompagnement." *Revue Française Des Affaires Sociales*(4): 23-33.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-4.htm>

Différentes définitions statistiques peuvent être données pour décrire les populations concernées, les principaux dispositifs qui leurs sont consacrés et la dépense publique correspondante. Sans définition unique de ce qu'est une personne handicapée nous ne pourrions estimer leur nombre en France aujourd'hui, néanmoins certaines caractéristiques sont disponibles dans cet article, par exemple, les établissements et services mais aussi les prestations et le coût de la prise en charge.

Sirven, N. E. et Bourgueil, Y. E. (2016). La prévention de la perte d'autonomie : la fragilité en questions. Apports, limites et perspectives. Actes du séminaire des 6 et 7 mars 2014 organisé à Paris par le Liraes (EA4470), Université Paris Descartes, en partenariat avec l'Irdes. *Les rapports de l'Irdes* ; 563. Paris IRDES: 113.

<http://www.irdes.fr/recherche/rapports/563-la-prevention-de-la-perte-d-autonomie-la-fragilite-en-questions.pdf>

Les actes de ce séminaire rassemblent une vingtaine d'interventions qui présentent les avancées récentes de la recherche pluridisciplinaire et des pratiques dans le domaine de la prévention de la perte d'autonomie. La France a connu un engouement récent pour les stratégies prenant en compte la fragilité. Alors que les critères de maladies chroniques et de limitations fonctionnelles sont souvent relativement tardifs pour l'action, la fragilité permettrait d'intervenir suffisamment en amont chez les personnes âgées pour éviter l'incapacité, en retarder la survenue ou en diminuer les conséquences néfastes. Pourtant, les approches de la fragilité ne sont pas consensuelles. Les travaux récents en sciences humaines et sociales déplacent le débat ayant cours au sein de la gériatrie vers la prise en compte des situations de vulnérabilité des personnes âgées dans leur ensemble. Ce faisant, la compréhension de la fragilité s'élargit aux

aspects économiques et sociaux mobilisant de nouveaux concepts et outils méthodologiques. Par ailleurs, les actions de prévention dépassent désormais le cadre clinique et s'inscrivent dans le champ des interventions socio-économiques des organismes de protection sociale. Quels sont les accords et désaccords de ces approches ? Où fixer les limites du concept par rapport aux dimensions cognitive, sociale et économique ? De quelles données dispose-t-on ? Qui sont ces « fragiles » ? Quelles actions sont menées et pour quel rapport coût/efficacité ? Quelles stratégies par rapport aux politiques sanitaires et sociales existantes ? En somme, quels constats et quelles perspectives pour la recherche et la décision publique.

Tenand, M. (2016). "La barrière des 60 ans dans les dispositifs de compensation des incapacités : quels effets sur les aides reçues à domicile par les populations handicapées et dépendantes ?" *Revue Française Des Affaires Sociales*(4): 129-155.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-4.htm>

En France, près de 12% de la population adulte éprouve des difficultés à réaliser au moins une activité de la vie courante, que ces difficultés soient dues à un accident, à des malformations, à des problèmes de santé ou encore au vieillissement physiologique. Il existe des prestations qui visent à compenser ces difficultés au quotidien, soit en finançant une partie du coût d'un hébergement dans une institution spécialisée, soit en facilitant la poursuite d'une résidence en logement ordinaire. Dans ce second cas, les prestations visent à couvrir une partie du coût induit par le recours à des aides à la vie quotidienne, techniques ou humaines. Bien que les organisations institutionnelles et les modalités en soient variables, on trouve des dispositifs de ce type dans l'ensemble des pays développés (Organisation de coopération et de développement économiques - OCDE, 2011). Les dispositifs français se distinguent toutefois de leurs voisins européens par une particularité notable, qu'on retrouve seulement en Grèce et au Royaume-Uni : depuis la fin des années 1990, les modalités de financement d'aides à domicile par les pouvoirs publics dépendent de l'âge des individus. Une personne de moins de 60 ans ayant des difficultés à accomplir seule des actes de la vie quotidienne sera considérée comme "handicapée", tandis qu'elle sera classée comme "dépendante" si ses incapacités sont reconnues après ce seuil des 60 ans.

Vanneste, D., et al. (2016). "Vivre en EHPAD : l'épreuve de la limite, entre transitions spatiales et singularités sous contrainte." *Revue Française Des Affaires Sociales*(4): 249-266.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-4.htm>

À partir d'une étude de cas multiméthodes depuis une posture d'observation, nous proposons d'analyser la vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les environnements qui dessinent certains contours de l'expérience des résidents. Notre abord du phénomène subjectif et social consistant à vivre en EHPAD emprunte à la sociologie de l'intermonde (Martuccelli, 2006 ; 2010). Le

façonnement de ces contours et les expériences qui y naissent focalisent notre attention sur deux questions : celle des espaces (comme lieux d'hébergement institutionnels physiquement différenciés ; comme lieux de vie, entre relations sociales et investissements subjectifs) et celle des identités. La double question des transitions spatiales et des négociations identitaires, cristallisation de l'épreuve de la vie en EHPAD, est ainsi abordée d'un lieu à l'autre. Cette circulation dans une diversité sociospatiale révèle des dynamiques relationnelles marquées par l'omniprésence de limites et le souci de personnalisation.

(2015). EHPAD : vers de nouveaux modèles ? Paris KPMG

<http://www.kpmg.com/FR/fr/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Documents/Etude-EHPAD-2015.PDF>

Cette étude qualitative a été menée auprès de 306 directeurs d'EHPAD. L'étude aborde les questions suivantes : Quel impact de l'évolution de la dépendance et de l'évolution des besoins des personnes âgées ? Comment les directeurs s'adaptent-ils face à ces évolutions ? Quels sont les enjeux de la concentration du secteur ? Quelles sont les stratégies gagnantes pour les acteurs du secteur ? À quoi ressembleront les Ehpads de demain ?

(2015). "Établissements d'hébergement entièrement dédiés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer." Lettre de L'Observatoire des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer (La)(38)

<http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/Nos-Travaux/La-Lettre-de-l-Observatoire/Numero-en-cours>

En France, 134 établissements médico-sociaux pour personnes âgées sont entièrement dédiés aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, dont 121 EHPAD. Leur capacité moyenne est de 52 places. 81 % d'entre eux appartiennent au secteur privé. Le principal critère d'entrée des personnes malades dans les établissements entièrement dédiés, pour 83 % des établissements, est la prise en charge des troubles du comportement productifs. 78 % de ces établissements ont été construits spécialement pour accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. 82 % proposent à leurs résidents un programme d'activités individualisé. 86 % ont mis en place des horaires de lever et de coucher variables selon les habitudes des résidents. 27 % sont équipés d'une cuisine accessible aux résidents en permanence. Pour 76 % des établissements entièrement dédiés, le projet de soins spécifique et individualisé fait partie des principaux critères les caractérisant.

(2015). "Les usagers de soixante ans ou plus et les MDPH." Repères Statistiques (CNSA) 4:

<http://www.cnsa.fr/documentation-documents-statistiques/reperes-statistiques/reperes-statistiques-ndeg4-les-usagers-de-soixante-ans-ou-plus-et-les-mdph>

Selon la législation actuelle, les maisons départementales des personnes handicapées s'adressent principalement aux personnes âgées de moins de soixante ans. Certaines prestations peuvent néanmoins, sous conditions, être attribuées à des personnes âgées de soixante ans ou plus. Seules les cartes ne sont pas soumises à une restriction liée à l'âge. Le public âgé de plus de cinquante-neuf ans représente ainsi une part non négligeable de l'activité : près de 14 % des demandes déposées auprès des MDPH concernent des personnes de soixante ans ou plus, en 2014.

(2015). Mise en œuvre du PPS Paerpa : bilan à 6 mois. Saint-Denis HAS: 30.

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2583405/en/mise-en-oeuvre-du-plan-personnalise-de-sante-pps-paerpa-bilan-a-6-mois

Dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (Paerpa), la Haute Autorité de santé a élaboré un modèle de plan personnalisé de santé (PPS). Ce document PPS formalise un plan d'action partagé qui s'adresse en priorité aux professionnels de la coordination de proximité, en concertation avec la personne. Son élaboration est placée sous la responsabilité d'un coordinateur référent du PPS, le plus souvent le médecin traitant. Le document proposé est un support qui peut être adapté par les professionnels pour tenir compte des spécificités de leur démarche. Au printemps 2013, avant que le programme Paerpa ne soit officiellement lancé, la HAS a diffusé la première version du document PPS, et a prévu de suivre son appropriation par les acteurs des projets Paerpa. Au printemps 2014, une consultation des utilisateurs professionnels du domaine sanitaire et du domaine social ou médico-social a permis d'adapter le document PPS et de proposer un questionnaire d'aide à la décision de mise en œuvre d'un PPS chez des patients de plus de 75 ans, ces documents étant mis à disposition pour le lancement opérationnel des premières expérimentations en septembre 2014. Au printemps 2015, deux ans après l'élaboration de la première version du document PPS, 6 mois après la signature des premiers PPS, la Has a désiré tirer des enseignements de leur mise en œuvre opérationnelle. À cet effet, elle a adressé un questionnaire à des professionnels de santé des territoires participant aux expérimentations Paerpa. En 2015, l'Agence nationale de d'appui à la performance (Anap) poursuit sa mission de capitalisation à des fins de diffusion et en lien avec d'autres sujets Paerpa : coordination territoriale d'appui (CTA), liens ville-hôpital, systèmes d'information. En complément du questionnaire de la HAS, l'Anap a concomitamment questionné les pilotes Paerpa des ARS au sujet des modalités de déploiement de la démarche PPS dans les territoires participant aux expérimentations. Ce rapport fait la synthèse de ces deux retours d'expérience.

Castel-Tallet, M. A. et Villet, H. (2015). "État des lieux 2015 des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de la maladie d'Alzheimer." Lettre de La Fondation Mederic Alzheimer (La)(37)

L'enquête 2015 de la Fondation Médéric Alzheimer a permis d'identifier 14 690 dispositifs, du lieu de diagnostic à l'accompagnement des aidants. Ces structures, dont certaines n'existaient pas lorsque la Fondation a commencé, il y a plus de dix ans, ce travail de repérage, se développent, et sont toujours davantage au plus près des besoins des personnes malades et de ceux qui les entourent. Les résultats de cette enquête permettent d'observer la montée en puissance des dispositifs créés par le troisième Plan Alzheimer et dont le déploiement se poursuit dans le cadre du Plan maladies neurodégénératives : dispositifs MAIA, plateformes d'accompagnement et de répit, UHR et PASA

Coquelet, F. (2015). "Soins de suite et de réadaptation : les personnes de 70 ans ou plus effectuent la moitié des séjours." *Études Et Résultats (Drees)*(943): 6.
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/>

Les patients de 70 ans ou plus sont les plus nombreux à effectuer des séjours hospitaliers de soins de suite et de réadaptation (SSR). En 2011, ils représentent plus de la moitié de ces séjours : 700 000 séjours pour près de 535 000 personnes, dont la moitié est âgée de 80 à 89 ans. Il s'agit en majorité d'hospitalisation complète. Les deux tiers des personnes concernées sont des femmes. Les fractures osseuses, les arthropathies, les difficultés à la marche et les démences sont les principales pathologies à l'origine de ces hospitalisations. Les patients y bénéficient d'actes de rééducation portant pour beaucoup sur la mobilisation articulaire et les déplacements. Plus des deux tiers des personnes regagnent leur domicile ou intègrent un substitut de domicile à l'issue de ce séjour.

Dupays, S., et al. (2015). *Les résidences avec services pour personnes âgées*, Paris : IGAS Paris : La documentation française
<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article451>

Les ministres chargés des affaires sociales et de la santé, du logement et de l'égalité des territoires, de la famille, des personnes âgées et de l'autonomie ont demandé à l'IGAS et au CGEDD de conduire une mission portant sur les "résidences services". La mission s'est employée à caractériser les différents types de résidences avec services, à dresser les avantages et inconvénients des différents modes d'organisation, à identifier les points de vigilance et de fragilité pour chacun des modes d'organisation, et à formuler des recommandations susceptibles d'y remédier.

Marquier, R. (2015). "L'action sociale des collectivités locales envers les personnes âgées : une observation qualitative au-delà de l'aide sociale." *Dossier Solidarité Santé (Drees)*(71): 23.
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/dossiers-solidarite-et-sante/article/l-action-sociale-des-collectivites-locales-envers-les-personnes-agees-une>

L'action sociale des collectivités locales à destination des personnes âgées dépendantes ou en risque de dépendance couvre un large domaine qui s'étend de la prévention de la perte d'autonomie à l'accompagnement de la dépendance. Son champ d'action est vaste, des traditionnels repas des anciens aux aides au maintien à domicile et au soutien aux aidants. L'action sociale facultative en faveur des personnes âgées est structurée par l'attribution des aides légales, en premier lieu celle de l'allocation personnalisée d'autonomie. Elle intervient en complément ou pour répondre à des besoins sociaux non couverts. Elle met en jeu de nombreux acteurs et une organisation complexe des réseaux et partenariats. Elle est à la fois l'expression d'une politique spécifique des collectivités et une tentative de réponse aux besoins des habitants du territoire.

Tenand, M. (2015). Being dependent rather than disabled in France: does the institutional barrier at 60 affect care arrangements? Paris Paris School of economics
http://www.parisschoolofeconomics.eu/docs/tenand-marianne/tenand-marianne_dependence-vs-disability-schemes-and-care-arrangements_zew-submission.pdf

In developed countries, individuals having difficulties with the activities of daily living may benefit from public home care subsidies. The French institutional framework distinguishes between disability schemes, accessible to individuals below 60, and dependence schemes, open to those aged 60 or more. We assess whether this institutional threshold has an impact on care utilization rates among individuals with impairments living in the community. We use the French Health and Disability Survey on Households (HSM) to get a sample of individuals aged 50 to 74 with restrictions in ADL or IADL and living at home. Fitting a bivariate probit model to account for the simultaneity of formal and informal care utilization decisions, we find that being a "dependent elderly" rather than a "disabled adult" increases the non-medical formal care utilization rate, by about 6 to 10 percentage points. Decrease of informal care utilization around the threshold is smaller (of 2 to 4 percentage points) and less robust, but is suggestive of small substitution effects consistent with what is found in the literature. We also provide evidence that the distinction between disability and dependence schemes has an impact on living arrangements, as individuals above 60 are more likely to live in an institution on a permanent basis. Overall, our results show that the institutional age threshold influences the way individuals' day-to-day difficulties are being compensated. They lead to question the architecture of French compensation policies for equity concerns, but also on efficiency grounds.

(2014). Comment prendre en charge les personnes âgées fragiles en ambulatoire ?, Paris : HAS
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/note_methologique_fps_prise_en_charge_paf_ambulatoire.pdf

Cette fiche fait suite à la fiche « Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? » et au modèle de plan personnalisé de santé élaborés par la HAS. Son objectif est de présenter des repères et des outils pour modéliser la démarche d'évaluation et la prise en charge des personnes âgées fragiles vivant à domicile.

(2014). Fin de vie des personnes âgées. Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France. Paris ONFV: (163)

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000058/>

Après avoir consacré son rapport 2012 à la question de la « Fin de vie à domicile », en 2013 l'Observatoire National de la Fin de Vie a décidé de mettre un coup de projecteur sur la fin de vie des personnes âgées. L'Observatoire National de la Fin de Vie a décidé de reprendre à son compte la notion de "parcours de santé" mise en avant dans la Stratégie Nationale de Santé. Cette approche permet de mieux comprendre la réalité concrète de la fin de vie des personnes âgées, au-delà des chiffres et des statistiques. En outre, cela montre la diversité et le caractère évolutif des situations auxquelles notre système de santé doit répondre. Chacun des sept chapitres de ce rapport débute donc par l'histoire (fictive) d'une personne âgée en fin de vie et de son parcours de santé. Ce rapport se conclue par des propositions concrètes destinées à améliorer la fin de vie en maison de retraite, à domicile et à l'hôpital, et pour les personnes handicapées.

(2014). La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant à domicile par les généralistes des Pays de la Loire. Panel en médecine générale - 2010-2012 - Pays de la Loire; 7. Nantes ORS Pays de la Loire

http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2014_8_dependanceinstitution_panel2mgpdl.pdf

La prise en charge et le maintien à domicile des personnes âgées en situation de dépendance sont des problématiques auxquelles les médecins généralistes sont régulièrement confrontés : la quasi-totalité des praticiens ligériens déclarent suivre au moins une personne âgée dépendante (PAD) vivant à domicile. Ce suivi nécessite le plus souvent un déplacement du médecin chez le patient, ainsi qu'un temps de consultation au cabinet ou de visite à domicile relativement long. La dimension sociale fait partie intégrante de la prise en charge des PAD telle qu'elle est perçue par une majorité de médecins généralistes. Six praticiens sur dix déclarent notamment avoir participé à la mise en place d'une aide professionnelle à domicile pour les activités de la vie quotidienne, et plus d'un médecin sur deux pense que son rôle consiste aussi à faciliter l'accès des familles aux aides publiques. L'aide à la toilette et les soins d'hygiène illustrent néanmoins la complexité des modes d'intervention auxquels les médecins peuvent faire appel : la diversité des professionnels impliqués (infirmiers libéraux, aides-soignants, aides à domicile...), tout comme leur disponibilité hétérogène selon les territoires, sont autant de difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans

leurs missions de coordination sanitaire et sociale. À cet égard, plus de 40 % des praticiens déclarent participer à des réunions de coordination ou pensent que cela serait utile pour la dernière PAD vue, et la très grande majorité estiment qu'une meilleure coordination entre eux et les intervenants à domicile serait bénéfique.

(2014). La prise en charge des personnes âgées dépendantes vivant en institution par les généralistes des Pays de la Loire. Panel en médecine générale - 2010-2012 - Pays de la Loire; 8. Nantes ORS Pays de la Loire

http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2014_8_dependanceinstitution_panel2mgpdl.pdf

Les Pays de la Loire disposent d'une offre très développée en structures d'accueil pour personnes âgées. L'accessibilité géographique de ces établissements est particulièrement élevée, et la majorité des personnes âgées dépendantes (PAD) ligériennes vivent en institution. L'enquête menée en 2012 auprès des médecins généralistes libéraux de la région montre que ce contexte a une incidence sur les pratiques des professionnels de santé. Dans les Pays de la Loire, près de 85 % des médecins généralistes suivent au moins une PAD vivant en institution, et ils interviennent alors le plus souvent dans plusieurs établissements différents. Près de deux praticiens sur trois déclarent continuer à suivre une PAD après son entrée en institution. Les conditions d'exercice en institution des médecins généralistes libéraux sont très variables, et dépendent en partie des modalités d'organisation des établissements. S'agissant de la dernière PAD vue en institution, 34 % des médecins généralistes ligériens déclarent avoir été rémunérés par l'établissement (21 % en France). Un praticien sur quatre indique avoir une convention écrite avec l'Ehpad dans lequel il intervient (38 % en France).

(2014). Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Paris Cour des comptes: 190.

<http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Le-developpement-des-services-a-la-personne-et-le-maintien-a-domicile-des-personnes-agees-en-perte-d-autonomie>

Réalisé à la demande du Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale, ce rapport d'enquête de la Cour des comptes dresse un bilan du développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. Il constate l'existence d'une dualité d'objectifs entre plusieurs dispositifs dont le coût pour les finances publiques a quasiment doublé en dix ans pour atteindre 6,4 milliards d'euros aujourd'hui, alors que l'effet de ces dispositifs a eu un impact sur l'emploi limité. La Cour assortit son rapport de 12 recommandations. Elle plaide pour une réduction des dépenses fiscales et des niches sociales en faveur des services à la personne avec un meilleur ciblage des aides notamment en réduisant la liste des activités éligibles et insiste sur l'enjeu de la professionnalisation et de la

structuration des activités. La Cour prône un " abaissement ciblé " du plafond de dépenses éligibles au crédit d'impôt (12 000 euros), en préservant les services de garde d'enfants et d'assistance aux personnes âgées ou handicapées. L'enquête de la Cour est rendue publique alors même que les sénateurs ont adopté le 9 juillet en commission des Affaires sociales un amendement au projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, soutenu par le gouvernement, visant à alléger les cotisations des particuliers employeurs, un amendement qui ne va pas vraiment dans le sens des préconisations de la Cour des comptes.

(2014). Les soins en EHPAD en 2013. Le financement de la médicalisation et bilan des coupes Pathos. Paris CNSA: 24.

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/2014-07-08_Les_soins_en_EHPAD_en_2013.pdf

Le présent document vise à prolonger l'étude datée d'octobre 2013 sur les soins en EHPAD en 2012 (situation arrêtée au 31/12/2012). Il actualise d'une part, la situation des EHPAD au 31 décembre 2013 et, d'autre part, il identifie les évolutions pluriannuelles constatées (2011 à 2013). Il précise aussi la situation des établissements en fonctionnement et tarifés à ce titre par les ARS en 2013. Il ne s'agit donc pas d'une analyse consolidée de l'ensemble des charges et produits des trois sections tarifaires, car seule la dotation « Soins » est analysée.

Bloch M. A , Henaut L.(2014). Coordination et parcours : la dynamique du secteur sanitaire, social et médico-social. Paris : Dunod

L'accroissement du nombre de personnes âgées, handicapées ou atteintes de maladies chroniques, rend nécessaire le développement et la diversification des soins et des services, mais demande aussi une meilleure coordination des interventions. Pour lutter contre les différents cloisonnements du système de santé et d'aide, les pouvoirs publics, les professionnels et les associations de familles et d'usagers sont engagés dans un processus permanent d'innovation et de coopération à l'origine de la dynamique de l'ensemble du monde sanitaire, social et médico-social. Cet ouvrage retrace l'histoire de la structuration de la coordination en France dans plusieurs domaines d'intervention (gérontologie, santé mentale, handicap, cancer, maladies rares, accident cérébral), ainsi que l'apparition récente de la notion de parcours dans l'espace public. Il propose une analyse critique des politiques conduites en matière de coordination, et tente d'expliquer la persistance des dysfonctionnements observés. À partir d'enquêtes réalisées sur plusieurs territoires, les facteurs de succès pour la mise en place de dispositifs de coordination pérennes sont ensuite mis en évidence. L'innovation se révèle être le produit des interactions entre initiatives locales et directives nationales. Enfin, l'ouvrage propose une typologie des nouveaux professionnels de la coordination (gestionnaires de cas, pilotes, référents, médecins coordonnateurs, chargés de

mission...) et souligne notamment le rôle clé joué par les cadres intermédiaires des organisations sanitaires, sociales et médico-sociales.

Boukris, S. (2014). Demain, vieux, pauvres et malades !, Paris : Éditions du Moment

Ce livre est une mise en alerte contre l'état de santé de notre système sanitaire et social concernant notamment les personnes âgées. Face à la triple peine – vieillissement, maladie, pauvreté – nous nous dirigeons tout droit vers un crash sanitaire et social sans précédent. Pour éviter le pire, le Dr Sauveur Boukris propose des solutions concrètes, de la création d'une assurance-dépendance au développement des soins de proximité. Il remet ainsi au cœur du débat social la problématique du "bien vieillir soi-même et mieux accompagner ses aînés".

Burgerolle, A., et al. (2014). "Prise en charge à domicile des patients atteints de la maladie d'Alzheimer." Actualité et Dossier En Santé Publique(86): 5-8.
<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=143>

Créés il y a 4 ans, les équipes spécialisées Alzheimer interviennent au domicile des patients à un stade précoce de la maladie. Présentation et premiers résultats de l'activité des quelques 400 équipes. (introduction).

Buyck, J.-F., et al. (2014). "La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile." Études Et Résultats (Drees)(869)

Les médecins généralistes sont régulièrement confrontés à la prise en charge et au maintien à domicile des personnes âgées. Ce suivi nécessite souvent un déplacement et un temps de consultation relativement long. Deux praticiens sur trois ont participé à la mise en place d'une aide professionnelle à domicile pour les activités de la vie quotidienne d'une personne âgée dépendante. La diversité des professionnels impliqués, comme l'hétérogénéité de leur disponibilité selon les territoires, sont autant de difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans ses missions de coordination des soins. 40% d'entre eux participent à des réunions de coordination ou pensent que cela serait utile, et la grande majorité estime qu'une meilleure coordination entre eux et les intervenants à domicile serait bénéfique.

Camus, E., et al. (2014). Optimiser le soutien à domicile des personnes âgées - Pour une meilleure complémentarité entre caisses de retraite et départements. Les cahiers de l'Odas. Paris Éditions de l'Odas: 76.
http://odas.net/IMG/pdf/cahier_de_l_odas_-_2014.pdf

L'Observatoire national De l'Action Sociale a conduit, avec le soutien de l'interrégime des caisses de retraites, une étude sur les relations de travail entre ces dernières et les

départements, avec le souci de recherche des pistes susceptibles d'améliorer les coopérations interinstitutionnelles en matière de soutien à domicile des personnes âgées. Cette étude a permis d'identifier de nombreuses pratiques, tant en matière de complémentarité des interventions auprès des familles que de convergence des politiques publiques, aptes à être mieux diffusées dans l'ensemble des territoires (tiré de l'intro).

De Stampa, M., et al. (2014). "Utilisation des services d'aide et de soins à domicile pour les personnes âgées en situations complexes : comparaison entre trois types de coordination gérontologique." Revue d'Épidémiologie Et de Santé Publique **62**(5): 315-322.

Objectif : la population âgée en situation complexe vit majoritairement à domicile et plusieurs types de coordinations gérontologiques ont été mises en place sur le territoire français pour répondre à leurs besoins et mettre en place des services d'aide et de soins. Mais on ne dispose pas d'information sur l'utilisation de ces services à domicile en fonction de la coordination mobilisée. Méthode : nous avons comparé l'utilisation des services à domicile pour une population âgée en situation complexe dans trois types de coordinations sur un suivi de 12 mois. Les trois coordinations regroupaient un réseau gérontologique avec gestion de cas (n=105 personnes), un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) avec une infirmière de coordination (n=206 personnes) et une coordination informelle avec un aidant non professionnel (n=117 personnes). Résultats : à t0, les personnes âgées adressées vers le réseau gérontologique présentaient un moindre accès vers l'offre de services à domicile ; celles suivies par le SSIAD avaient un nombre de services et de passages hebdomadaires les plus élevés et les personnes âgées avec une coordination informelle avaient le double d'heures hebdomadaires de services. À t12, il y avait une amélioration de l'accès vers les services pour le groupe réseau avec gestion de cas et il y avait une augmentation globale dans l'utilisation des services professionnels à domicile sans différence significative entre les trois groupes. Conclusion : l'utilisation des services d'aide et de soins à domicile présentait des différences selon la coordination gérontologique mobilisée. L'évolution sur les 12 mois de l'utilisation des services était comparable entre les groupes sans explosion du nombre de services dans le groupe réseau avec gestion de cas. (Résumé auteurs).

Ramos-Gorand, M. et Volant, S. (2014). "Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011." Études Et Résultats (Drees)(891): 6.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/accessibilite-et-acces-aux-etablissements-d-hebergement,11351.html>

Fin 2011, les 7 752 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) offrent en moyenne 101 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Le taux d'équipement varie selon les départements de 22 à 185 places. Le sud de la

France et la petite couronne parisienne sont les régions les moins bien équipées. À l'inverse, les Pays de la Loire et l'Auvergne affichent les taux d'équipement les plus élevés. La répartition des EHPAD varie aussi fortement selon leur statut juridique (public ou privé). Bien que la situation géographique soit le premier critère pour choisir un établissement, les frais restant à la charge des familles, en particulier le coût de l'hébergement, influent aussi sur le choix.

Vanlerenberghe, J. M. et Watrin, D. (2014). Rapport d'information sur l'aide à domicile. Paris Sénat: 82.

<http://www.senat.fr/rap/r13-575/r13-5751.pdf>

Ce rapport de mission porte sur la situation des services d'aide à domicile qui interviennent auprès des personnes handicapées ou âgées en perte d'autonomie. Depuis plusieurs années, beaucoup de ces structures sont confrontées à une dégradation de leur situation financière qui menace, dans certains cas, leur pérennité. Les difficultés des services d'aide à domicile trouvent une première explication dans la contraction des dépenses publiques et de celles des ménages. Mais cette situation est accentuée par des faiblesses structurelles liées au mode de tarification des services ainsi qu'à leur organisation propre. Après une vingtaine d'auditions et deux déplacements, les rapporteurs dressent un constat sans appel : il est urgent d'engager rapidement une réforme en profondeur d'un système aujourd'hui à bout de souffle. Les rapporteurs formulent trois séries de recommandations relatives à l'environnement juridique et tarifaire des services, à la situation des personnels ainsi qu'au soutien financier qui doit être apporté par la puissance publique.

Volant, S. (2014). "693 000 résidents en établissements pour personnes âgées en 2011." Études Et Résultats (Drees)(899): 4.

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/693-000-residents-en-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-en-2011>

Fin 2011, 693 000 personnes vivent dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées, soit 5,5% de plus qu'à la fin 2007. Parmi elles, 265 500 l'ont intégré dans l'année. Une personne sur trois rejoignant un établissement en 2011 le quitte la même année. Les femmes représentent toujours les trois quarts des effectifs. L'âge moyen des résidents progresse de dix mois par rapport à 2007 et atteint 85 ans.

(2013). Les politiques territoriales en faveur des personnes âgées à travers les schémas départementaux et régionaux d'organisation médico-sociale. Paris ANCREAI

<http://www.creaihd.fr/content/les-politiques-territoriales-en-faveur-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es>

Cette étude du réseau des CREAL concerne l'analyse au niveau national des politiques sociales et médico-sociales et de planification en faveur des personnes âgées à partir des SROMS et des schémas départementaux d'organisation médico-sociale (en cours de validité au 31/12/2012). Elle a permis de dresser un état des lieux des priorités retenues dans chaque département et région en faveur de cette population âgée, des problématiques identifiées, des actions retenues pour y répondre, de dégager des particularités territoriales et des actions novatrices.

(2013). Une loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement. Document de concertation. Paris Premier Ministre: 12.

Document de concertation du Gouvernement présenté le 29 novembre 2013 en vue de la future loi pour l'adaptation de la société au vieillissement. Il présente les volets du futur texte, dits les « trois A », à savoir : « Anticipation et prévention de la perte d'autonomie », « Adaptation de la société au vieillissement » et « Accompagnement de la perte d'autonomie ». Il souligne également l'importance de « réformer la gouvernance » du secteur des personnes âgées, et présente la création de maisons départementales de l'autonomie (MDA) comme l'une des « pistes » qui « méritent d'être débattues ».

(2013). "Vieillesse et espaces ruraux." Gérontologie Et Société (146)
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Le vieillissement en milieu rural est un objet d'observation et de publication relativement rare au cours des vingt dernières années. Pourtant, les évolutions sont nombreuses dans ces territoires au niveau géographique, démographique et socio-économique. Coordonné par Catherine Gucher, ce numéro de Gérontologie et Société fait le point sur ces évolutions. Ainsi, l'homogénéité de ce que l'on nomme la ruralité, traditionnellement structurée par une culture agricole, a disparu au profit d'une pluralité d'espaces et d'une hétérogénéité des caractéristiques de ses habitants vieillissants. Les modes d'habiter et de vieillir évoqués dans ce numéro témoignent d'une multiplicité de relations d'aide et de solidarités en fonction des parcours de vie et des trajectoires résidentielles. L'offre de services s'adapte à ce nouveau paysage : la MSA reste un acteur incontournable, avec son action sociale en direction des retraités du régime agricole, mais d'autres acteurs viennent également se positionner à ses côtés dans une perspective de développement des territoires. Demeure un point noir, l'accès aux soins, qui pose avec acuité la question de l'égalité de traitement dans les territoires. Autre constat, les politiques publiques tardent à exploiter à sa juste mesure le potentiel économique des espaces ruraux. (4e de couv.).

Alberola, E., et al. (2013). Prévention, aidants, coordination : comment passer du maintien au soutien à domicile des personnes âgées ? Cahier de Recherche ; 310. Paris CREDOC

<https://www.credoc.fr/publications/prevention-aidants-coordination-comment-passer-du-maintien-au-soutien-a-domicile-des-personnes-agees>

Le CREDOC a souhaité questionner les enjeux et les déterminants d'un maintien à domicile de qualité des personnes âgées, afin de proposer des pistes de réflexion et d'orientation pour les politiques publiques dédiées à l'accompagnement du vieillissement. Il s'agit notamment de discuter la notion communément admise de « maintien » à domicile, qui semble faire référence à l'idée de personnes davantage « contenues » à domicile, dans l'attente d'une hypothétique entrée en établissement, que « soutenues » dans leur perte d'autonomie à domicile. Il s'agit plus largement d'examiner les conditions d'un « soutien » à domicile qualitatif permettant d'accompagner au mieux les personnes âgées dans leur choix de rester « chez soi », mais également les aidants familiaux et les professionnels nécessairement engagés dans ce soutien à domicile. Cette ambition d'un accompagnement qualitatif doit également être partagée par les pouvoirs publics dans une nécessité d'assurer un soutien à domicile « assumé », pour reprendre les termes du rapport de la mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population.

Aquino, J. P., et al. (2013). Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société. Paris La Documentation Française

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000175/index.shtml>

Dans le cadre de la préparation de la loi d'adaptation de la société au vieillissement, annoncée par le Président de la République, trois groupes de travail ont été mis en place afin d'apporter des réponses aux enjeux du vieillissement de la société. Deux grands sujets ont été retenus : l'anticipation et la prévention de la perte d'autonomie, objets du présent rapport réalisé par le Dr Jean-Pierre Aquino, président du Comité « Avancée en âge ». Ce rapport propose de développer une culture de prévention et de mieux dépister et traiter les fragilités. Ses conclusions constituent des pistes pouvant contribuer à enrichir le volet du projet de loi consacré à l'anticipation du vieillissement et à la prévention individuelle et collective de la perte d'autonomie.

Billaud, S., et al. (2013). La prise en charge de la dépendance des personnes âgées à domicile : dimensions territoriales des politiques publiques. Paris MSH: 130.

<https://www.cnsa.fr/sites/default/files/ndeg051.zip>

La loi du 13 août 2004, dans son article 56, reconnaît aux conseils généraux un rôle de « chef de file » de l'action sociale en direction des personnes âgées. Cependant, la latitude dont ils disposent dans la définition et la mise en œuvre d'une politique propre sur le territoire départemental est relativement bornée. Qu'en est-il des marges de manœuvre réelles dont disposent les conseils généraux en matière de politique de la

dépendance ? S'en saisissent-ils ? Comment organisent-ils leur action et leurs priorités politiques dans le cadre fixé par la loi ? C'est à ces trois questions que s'attache la recherche dont les principaux résultats sont restitués dans ce rapport.

Blanchard, P., et al. (2013). Évaluation de la prise en charge des aides techniques pour les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées. Rapport IGAS ; 2013 033. Paris IGAS: 115.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000663-evaluation-de-la-prise-en-charge-des-aides-techniques-pour-les-personnes-agees>

Ce rapport vise à éclairer les modalités de prise en charge et d'acquisition des aides techniques en direction des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes dès lors qu'ils vivent à leur domicile. Eu égard à l'hétérogénéité et à la quantité d'aides techniques, les investigations de la mission ont été circonscrites aux aides techniques telles qu'elles sont définies au 2° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles, à savoir "tout instrument, équipement ou système technique adapté ou spécialement conçu pour compenser une limitation d'activité rencontrée par une personne du fait de son handicap, acquis ou loué par la personne handicapée pour son usage personnel". La prise en charge des aides techniques au titre de l'élément 2 de la Prestation de compensation du handicap (PCH) repose sur cette définition. L'absence de définition des aides techniques pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a incité la mission à retenir, par cohérence, la même définition pour ce public. Le rapport propose un bilan du système actuel dont il analyse le pilotage et l'organisation, le financement, les méthodes de prescription-préconisation et la satisfaction des attentes des usagers et des pistes d'amélioration, que la mission a pu confronter à l'avis de ses interlocuteurs.

Bloch, M.-A., et al. (2013). "Politique de l'âge et santé : Les dispositifs d'aide et de prise en charge." Actualité Et Dossier En Santé Publique(85): 30-41.

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=142>

Le vieillissement démographique s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes âgées souffrant d'incapacités et ayant besoin d'aide. Le système de prise en charge sanitaire et social est complexe et devrait évoluer vers un dispositif plus intégré.

Broussy, L. (2013). L'adaptation de la société au vieillissement de sa population : France : année zéro ! Paris La Documentation française: 202.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000173/0000.pdf>

Ce rapport constitue les conclusions d'une mission interministérielle de réflexion sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population. Il propose d'adapter les logements, les villes et les territoires au vieillissement de la population et

de développer les technologies au service des plus âgés. Il suggère également de mieux affirmer et protéger les droits des âgés. Ses suggestions contribueront à nourrir le volet du projet de loi consacré à l'adaptation de la société au vieillissement.

Collombet, C. et Gimbert, V. (2013). "Vieillesse et espace urbain. Comment la ville peut-elle accompagner le vieillissement en bonne santé des aînés ?" Note D'analyse (La)(323)
<http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/vieillesse-espace-urbain-na-323.html>

En 2035, les personnes ayant 60 ans ou plus devraient représenter 31 % de la population française et celles âgées de plus de 75 ans, 13,6 % (contre respectivement 21 % et 8,5 % en 2007). Que les aînés soient en bonne santé ou dépendants, ils préfèrent rester à leur domicile, ce qui nécessite des politiques de prévention et de soutien. L'adaptation de l'espace urbain, au-delà de celle du logement, est indispensable pour répondre à cet objectif. Alors que les actions des municipalités sont nombreuses au niveau international, notamment dans le cadre de l'initiative de l'organisation mondiale de la santé (OMS) « Villes-amies des aînés », l'analyse des bonnes pratiques en France et à l'international permet d'identifier les principales caractéristiques d'une ville adaptée à une population vieillissante. C'est idéalement une ville dense, qui réalise de multiples « microadaptations » pour assurer une libre circulation des usagers, qui incite les aînés à être en activité, à rester en bonne santé et à participer aux projets de transformation des villes. Cette note propose quelques pistes concrètes pour encourager les villes françaises à s'inscrire dans la démarche OMS et à relever le défi du vieillissement, participant ainsi au bien-être de tous.

Gallois, F. (2013). "L'aide à domicile, parent pauvre du système de santé." Journal de Gestion Et d'économie Médicales **31**(1): 15-29

Cet article interroge la place l'aide à domicile dans le système de santé en positionnant ces services au sein de la filière de santé gériatrique. L'histoire longue du système de santé et de son organisation montre que l'introduction de logiques productives et marchandes dans un système hospitalo-centré conduit à une recomposition du système qui renforce le rôle de l'aide à domicile. Pourtant, même si les acteurs de l'aide à domicile revendiquent une régulation proche de celle des soins, leur mode de régulation se situe à l'opposé. Pire, l'aide à domicile apparaît comme un régulateur de la performance de l'hôpital.

Guisset-Martinez, M. J. et Villez, M. (2013). "Pour une offre de services adaptée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et à leurs proches des réalisations en France et à l'étranger en milieu rural." Gérontologie Et Société(146): 189-200.
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Les problématiques du vieillissement en milieu rural sont connues. Aux difficultés identifiées s'ajoutent la survenue éventuelle de troubles cognitifs et leurs conséquences sur la vie quotidienne. Le présent article se propose de présenter des initiatives, en France et à l'étranger, constituant des réponses appropriées pour les personnes malades et leurs familles vivant en milieu rural. Ces actions nécessitent de nouvelles modalités d'intervention pour les acteurs professionnels. (R.A.).

Henrard, J. C. (2013). "De la dépendance à la compensation de la perte d'autonomie quel que soit l'âge : un dossier en attente !" *Actualité Et Dossier En Santé Publique*(85): 49-50.
<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=142>

La dépendance est encore abordée de façon si différente si elle survient avant ou après 60 ans. Plaidoyer pour une simplification du dispositif avec une filière médico-sociale regroupant les acteurs de la dépendance et du handicap.

Henrard, J. C. (2013). "Des politiques vieillesse ségrégatives à une prestation universelle d'aide à l'autonomie." *Gérontologie Et Société*(145): 179-189.
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

La création d'un nouveau droit social universel de compensation de la perte d'autonomie avec un système de prestations médico-sociales au long cours est aujourd'hui nécessaire pour corriger 50 ans de politique vieillesse d'action sociale qui ont abouti à un enfermement des personnes âgées de 60 ans et plus ayant perdu leur autonomie dans un dispositif ségrégatif peu efficace et injuste par rapport aux personnes handicapées âgées de moins de 60 ans. (R.A.).

Marquier, R. (2013). "Une décennie d'aide sociale des départements aux personnes âgées dépendantes (2001-2010)." *Dossiers Solidarité Et Santé (Drees)*(39)
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/une-decennie-d-aide-sociale-des-departements-aux-personnes-agees-dependantes>

Entre 2001 et 2010, le nombre de mesures d'aide sociale des conseils généraux à destination des personnes âgées dépendantes est passé de 370 000 à 1 350 000 environ, cette augmentation très importante étant principalement due à la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2002 puis à sa montée en charge. Parallèlement, les dépenses totales d'aide sociale à destination de ces personnes ont fortement augmenté : de 2,81 milliards d'euros de dépenses brutes en 2001 à 8,12 milliards en 2010. Déductions faites des recours et récupérations, le montant net des dépenses d'aide sociale s'établit à 6,89 milliards en 2010. Les dépenses par bénéficiaire ou par habitant suivent des mouvements parfois très différents selon les départements considérés, la tendance globale étant néanmoins à une certaine convergence : les

départements dont les dépenses par bénéficiaire sont les plus élevées au début des années 2000 sont aussi ceux qui ont connu la plus forte diminution sur la décennie.

Marquier, R. (2013). "Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000." *Dossiers Solidarité Et Santé (Drees)*(47): 17.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/vivre-en-etablissement-d-hebergement-pour-personnes-agees-a-la-fin-des-annees>

L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) intervient en général le plus tard possible, quand l'état de santé ou l'âge le nécessite. Le choix de l'établissement est d'abord motivé par sa situation géographique et sa réputation pour la personne âgée comme pour ses proches. La majorité des personnes âgées reçoivent des visites, peuvent téléphoner librement et nouent des relations avec d'autres résidents. Le moment des repas est aussi particulièrement attendu. En revanche, la possibilité et la fréquence des sorties sont une des principales sources d'insatisfaction exprimée. 86% des résidents en maison de retraite et EHPAD depuis plus de 6 mois déclarent y vivre très bien ou plutôt bien. Sauf en USLD, la majorité des résidents disposent d'une chambre individuelle et peuvent y apporter du mobilier personnel.

Ramos-Gorand, M. (2013). "Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux." *Dossiers Solidarité Et Santé (Drees)*(36): 54.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/accessibilite-de-l-offre-en-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees>

À la fin de l'année 2007, 1,12 million de personnes âgées peuvent être considérées comme dépendantes. Parmi elles, 42% vivent en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). L'accessibilité géographique est au cœur de ce dossier, qui apporte des éclairages complémentaires sur l'enquête menée auprès des établissements concernant l'année 2007 (dite "EHPA 2007"). Le premier article analyse l'accessibilité géographique théorique aux établissements : bien que les établissements soient des équipements de proximité, l'accessibilité est très différenciée en fonction des territoires. Le second article examine les phénomènes de changement de département à l'entrée en institution, montrant que ce sont des migrations complexes qui peuvent être guidées par des choix personnels ou familiaux, par des contraintes liées à l'état de santé des personnes âgées ou à l'offre d'accueil.

Rougier, I. et Mayeur, P. (2013). *Adaptation des logements pour l'autonomie des personnes âgées*. Paris La Documentation française

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000844-adaptation-des-logements-pour-l-autonomie-des-personnes-agees-rapport-de-l-anah-et-de>

Ce rapport est le fruit d'une mission visant à proposer des préconisations pour favoriser l'adaptation des logements au vieillissement. Les préconisations devaient concerner : la simplification des procédures de demande d'aide, l'amélioration du contenu des prestations d'accompagnement des personnes et l'articulation des différents dispositifs et acteurs sur ce champ, en cohérence avec les actions lancées en matière de rénovation énergétique de l'habitat.

(2012). Habitat et vieillissement : vivre chez soi, mais vivre parmi les autres ! 17^e rapport du Haut Comité pour le logement des personnes défavorisées. Paris HCLPD
http://www.hclpd.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Hclpd_No17.pdf

L'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation de la population âgée qui en résulte ont un impact important sur les besoins d'habitat des personnes âgées, davantage encore lorsqu'apparaissent d'autres facteurs tels que le risque d'isolement et de pauvreté. Le 17^e rapport du Haut comité propose un état des lieux des réponses existant en matière d'habitat : maintien des personnes âgées en logement indépendant (« maintien à domicile »), logement en établissement social ou médico-social (maisons de retraite, logements-foyers, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - Ehpad -). Il examine, pour chacune d'entre elles, les conditions de son développement, compte tenu de la diversité des besoins, et aborde les expérimentations et innovations qui ont vu le jour au cours des dernières années. Le rapport présente enfin les propositions du Haut comité regroupées autour de huit axes : adapter l'habitat privé ; adapter le logement social à une clientèle nouvelle ; promouvoir la construction d'un habitat adapté au vieillissement ; faire du logement partagé une option possible ; financer la dépendance des personnes accueillies en Ehpad ; prendre en charge le coût logement des Ehpad ; développer une offre de logements-foyers non médicalisés ; promouvoir une réponse d'ensemble dans chaque bassin d'habitat.

(2012). La prise en charge des personnes âgées dans le système de soins : des progrès trop lents. Rapport public annuel 2012 de la Cour des Comptes. 2^e partie : Suites données aux observations des juridictions financières. Paris : Cour des comptes: 30.

Le rapport annuel de la Cour des comptes 2012 comporte un chapitre sur la prise en charge des personnes âgées dans le système de soins. Entre 2011 et 2050, la proportion des personnes de plus de 75 ans au sein de la population française pourrait passer de 9 % à plus de 15 %, soit de six millions à près de onze millions de personnes. Ce vieillissement constitue un enjeu essentiel pour le système de protection sociale, tout particulièrement en matière de retraites ou au regard des problématiques de dépendance. La prise en compte du grand âge suppose également des évolutions de notre système de soins pour mieux accompagner des personnes particulièrement fragiles. Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale

pour 2003, la Cour avait ainsi formulé douze recommandations afin d'améliorer la prise en charge sanitaire des personnes âgées. Elle préconisait notamment de : - développer les analyses épidémiologiques sur leur état de santé ; - mieux prendre en considération leurs besoins spécifiques dans les politiques de santé publique ; - mener une action forte de prévention des risques iatrogéniques liés à la prise de nombreux médicaments ; - renforcer la formation initiale et continue des médecins en gériatrie ; - mettre en place une filière spécifique pour leur prise en charge en urgence. Sur ces différents plans, le bilan réalisé huit ans plus tard par la Cour fait apparaître des avancées significatives, mais aussi l'ampleur des progrès encore nécessaires pour mieux prendre en compte la spécificité d'une population présentant souvent une poly-pathologie complexe.

(2012). La prise en charge hospitalière des personnes âgées. Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2011 - Prévisions 2012. Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale
[http://www.securite-](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/eclairage_maladie_prise_en_charge_hospitaliere_personnes_agees.pdf)

[sociale.fr/IMG/pdf/eclairage_maladie_prise_en_charge_hospitaliere_personnes_agees.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/eclairage_maladie_prise_en_charge_hospitaliere_personnes_agees.pdf)

Ce chapitre s'intéresse à la prise en charge hospitalière des personnes âgées. Il constate qu'une part de plus en plus importante de l'activité hospitalière concerne la prise en charge de cette partie de la population. Cette évolution se traduit par une déformation de la structure d'activité hospitalière, le secteur public accueillant principalement la patientèle âgée. Il examine le coût de cette prise en charge et les facteurs explicatifs de ce coût. La prise en charge de la personne âgée est donc un enjeu majeur de l'organisation des soins dans les années à venir.

(2012). Vieillesse de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010 : focus sur la prise en charge des plus de 80 ans et plus. Lyon ATIH
<http://www.atih.sante.fr/impact-du-vieillesse-de-la-population-sur-lactivite-hospitaliere>

La plupart des pays développés sont confrontés au phénomène de vieillissement démographique, conséquence d'un faible indice de fécondité et/ou d'un allongement de l'espérance de vie. Dans les pays utilisant un système de répartition, le vieillissement a un impact important sur les régimes des retraites ou d'assurance maladie. Ainsi, compte tenu de l'augmentation du recours aux soins en fonction de l'âge, le vieillissement démographique devrait avoir un impact sur l'activité hospitalière, sa structure, et sur le coût du système hospitalier. Pour mesurer l'effet du vieillissement de la population sur l'activité hospitalière, trois segments d'analyse ont été développés : - comparer l'évolution démographique à celle de l'activité hospitalière, en se focalisant notamment sur les personnes âgées de plus de 80 ans ; - identifier les caractéristiques des séjours des personnes âgées par rapport à l'ensemble des séjours ; - analyser plus spécifiquement la dynamique des séjours des personnes âgées. Il convient de noter que dans cette étude une personne âgée sera définie comme un individu âgé de 80 ans ou plus. Ces segments d'analyse sont traités dans une première partie au niveau national.

En seconde partie, une analyse régionalisée permettra de saisir les disparités régionales en termes de vieillissement, structure et dynamiques des séjours des personnes âgées de 80 ans et plus.

Aquino, J. P. (2012). "Vieillesse et politiques publiques." Gérontologie Et Société: 273-279.
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Depuis plusieurs années, les sociétés industrialisées vivent une double transition. La transition démographique résulte du vieillissement de la population. En 2010, l'espérance de vie à la naissance est de 78,2 ans pour un homme et de 85,3 pour une femme. A l'âge de 60 ans, l'espérance de vie est de 22,2 ans pour un homme et de 27 pour une femme. Mais on note aussi une transition épidémiologique caractérisée par le changement de visage des maladies, avec la transformation de maladies mortelles en maladies chroniques, l'émergence de maladies invalidantes et le vieillissement des personnes handicapées. Face à cette situation, il est nécessaire d'adapter les politiques publiques. (R.A.).

Bagaragaza, E., et al. (2012). L'évaluation de la qualité de l'aide et de soins aux personnes âgées vivant à domicile. Cas des Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD). Programme de recherches Drees-Mire/CNSA "Mesure de la qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles et de leur satisfaction, prise de parole des usagers." - Convention 09RAX961. Versailles Université de Versailles

Ce rapport présente une étude qualitative menée au sein de deux services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) se trouvant à Paris. Les résultats nous montrent que les acteurs mettent en avant la dimension non technique des services d'aide et de soins. La qualité de la relation entre la personne soignée et son aidant est l'un des critères déterminant la qualité de ces services. D'autres critères de la qualité portant sur la structure, les processus et des résultats ont été identifiés. A partir des résultats de cette étude et des connaissances existantes, l'auteur propose un cadre conceptuel et méthodologique de l'évaluation adapté au contexte et à ces services. Des indicateurs pour apprécier leur qualité sont aussi proposés. Une collaboration entre les chercheurs et les acteurs de terrain, informés et formés à l'utilisation de cette approche, permettra son acceptation et son utilisation afin de pouvoir par la suite mettre en pratique les résultats de ces évaluations afin d'améliorer la qualité du service rendu aux personnes âgées. (R.A.).

Berardier, M. (2012). "Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement." Études Et Résultats (Drees)(823)

Les aides techniques et les aménagements du logement permettent aux personnes âgées de continuer à réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne. Elles peuvent ainsi conserver de l'autonomie à domicile et prévenir des risques d'accidents de la vie courante. Fin 2008, un quart des personnes âgées vivant à domicile utilise une aide technique ou a aménagé son logement. Cette proportion passe à 86% pour les personnes les plus dépendantes. Pour celles-ci, le recours aux aides est indépendant de l'âge et dans la moitié des cas les deux aides sont cumulées. Pour les personnes moins dépendantes, l'utilisation s'accroît fortement avec l'avancée en âge. Les aides à la mobilité sont les plus répandues : 14% des personnes âgées les utilisent. Le besoin exprimé le plus important porte sur les aides auditives.

Collin, C., et al. (2012). "Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes." *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*(172)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/un-acces-geographique-aux-soins-comparable-entre-les-personnes-agees-et-les>

Les personnes âgées sont en moyenne en plus mauvaise santé et de mobilité plus réduite que le reste de la population. Il apparaît dès lors important de savoir si leurs conditions d'accès aux soins sont identiques à celles des autres adultes. Cette étude cherche à éclairer cette question en comparant l'accès aux soins des personnes âgées de 70 ans ou plus à l'accès aux soins des plus jeunes (19-69 ans inclus) pour les professionnels de premier recours les plus souvent consultés (médecins généralistes, infirmiers et masseurs kinésithérapeutes) et l'hôpital. Elle s'appuie sur les outils d'analyse de l'accès géographique aux soins développés récemment par la Drees et l'Insee. Ces outils, qui peuvent être mobilisés par les Agences régionales de santé (ARS), permettent d'évaluer les conditions territoriales d'accès aux soins : de calculer, par commune, territoire de santé, département, région, les temps d'accès aux différents professionnels de santé, ou encore d'en évaluer l'accessibilité par une comparaison de l'offre et de la demande « potentielle » de soins (voir annexe). Ils permettent aussi d'estimer l'impact que peut avoir une restructuration hospitalière ou encore une modification de l'implantation territoriale des professionnels de santé en termes de temps d'accès et d'accessibilité.

Daune-Richard, A.-M. (2012). "L'entrée en dépendance des personnes âgées : quelle prise en charge pour quelles différenciations sociales et sexuelles ? Une comparaison France-Suède." *Revue Française Des Affaires Sociales*(2-3): 148-168.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales.htm>

L'article présente les résultats d'une recherche qui, comparant le soutien aux personnes âgées dépendantes en France et en Suède, examine les différenciations sociales et

sexuées dans l'usage que font les individus des outils que leur offrent les politiques publiques. Les trajectoires de prise en charge de la dépendance sont étudiées, depuis la manifestation de ses premiers signes jusqu'à sa reconnaissance institutionnelle par l'octroi d'une aide publique. Considérant l'entrée en dépendance comme un processus accompagné par des aides et des aidant(e)s relevant des sphères publique et privée, on interroge l'organisation de cet accompagnement : qui fait quoi et à quel moment ? L'enquête met alors en évidence des différenciations et des inégalités de sexe et de classe nettement plus marquées en France qu'en Suède.

Ennuyer, B. (2012). "Les services de maintien à domicile et le métier d'aide à domicile : quel bilan après la loi Borloo de 2005 ?" *Gérontologie Et Société*(142): 143-156.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Les services d'aide et de soins à domicile associatifs et leurs salariés sont aujourd'hui en grand danger (fermeture d'associations, licenciements de personnel), mettant de fait en péril l'accompagnement des personnes fragiles qui ont fait le choix de rester chez elles, quel que soit leur âge, comme le leur ont promis tous les gouvernements successifs depuis le rapport Laroque (1962). Nous avons essayé de comprendre comment le plan de cohésion sociale, dit plan Borloo, dont l'un des objectifs en 2005 était le développement de l'emploi et la professionnalisation des services à domicile, a abouti exactement à son contraire. En effet malgré les discours, convenus et réitérés, sur la professionnalisation et l'amélioration des conditions de travail des aides à domicile, la loi aveugle du marché comme seul mode de régulation détruit à grand pas la solidarité construite au fil des ans par le monde associatif auprès de nos concitoyens les plus fragiles. (R.A.).

Galtier, B. et Wierink, M. (2012). "Regards sur la régulation de l'aide à domicile : présentation du dossier." *Revue Française Des Affaires Sociales*(2-3): 185-193.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales.htm>

L'aide à domicile aux personnes en perte d'autonomie constitue un champ de la politique sociale où s'entremêlent les dimensions de santé publique, de justice sociale et d'efficacité de la dépense publique. Face à l'allongement de l'espérance de vie, à l'augmentation programmée des cohortes de personnes en perte d'autonomie et à leur souhait de plus en plus affirmé de vieillir à domicile, les États-providence sont confrontés au défi du financement d'une prise en charge de la dépendance de qualité. Ils font évoluer leurs modes de régulation et de gouvernance pour y répondre : ils recourent dans des proportions variées à l'intervention publique et marchande, s'appuient diversement sur l'aide professionnelle et l'aide informelle, versent des prestations en nature et/ou en espèces, et articulent de manière plus ou moins intégrée soins et aide.

Henrard, J. C. (2012). La perte d'autonomie : un nouvel enjeu de société, Paris : L'Harmattan

Il s'agit de faire de la perte d'autonomie un nouveau droit social, étendant la protection sociale à un cinquième risque à côté des quatre risques existants : maladie, accidents du travail, (chargé de) famille, vieillesse. Comment financer les prestations de soins et d'aide de longue durée ? Comment organiser des prestations de façon efficace et équitable ? Comment adapter les établissements d'hébergement au vieillissement de leur population ? Comment aider les aidants familiaux ? Cet ouvrage tente de répondre à l'ensemble de ces questions, tout en comparant le système de prise en charge français avec les autres modèles européens (4e de couverture).

Henrard, J. C. et Naiditch, M. (2012). "La régulation de l'aide à domicile : un point de vue de santé publique." Revue Française des Affaires Sociales(2-3): 269-274.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales.htm>

Les pays européens sont tous confrontés aux défis du vieillissement de leur population et de l'organisation des dispositifs de soutien à la perte d'autonomie. Les réponses qu'ils y apportent varient de par les moyens consacrés, en lien avec leurs traditions sociopolitiques, et de par l'accent plus ou moins fort mis sur une approche intégrée de l'aide et des soins. L'analyse comparative de leurs politiques de soutien à domicile des personnes âgées permet de dégager des pistes de réflexion pour la régulation du dispositif français.

Pondaven, M. (2012). "Historique récent des politiques publiques de l'évaluation des Ehpad." Gérontologie Et Société(142): 101-114.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Le contexte dans lequel se déploie l'évaluation des activités des établissements médico-sociaux et notamment celles des Ehpad est particulièrement mouvant. Les profondes mutations politiques et institutionnelles qui affectent ce secteur d'activité entretiennent confusion et incertitudes sur les finalités, les méthodes et la pertinence de la démarche évaluative. Il est pourtant possible de concevoir une approche de l'évaluation qui mette en évidence la qualité des relations professionnels-résidents au cœur des enjeux de l'Ehpad, situe l'Ehpad dans son rôle social et local, et donc interroge et renouvelle les pratiques professionnelles et institutionnelles en leur donnant sens. (R.A.).

Soulier, N. (2012). "L'aide humaine auprès des adultes à domicile : l'implication des proches et des professionnels." Études Et Résultats (Drees)(827)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/l-aide-humaine-aupres-des-adultes-a-domicile-l-implication-des-proches-et-des>

En 2008, 2,2 millions d'adultes âgés de 20 à 59 ans, vivant à domicile, sont aidés régulièrement. L'entourage, présent auprès de la quasi-totalité des adultes aidés, assure une part importante de cette aide. En cas de graves problèmes de santé, les professionnels interviennent également. Les aidants sont plus nombreux auprès des moins de 30 ans : les professionnels sont plus spécialisés et interviennent plus souvent ; l'aide à la vie quotidienne est plus diversifiée et l'aide financière de l'entourage plus marquée. Les proches prennent souvent en charge les aidés depuis de nombreuses années, les professionnels intervenant parfois plus tardivement. L'aide est également plus importante pour les adultes ayant beaucoup de difficultés à réaliser seuls une activité essentielle de la vie quotidienne ou pour ceux dans l'incapacité de la faire seuls. Les proches résidant avec eux sont au premier plan de l'aide ; les professionnels interviennent également plus souvent, notamment pour les soins.

Viriot-Durandal, J. P., et al. (2012). Les défis territoriaux face au vieillissement, Paris : La Documentation française

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110086082/index.shtml>

Cet ouvrage propose un ensemble de réflexions sur l'adaptation de l'environnement physique et social au vieillissement de la population. Son intérêt réside dans la pluridisciplinarité des angles d'analyse développés sur les territoires de vie. Les auteurs proposent une série de réflexions originales sur les territoires à partir des pratiques spatiales et sociales des personnes âgées. Ils livrent également un regard critique sur les interactions plus ou moins abouties entre ces publics et les interfaces politiques, administratives, sociales et économiques censées répondre à leurs besoins. Il invite enfin, en troisième partie, à un dialogue constructif, en ouvrant de manière originale un débat avec des acteurs opérationnels publics et privés, premiers concernés par l'organisation des espaces, des réseaux et des territoires gérontologiques (4e de couverture).

Connangle, S. (2011). Réflexion visant à proposer des pistes pour une meilleure appropriation des démarches d'évaluation dans le secteur médico-social consacré aux personnes âgées. Paris La Documentation française

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics//114000706/0000.pdf>

Suite à une lettre de mission d'août 2010, Sylvain Connangle, directeur de l'EHPAD de la Madeleine à Bergerac, a remis au Secrétaire d'État aux solidarités et à la cohésion sociale un rapport visant à proposer des pistes pour une meilleure appropriation des démarches d'évaluation dans le secteur médico-social consacré aux personnes âgées. Après avoir mis en avant les mécanismes des dysfonctionnements existants en matière d'évaluation (soutien méthodologique déficient, manque de coordination avec les acteurs territoriaux, etc.), il propose dix pistes de réflexion pour une amélioration de l'appropriation de l'évaluation. Parmi ses propositions : la construction d'outils de

coordination gérontologique communs sur les territoires, la formation d'un personnel intermédiaire visant l'aide   la réalisation du projet.

Fouquet, A., et al. (2011). L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge. Rapport Igas ; RM2011-064P. Paris Igas
<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article216>

Le présent rapport de l'IGAS explore la question de la coordination des acteurs du parcours de soins de la personne âgée fragile, tant dans le secteur sanitaire, en établissement de santé ou en « ville », que dans le secteur médico-social ou social. La première partie de l'étude présente des éléments de contexte : la spécificité des personnes âgées face à la santé (fragilité, poly-pathologies) et en matière d'hospitalisation (durées moyennes de séjour, passages et entrées par les urgences). La deuxième partie donne les résultats des investigations de terrain sur les modes d'organisation et les moyens de coopération autour du parcours de soins de la personne âgée. Ces organisations et ces moyens sont variés et le rapport en présente la typologie et les caractéristiques, puis leur impact sur des éléments objectivables de hospitalisation : durées moyennes de séjour, passages aux urgences.   partir de ces constats et des difficultés recensées par les acteurs, la troisième partie formule des recommandations en les inscrivant dans le contexte législatif et r glementaire, notamment la loi HPST (loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative, aux patients, à la santé et aux territoires) et la création des ARS (Agences régionales de santé), dont l'un des objectifs est d'assurer une mission de coordination entre le secteur social et médico-social.

Hesse, C., et al. (2011). Conversion des structures hospitalières en structures médico-sociales. Rapport Igas ; RM2011-025P. Paris Igas
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000409/0000.pdf>

Le programme de travail 2010 de l'IGAS, élaboré fin 2009, a retenu comme priorité la réalisation d'enquêtes sur l'offre de soins aux personnes âgées. L'objectif est d'évaluer les dispositifs et de rechercher les moyens de réduire les volumes d'hospitalisation des personnes âgées, d'une part pour des raisons de qualité de service, d'autre part pour faciliter l'atteinte de l'ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance maladie) hospitalier.   cette fin, l'IGAS a programmé la mission sur les conversions de structures hospitalières en structures médicosociales.

Jeandel, C. c. (2011). Livre blanc de la gériatrie française : gériatrie 2011, Paris : ESV Production

Cet ouvrage sur la gériatrie en France, initié par le Collège Professionnel des G riatres Français, est le fruit du travail des quatre organisations nationales qu'il représente : la Société Française de Gériatrie et Gérontologie, le Collège National des Enseignants de Gériatrie, le Syndicat National de Gérontologie Clinique et de la Fédération Française

des Associations de Médecins Coordonnateurs en EHPAD. Les contributions sont réunies autour des thématiques suivantes : les besoins de santé face au vieillissement de la population française, les réponses aux besoins de santé liés au vieillissement, le référentiel métier de la spécialité de gériatrie, résultats d'enquêtes réalisées par les Observatoires Régionaux d'Aquitaine et de Bretagne (sur l'exercice quotidien du gériatre et sur ses activités) et les formations des gériatres.

Le Bihan B., et al. (2011). Reforming long-term care Policy in France : Private-Public Complementaries. Reforming long-term care in Europe, Chichester : Wiley-Blackwell
<http://eu.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-1444338730.html>

This book offers the most up-to-date analysis of the features and developments of long-term care in Europe. Each chapter focuses on a key question in the policy debate in each country and offers a description and analysis of each system. This one analyses long-term care policy in France.

Lecroart, A. (2011). "Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060 : sources, méthode et résultats." Série Sources Et Méthodes – Document de Travail - Drees(23)
<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/13530>

En 2060, d'après les dernières projections de population de l'INSEE (2010), un tiers de la population vivant en France métropolitaine sera âgé de plus de 60 ans, dont la moitié aura 75 ans ou plus (scénario central). C'est dire l'enjeu majeur de la prévention et de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. Dans ce contexte, le gouvernement a annoncé un projet de réforme et a lancé une concertation nationale sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes, de leurs attentes et de leurs besoins. Un groupe de travail a été mis en place début 2011, sur le thème des "Perspectives démographiques et financières de la dépendance". Dans un premier temps, le document présente les trois hypothèses retenues par le groupe en ce qui concerne l'évolution de la part des personnes dépendantes par sexe et âge, et le contexte qui a conduit à ce choix. Puis il détaille les éléments de méthode mis en œuvre pour l'exercice de ces projections, avant de présenter les résultats dans une dernière partie, où figurent également des éléments chiffrés détaillés pour la France métropolitaine (population projetée par sexe, âge quinquennal, tous les 5 ans).

Perrin-Haynes, J., et al. (2011). "Les personnes âgées en institution." Dossiers Solidarité Et Santé(Drees)(22)
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier201122.pdf>

Selon le volet 'pathologies et morbidité' de l'enquête réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) dans les

établissements hébergement pour personnes âgées (EHPA) en 2007, les résidents des EHPA souffrent de multiples pathologies. Les trois quarts des résidents sont notamment atteints au moins une affection cardiovasculaire, hypertension artérielle étant la plus fréquente. En outre, plus de huit sur dix souffrent au moins une affection neuropsychiatrique, plus d'un tiers présentant un syndrome démentiel dont la maladie d'Alzheimer. La proportion de personnes souffrant de démence s'élève à 42 % dans les seuls établissements hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Plusieurs indicateurs tendent à montrer les grandes difficultés, voire l'impossibilité pour les proches à prendre en charge les personnes atteintes de ce type de maladie à domicile. Pour apporter un soutien accru à ces patients et à leurs aidants familiaux, un des objectifs du Plan Alzheimer 2008-2012 est le développement de places d'accueil de jour et hébergement temporaire dans un cadre règlementaire structuré. Les résultats de l'enquête menée conjointement par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en collaboration avec la DREES auprès des structures disposant de places d'accueil de jour et/ou hébergement temporaire pour personnes âgées dépendantes en 2009 font état de l'organisation de ces deux types d'accueil encore essentiellement proposés dans des EHPAD dont l'activité principale est hébergement permanent

Ratte, E. et Imbaud, D. (2011). Accueil et accompagnement des personnes en perte d'autonomie : rapport du Groupe 3. Paris MSSPS

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000334/index.shtml>

Ce rapport est issu des réflexions du groupe de travail « Société et vieillissement », constitué dans le cadre du débat national sur la dépendance par lettre de mission de Madame la ministre des solidarités et de la cohésion sociale. Il aborde la problématique sous l'angle de l'organisation de la prise en charge des personnes âgées à domicile ou en institution.

(2011). "La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches." Dossiers Solidarité Et Santé (Drees)(18)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-solidarite-et-sante/article/la-vie-en-etablissement-d-hebergement-pour-personnes-agees-du-point-de-vue-des>

Le recueil du point de vue de l'utilisateur a été privilégié, il a été complété par l'interrogation d'un proche. Près de 60% des résidents sont en mesure de décrire leurs conditions de vie et que plus de 80% d'entre eux ont une personne (famille ou ami) qui leur rend visite régulièrement. La majorité des résidents recevaient une aide à domicile avant d'intégrer un établissement en raison essentiellement de leur état de santé. Les trois quarts indiquent avoir bien vécu (plutôt bien ou très bien) leur entrée dans l'établissement et plus de huit résidents sur dix y vivent bien au moment de l'enquête.

Bien vivre son entrée en établissement apparaît comme déterminant dans le fait de bien y vivre ensuite. Ce degré de satisfaction est pratiquement du même ordre lorsqu'il est apprécié par les proches. Les articles de ce dossier vont au-delà de ce constat global en analysant les divers aspects de la vie en établissement et en mettant en avant ceux qui influent le plus sur le sentiment de bien-être ou au contraire d'insatisfaction.

Perrin-Hayne, J. (2010). "Les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2007." Série Statistiques - Document de Travail - Drees(142)
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat142-2.pdf>

L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) 2007 recueille des informations sur l'activité des établissements médico-sociaux accueillant les personnes âgées, ainsi que sur le personnel qui y travaille et les personnes âgées qui y résident. Elle apporte ainsi de nombreux éléments d'analyse sur les caractéristiques et les moyens de ces établissements (effectifs et qualifications des personnels, âge et niveau de dépendance des résidents, etc.), et comporte des questions sur le bâti (confort, accessibilité, sécurité) ainsi que sur la pathologie et la morbidité des résidents. Sont présentés dans ce document de travail, les résultats qui portent sur l'activité, le personnel et la clientèle des établissements EHPA.

Prevot, J. et Weber, A. (2010). "Participation et choix des personnes âgées vivant en institution." Retraite Et Société(59): 181-193

L'enquête réalisée auprès des résidents en Ehpa (établissement d'hébergement pour personnes âgées) en 2007 permet, à travers un certain nombre de questions posées au résident et à partir d'informations fournies par le responsable d'établissement sur le fonctionnement de son établissement, de rendre compte des possibilités offertes au résident de maintenir son pouvoir de décision et d'exprimer ses préférences au quotidien au sein de l'institution et de la façon dont il s'en saisit. Les différents thèmes explorés portent sur l'information donnée aux résidents à leur entrée en établissement concernant leurs droits, leurs devoirs ainsi que les instances auprès desquelles ils peuvent s'exprimer. Aussi, sont étudiés les choix qui leur sont possibles et comment sont préservées leur intimité dans les moments qui scandent la vie quotidienne, particulièrement en termes de restauration, de soins personnels et de déplacements. (intro.).

Branchu, C., et al. (2009). État des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Paris La documentation Française
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000473/index.shtml>

Le présent rapport, consacré à un état des lieux relatif aux coûts mis à la charge de la personne âgée ou de sa famille en cas de séjour en établissement, est issu d'une mission d'enquête décidée dans le cadre du programme de travail que l'IGAS a adopté pour 2009. Le premier chapitre rend compte de l'ensemble des informations recueillies au cours des déplacements effectués dans les quatre départements enquêtés et, plus précisément, dans 17 établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 3 unités de soins de longue durée (USLD). Compte tenu des informations recueillies, le second chapitre identifie les principales problématiques du système (niveau du montant mis à la charge du résident, coût et contenu de la prestation, etc.). Le dernier chapitre vise à fournir quelques éléments de réponse à deux questions susceptibles, selon l'IGAS, de faire débat à l'avenir : quels leviers seraient activables pour réduire les coûts laissés à la charge des résidents ou de leur entourage (familles et/ou obligés alimentaires) ? Le coût du séjour en EHPAD peut-il évoluer sous la pression d'un rapport différent entre l'offre et la demande ? Le rapport est accompagné de nombreuses annexes qui récapitulent notamment les informations recueillies à l'échelle locale.

Prevot, J. (2009). "Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007." *Études Et Résultats (Drees)*(699)
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er699.pdf>

Fin 2007, 657 000 personnes vivent dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA). Les trois quarts de ces résidents sont accueillis dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les personnes qui séjournent en EHPA sont un peu plus âgées qu'en 2003 (84 ans et 2 mois en moyenne). Au total, trois quarts sont des femmes. Au-delà de 69 ans, celles-ci sont majoritaires et l'écart s'accroît avec l'âge. En 2007, 230 000 personnes sont entrées en EHPA, dont 38 000 sur des places d'hébergement temporaire. On enregistre également près de 230 000 sorties définitives. Les décès représentent 60% des sorties de l'année, les trois quarts étant survenus en établissement et les autres au cours d'une hospitalisation. En 2007, la durée moyenne de séjour (2 ans et 6 mois) est légèrement inférieure à celle de 2003. C'est dans les logements-foyers non-EHPAD que les personnes âgées restent le plus longtemps. Dans les unités de soins de longue durée (USLD) et dans les établissements privés à but lucratif, les personnes âgées restent le moins longtemps. La clientèle des EHPA est de plus en plus dépendante. Ainsi, 84% des résidents sont considérés comme dépendants (GIR 1 à 4) fin 2007 et la moitié comme très dépendants (GIR 1 et 2).

Prevot, J. (2009). "L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007." *Études Et Résultats (Drees)*(689): 8.
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er689.pdf>

Au 31 décembre 2007, les 10 300 établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) proposent 684 000 places et accueillent 657 000 résidents, soit un taux global d'occupation de 96% et un taux d'équipement moyen de 127 places pour 1 000 personnes de plus de 75 ans et plus. En application de la réforme de la tarification, tous les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes deviennent progressivement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Ceux-ci sont en 2007, 6 850 (67% du total) pour 515 000 places (75% du total).

(2008). Etude sur le marché de l'offre de soins, d'hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes. Paris Sénat: 71.

<http://www.senat.fr/commission/missions/Dependance/etude.pdf>

La mission sénatoriale d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque, que préside Philippe Marini (UMP - Oise) et dont le rapporteur est Alain Vasselle (UMP - Oise), vient de rendre publique une étude qu'elle a commandé à Ernst & Young, sur le marché de l'offre de soins, hébergement et de services destinés aux personnes âgées dépendantes. L'étude constate le poids croissant du secteur privé lucratif porté par un mouvement de concentration à côté d'un secteur privé non lucratif toujours prédominant au sein du secteur privé, mais qui perd des parts de marché. Ernst & Young prévoit la création de groupes exhaustifs maîtrisant tous les chaînons de l'offre, du service à la personne à hébergement médicalisé. Aujourd'hui, la perte d'autonomie à des stades plus ou moins avancés concerne ainsi près de 9 personnes sur 10 vivant en maison de retraite ou en unité de soins de longue durée, avec souvent un cumul de problèmes physiques et psychiques touchant la faculté de réaliser des gestes de la vie courante et les capacités d'orientation ou de cohérence. Les maisons de retraite, futures EHPAD, répondent et répondront donc de plus en plus à l'urgence médicale et sociale, ce qui pose la question de la mixité des établissements et du déficit d'offre à destination du « 3e âge » valide.

Bui Quang, H. et Bui-Quang, M. (2008). Les coûts des maisons de retraite, Paris : L'Harmattan

Cet ouvrage s'intéresse à la structure des coûts des institutions pour personnes âgées par une triple approche, descriptive, normative et analytique. Il s'organise en quatre parties. La première abordera l'évolution du cadre juridique des structures d'accueil des personnes âgées : des hospices aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La deuxième partie mettra en avant la typologie des coûts ainsi que leur utilisation comme critères de planification, de contrôle et de calcul budgétaire. La troisième partie montrera les limites dans l'utilisation du calcul des coûts complets et de sa variance, l'imputation rationnelle. La dernière partie conduira à une réflexion vers une gestion pertinente en comparant les modalités de calcul des coûts en France et en Grande Bretagne.

Mantovani, J., et al. (2008). "Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile." Série Études Et Recherche - Document de Travail - Drees(83)

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud83.pdf>

Cette étude multi sites a été réalisée dans six départements métropolitains aux caractéristiques contrastées, et a mobilisé un collectif inter régional de recherche. Elle s'est centrée sur deux types de situations : de personnes ayant récemment intégré une structure d'hébergement spécifique, et de personnes considérées au moment de l'enquête par les acteurs en charge de leur accompagnement, comme se situant "en limite" de maintien à domicile.

Mouquet, M.-C. et Oberlin, P. (2008). "L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010,2020,2030." Études Et Résultats (Drees)(654)

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er654.pdf>

L'analyse des hospitalisations en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique (MCO) des années récentes révèle que le nombre de journées a baissé entre 1998 et 2004. Pourtant, la prise en compte de la seule évolution démographique observée durant cette période aurait conduit à son augmentation. L'étude prospective indique qu'il existe des marges d'action importantes. Le vieillissement de la population ne conduit pas inéluctablement à augmenter l'offre hospitalière en MCO, même si les patients âgés les plus fragiles nécessiteront toujours une prise en charge par des structures hospitalières lourdes.

Picheral, H. (2008). L'hébergement des personnes âgées en France. Recherche sur le système de santé : 2005-2007, Saint-Etienne : EN3S

Cette recherche répond à une des priorités actuelles de la santé publique : adapter dans le futur l'offre de soins aux besoins d'une population vieillissante en France Elle procède tout d'abord à une sorte d'état des lieux de la situation actuelle (2005), puis cherche à évaluer les besoins hébergement collectif à l'échelle départementale, en métropole et dans les départements d'outre-mer. Il s'agit bien d'anticiper à dix et quinze ans le volume probable de la demande en prolongeant les tendances récentes.

Coquillion, M. (2007). "L'impact de l'allongement de la durée de vie sur les systèmes d'aides et de soins." Avis Et Rapports Du Conseil Economique Et Social(18): 78.

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/074000615/0000.pdf>

L'allongement de la durée de la vie est une caractéristique positive de notre société qui pose cependant des défis majeurs à la solidarité entre les générations, à l'organisation

médicale, sociale et familiale. Le Conseil économique et social formule, dans cet avis, un certain nombre de propositions relatives à la prévention de la dépendance, à la recherche sur les maladies neurodégénératives, aux conditions d'hospitalisation des personnes âgées, à leur maintien à domicile et enfin au pilotage de la prise en charge de la dépendance.

Prévôt, J., et al. (2007). "Les établissements d'hébergement pour personnes âgées : activité et personnel au 31 décembre 2003." *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*(106)
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/article/les-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-activite-et-personnel-au>

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) regroupent l'ensemble des établissements médico-sociaux ou de santé qui reçoivent des personnes âgées pour un accueil permanent, temporaire, de jour ou de nuit. Les maisons de retraite : ce sont des lieux d'hébergement collectif qui assurent une prise en charge globale de la personne, incluant l'hébergement en chambre (ou en logement), les repas et divers services spécifiques. Les maisons de retraite des hôpitaux proposent le même type d'hébergement tout en étant rattachées à un hôpital public. Les logements-foyers : ce sont des groupes de logements autonomes (parfois aussi des chambres) assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif. Les unités de soins de longue durée (USLD) : constituent les structures les plus médicalisées et sont destinées aux personnes les plus dépendantes. Les résidences d'hébergement temporaire : elles permettent à la personne âgée de faire face à des difficultés passagères telles que l'absence momentanée de la famille, l'isolement, la convalescence ou encore l'inadaptation du logement en hiver. Les établissements expérimentaux : accueillent un nombre limité de résidents ; ils sont proches du domicile des personnes âgées et ont un projet thérapeutique visant à stimuler les capacités d'autonomie des personnes. Les hospices : ils hébergent des personnes âgées ou invalides et des personnes handicapées et leur assure, le cas échéant, les soins nécessaires. En application de la loi du 30 juin 1975 modifiée, cette catégorie d'établissements disparaît par transformation en maisons de retraites, services de soins longue durée et, pour les personnes handicapées, en foyers de vie ou maisons d'accueil spécialisées.

Henrard, J. C. (2006). "Le dispositif institutionnel d'aide et de soins aux personnes âgées." *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*(5-6)
http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=2275

Les déclinés de mortalité après 60 ans, observés depuis les années 1950, et après 75 ans, depuis les années 1970, sont responsables du considérable accroissement des personnes âgées de 80/85 ans et plus. Ce vieillissement de la population âgée a donné lieu à une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques

dégénératives dont les conséquences s'ajoutent aux effets de la sénescence pour donner lieu à des incapacités fonctionnelles et des handicaps. Il en a résulté des demandes accrues auprès des services de soins et des services sociaux. Il a fallu en outre, adapter les institutions d'hébergement au vieillissement de leurs pensionnaires (l'âge moyen d'entrée est aujourd'hui de 83 ans). Enfin, la création de nouvelles prestations et services d'aide et de soins pour remédier aux situations de dépendance pour les actes essentiels de la vie s'est avérée nécessaire. L'augmentation des personnes âgées dites dépendantes s'accroîtra dans les vingt prochaines années accentuant le défi posé au système sanitaire et social pour y faire face. (Introduction).

Le Bouler, S. (2006). Personnes âgées dépendantes : bâtir le scénario du libre choix : second rapport de la mission "Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes". *Rapports et documents ; 2*. Paris Centre d'Analyse Stratégique
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/064000526/index.shtml>

Le présent document correspond au second rapport de la mission "Prospective des équipements et services pour les personnes âgées dépendantes" conduite par Stéphane Le Bouler. Quatre axes sont développés dans ce rapport : diversité de l'offre et possibilités d'intégration, quantification du nombre de places aux différentes échéances 2010, 2015 et 2025, accessibilité financière, évaluation budgétaire et dispositifs de financement, répartition territoriale.

Renaut, S. (2006). "Modes de vie et besoin d'aide après 75 ans : données comparées en 1989 et 1999." *Retraite Et Société*(49): 121-141
<https://www.cairn.info/revue-retraite-et-societe.htm>

Deux enquêtes menées en 1989 et 1999, les données comparées pour les personnes de 75 ans et plus vivant à domicile et en institution montrent que les gains de mortalité aux âges élevés conduisent à vivre beaucoup plus longtemps en couple au temps de la retraite. Les établissements accueillant des résidents de plus en plus handicapés, la structure de la population hébergée se modifie pour se concentrer sur le grand âge. À domicile, en 1989 comme en 1999, 80% des personnes de 75 ans et plus confrontées à une perte d'autonomie mobilisent leur entourage pour les activités quotidiennes. Néanmoins, les services professionnels associés à cette aide profane ont progressé sur la période. En dix ans, le rôle et la place des hommes dans la production de soins se sont modifiés, le taux d'intervention des conjoints a été multiplié par deux et la pression exercée sur les enfants est moins forte, en particulier pour les filles. Globalement, sur la période, professionnels et proches sont moins mobilisés auprès de la population étudiée, néanmoins, ils le sont tout autant, voire davantage, auprès de ceux qui en ont le plus besoin. Ces résultats, en confirmant l'interdépendance des aides professionnelles et profanes, posent la question de leur évolution dans le temps, face à des besoins qui, s'ils se manifestent plus tardivement, sont susceptibles de se prolonger plus longtemps

et concernent dans l'avenir des générations nombreuses, au contraire des générations creuses d'aujourd'hui (Résumé d'auteur).

Tugores, F. (2006). "La clientèle des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Situation au 31 décembre 2003." *Études Et Résultats*(485)
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-clientele-des-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees-situation-au>

Fin 2003, 644 000 personnes vivaient en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), soit 7% de plus qu'en 1994. 84% d'entre elles étaient âgées de 75 ans ou plus. En 10 ans, l'âge moyen des personnes accueillies est passé de moins de 82 ans à plus de 83 ans, notamment en raison d'une entrée en établissement de plus en plus tardive. La proportion de personnes dépendantes dès l'entrée en institution est également en forte progression. La perte d'autonomie concerne globalement près de neuf personnes sur dix vivant en maison de retraite ou en unité de soins longue durée, avec souvent un cumul de problèmes physiques et psychiques touchant la faculté de réaliser des gestes de la vie courante et les capacités d'orientation ou de cohérence. Sur la même période, la durée moyenne de séjour en EHPA tend à s'allonger. Elle était en 2003 d'un peu moins de 3 ans pour les personnes sorties d'un établissement, soit 4 mois de plus qu'en 1994.

À l'étranger

(2016). Discharging older patients from hospital. Londres NAO
<https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2015/12/Discharging-older-patients-from-hospital.pdf>

There are currently far too many older people in hospitals who do not need to be there. Without radical action, this problem will worsen and add further financial strain to the NHS and local government. This report examines how effectively the health and social care system is managing the discharge of older patients from hospital, in particular: the scale of delays that older patients experience in hospital ; the extent to which health and social care providers are adopting good practice in discharging older patients and barriers to local health and social care systems working effectively.

Humphries, R., et al. (2016). Social care for older people. Home truths. Londres King's Fund Institute
<http://www.kingsfund.org.uk/publications/social-care-older-people>

This report looks at the current state of social care services for older people in England, through a combination of national data and interviews with local authorities, NHS and private providers, Healthwatch and other groups. It considers the impact of cuts in local authority spending on social care providers and on older people, their families and carers. Alongside this work, we were commissioned by the Richmond Group of Charities to interview older people about their experiences of social care.

Borsch-Supan, A. é., et al. (2015). Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society, Berlin : Degruyter

<http://www.degruyter.com/view/product/462442>

SHARE is an international survey designed to answer the societal challenges that face us due to rapid population ageing. How do we Europeans age? How will we do economically, socially and healthwise? How are these domains interrelated? The authors of this multidisciplinary book have taken a further big step towards answering these questions based on the recent SHARE data in order to support policies for an inclusive society.

Brown, K. (2015). Older Adults: Federal Strategy Needed to Help Ensure Efficient and Effective Delivery of Home and Community-Based Services and Supports. Washington GAO

<http://www.gao.gov/assets/680/670306.pdf>

Research has shown that many older adults would prefer to maintain their independence and ties to the community as they age, and their ability to remain in their homes and communities often depends on the availability of a local system of home and community-based services (HCBS). Other supports can also play a critical role in maximizing the independence of older adults. The federal government and state and local agencies play an important role in helping to ensure that HCBS and related supports are available to older adults. The Older Americans Act of 1965 creates a leadership role for the federal government in developing a system of HCBS for older adults. The act requires the Administration on Aging (AoA), within the Department of Health and Human Services (HHS), to promote and support a comprehensive system of HCBS and related supports by providing funding and technical assistance to states and local agencies involved in planning and delivering these services and supports.⁴ It also requires AoA to facilitate the provision of such services and supports in coordination with the Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) and other federal entities. This report addresses federal programs that fund HCBS and supports for older adults, in particular in-home and nutrition services, affordable housing, and transportation, how HCBS and supports are planned and delivered in selected localities, and agencies' efforts to promote a coordinated federal system of HCBS for older adults.

Tessier, A. (2015). L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Rapport et annexes. Montréal I.N.E.S.S.S.

<https://www.inesss.qc.ca/nc/publications/publications/publication/lautonomisation-des-personnes-en-perde-dautonomie-liee-au-veillissement.html>

Le Québec est le deuxième endroit au monde, après le Japon, où la population vieillit le plus rapidement. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), il y a un risque réel de voir une véritable explosion des besoins en soins de longue durée. De nouvelles pratiques en matière de soutien à domicile doivent être considérées en vue de relever les défis soulevés par le vieillissement de la population. Certains pays ont intégré l'autonomisation dans leur offre de service de soutien à domicile. L'autonomisation est intéressante, car elle a le potentiel de permettre des économies tout en répondant aux désirs de la population de vieillir à domicile. L'objectif est d'augmenter l'autonomie à court terme et de prévenir ou retarder la perte de capacités. L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a produit le présent avis après avoir évalué la pertinence d'introduire, au Québec, l'autonomisation dans l'offre de service de soutien à domicile en répondant aux trois questions suivantes :

L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement est-elle efficace? Quelles sont les grandes caractéristiques de l'autonomisation dans les pays où elle est déjà implantée? Quelles seraient les possibles conséquences, pour le Québec, d'intégrer l'autonomisation à l'offre de service de soutien à domicile destinée aux personnes en perte d'autonomie?

(2014). Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society Report jointly prepared by the Social Protection Committee and the European Commission. Luxembourg Publications Office of the European Union

<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12808&langId=en>

This report examines to what extent innovative approaches to social protection against the risk of long-term care dependency - such as prevention, rehabilitation and support for the independent living of frail older people - can help EU Member States ensure that adequate provisions for long-term care needs can be organised in a sustainable way even at the height of population ageing. It argues that national policy makers should move from the present primarily reactive to an increasingly proactive policy approach seeking both to prevent the loss of autonomy and thus reduce care demand, and to boost efficient, cost-effective care provision. Published by the Social Protection Committee (SPC), the report identifies promising innovative approaches around the EU and suggests how the Union can support the efforts of Member States by facilitating the exchange of best practices, by researching and testing new solutions and fostering technical and social innovation (résumé de l'éditeur).

Mor, V. é., et al. (2014). Regulating long-term care quality : an international comparison, Cambridge : Cambridge University Press

<http://www.cambridge.org/gb/academic/subjects/economics/public-economics-and-public-policy/regulating-long-term-care-quality-international-comparison>

The number of elderly people relying on formal long-term care services is dramatically increasing year after year, and the challenge of ensuring the quality and financial stability of care provision is one faced by governments in both the developed and developing world. This edited book is the first to provide a comprehensive international survey of long-term care provision and regulation, built around a series of case studies from Europe, North America and Asia. The analytical framework allows the different approaches that countries have adopted to be compared side by side and readers are encouraged to consider which quality assurance approaches might best meet their own country's needs. Wider issues underpinning the need to regulate the quality of long-term care are also discussed. This timely book is a valuable resource for policymakers working in the health care sector, researchers and students taking graduate courses on health policy and management (4e de couverture).

Oliver, D., et al. (2014). Making our health and care systems fit for an ageing population. Londres The King's Fund

<http://www.kingsfund.org.uk/publications/making-our-health-and-care-systems-fit-ageing-population>

Our fragmented health and care system is not meeting the needs of older people, who are most likely to suffer problems with co-ordination of care and delays in transitions between services. This report sets out a framework and tools to help local service leaders improve the care they provide for older people across nine key components (résumé de l'éditeur).

Leichsenring, K. é., et al. (2013). Long-term care in Europe : improving policy and practice, Basingstoke : Palgrave Macmillan

This book challenges the prevailing discourse centred on the problems of demographic change and long-term care provision for older people by focusing on solutions emerging from progression and improvement in policy and practice. Building on ample research in 13 European countries, evidence is provided for how the construction of long-term care systems can be taken forward by practitioners, policy-makers and stakeholder organizations. By focusing on prevention and rehabilitation, the support of informal care, the enhancement of quality development as well as by decent governance and financing mechanisms for long-term care, stakeholders may learn from European experiences and solutions on the local, regional and national levels (4e de couverture).

Degrave, F. c. et Nyssen, M. c. (2012). Care regimes on the move. Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy. Charleroi Université Catholique de Louvain

The objective of this research is to study the responses of European states to the need for home care, starting from the reforms they have undertaken in this field over the past two decades. It also aims to identify the patterns of evolution of contemporary regimes of care in the light of these recent changes and, more specifically, in the context of growing marketisation. Our general hypothesis is that the trend of marketisation has had a differentiated impact on national care regimes.

Geerts, J., et al. (2012). Long-term care use and supply in Europe : projections for Germany, The Netherlands, Spain and Poland. ENEPRI Research Reports, n°116. Bruxelles ENEPRI
<https://www.ceps.eu/publications/long-term-care-use-and-supply-europe-projection-models-and-results-germany-netherlands>

This report presents results of projections of use and supply of long-term care for older persons in four countries representative of different long-term care systems: Germany, the Netherlands, Spain and Poland. Using a standardised methodology, the projections show that between 2010 and 2060, the numbers of users of residential care, formal home care and informal care are projected to increase in all countries, but at different rates. The results also indicate that if current patterns of care use and supply prevail, supply of informal and formal care is likely to fall behind demand. Measures to increase LTC capacity will be needed in all countries; the key policy implications of these findings are discussed in Policy Brief No. 12 in this series.

Genet, N. é., et al. (2012). Home care across Europe : current structure and future challenges, Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf

S'il y a, aujourd'hui, dans l'Union européenne, quatre personnes actives pour chaque personne âgée de plus de 65 ans, il n'y en aura plus que deux en 2050. La demande de soins de longue durée, et les soins à domicile occupent une place importante à cet égard, va inévitablement augmenter dans les décennies à venir. Cependant, et malgré l'ampleur du problème, les informations actualisées et comparatives sur les soins à domicile font défaut en Europe. Cet ouvrage tente de combler partiellement cette lacune en examinant la politique européenne existante sur les stratégies et les services de soins à domicile. Home care across Europe (Les soins à domicile en Europe) couvre un large éventail de sujets, notamment les liens entre les services sociaux et les systèmes de soins de santé, les mécanismes de financement actuels, le mode de paiement des prestataires, l'impact de la réglementation publique et les rôles complexes joués par les aidants ou soignants informels. S'appuyant sur une série

d'études de cas menées à l'échelle européenne (disponibles dans un second volume publié en ligne), l'ouvrage fournit des informations descriptives et comparables sur de nombreux aspects de l'organisation, du financement et de la prestation des soins à domicile sur tout le continent. Il permettra d'encadrer le débat à venir sur la meilleure façon de servir les citoyens âgés alors que la population européenne vieillit. Cette étude découle du projet EURHOMAP mené entre 2008 et 2010.

Naiditch, M., et al. (2012). Home care across Europe : case studies, Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Home-care-across-Europe-case-studies.pdf>

Cet ouvrage constitue le volume 2 de l'étude EURHOMAP mené entre 2008 et 2010 sur les soins à domicile dans les pays de l'Union européenne. Coordonnée par le Nivel (Institut de recherche néerlandais sur les systèmes de santé), elle rassemble les études de cas réalisées par pays avec la contribution d'experts du domaine.

Naiditch, M., et al. (2012). Home care across Europe. Current structure and future challenges, Copenhague : OMS Bureau régional de l'Europe

<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/home-care-across-europe.-current-structure-and-future-challenges-2012>

For every person over the age of 65 in today's European Union, there are four people of working age but, by 2050, there will only be two. Demand for long-term care, of which home care forms a significant part, will inevitably increase in the decades to come. Despite the importance of the issue, however, up-to-date and comparative information on home care in Europe is lacking. This book attempts to fill some of that gap by examining current European policy on home care services and strategies. This report probes a wide range of topics including the links between social services and health-care systems, the prevailing funding mechanisms, how service providers are paid, the impact of governmental regulation, and the complex roles played by informal caregivers. Drawing on a set of Europe-wide case studies (available in a second, online volume), the study provides comparable descriptive information on many aspects of the organization, financing and provision of home care across the continent. It is a text that will help frame the coming debate about how best to serve elderly citizens as European populations age.

Rodrigues, R., et al. (2012). Facts and figures on healthy ageing and long-term care. Europe and North America. Policy brief. Vienne The European Centre for Social Welfare Policy and Research

<https://www.euro.centre.org/publications/detail/403>

The second edition of Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care provides information on the ageing phenomenon across the UNECE region. It covers data and

information on demography, social situation of older people, health, informal care, migrant care workers, public long-term care policies and expenditure for the countries of the UNECE.

Schulz, E. (2012). Determinants of institutional long-term care in Germany. ENEPRI Research Reports, n°115. Bruxelles ENEPRI
http://www.ancien-longtermcare.eu/sites/default/files/RRNo115_ANCIENWP6_SchulzDeterminantsofLTCinGermany.pdf

In Germany the majority of people in need of care are living at home with the help of their family and/or professional carers. Admission into a nursing is seen as the last step. Caregiving in nursing homes is required if caregiving at home is not possible due to the absence of an informal carer or cannot be provided to the required degree, in particular if the recipient suffers from mental illnesses or if around-the-clock-care and advice is required. Residents in nursing homes are therefore on average older than people living at home, the share of females is higher and the level of dependency is also higher. Underlying diseases have a significant influence on nursing home admissions, in particular dementia, Parkinson`s disease, stroke and malignant tumours.

Shelburne, R. C. et Trentini, C. (2012). Ensuring a society for all ages : promoting quality of life and active ageing . Synthesis Report on the implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing in the UNECE Region. Genève UNECE
http://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Ministerial_Conference_Vienna/Documents/Synthesis_report_complete_final.pdf

La Conférence ministérielle de l'UNECE, tenue du 18 au 20 septembre 2012 à Vienne, a conclu par l'adoption d'une déclaration ministérielle qui décrit les priorités pour le troisième cycle de l'implantation du Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement. Parmi les objectifs politiques pour 2017 : encourager l'allongement de la vie active; promouvoir la participation, l'inclusion et la non-discrimination sociales; insister sur l'importance de la dignité, de la santé et de l'autonomie; renforcer la solidarité entre les générations.

Columbo, F. (2011). Help wanted : providing and paying for long term care. Paris OCDE
<http://www.oecd.org/els/health-systems/help-wanted-9789264097759-en.htm>

Au moment où l'espérance de vie approche des 80 ans pour les hommes et dépasse nettement cet âge pour les femmes, la population est de plus en plus nombreuse à vouloir vivre pleinement aussi longtemps que possible. Comment l'évolution démographique et les tendances du marché du travail vont-elles peser sur l'offre des proches, de l'entourage, et des travailleurs susceptibles d'assumer une prise en charge ?

Pouvons-nous compter sur les seuls aidants familiaux pour soutenir les seniors dépendants ? Faut-il mieux épauler les aidants familiaux, et de quelle manière ? Sommes-nous en mesure d'attirer et de fidéliser la main-d'œuvre nécessaire, et s'agit-il seulement de mieux la rétribuer ? Les finances publiques seront-elles menacées par le coût de la prise en charge future de la dépendance ? Quel équilibre doit-on rechercher entre implication privée et soutien public de cette prise en charge de longue durée ? Une meilleure efficacité des services afférents peut-elle abaisser les coûts.

Costa-Font, J. é. (2011). *Reforming long-term care in Europe*, Chichester : Wiley-Blackwell
<http://eu.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-1444338730.html>

This book offers the most up-to-date analysis of the features and developments of long-term care in Europe. Each chapter focuses on a key question in the policy debate in each country and offers a description and analysis of each system. It also offers the very latest analysis of long-term care reform agendas in Europe and compares countries comparatively less studied with the experiences of reform in Germany, the United Kingdom, the Netherlands and Sweden.

Riedel, M. et Kraus, M. (2011). The organisation of formal long-term care for the elderly: Results from the 21 European country studies in the ANCIEN Project. *ENEPRI Research Reports, n°95*. Bruxelles ENEPRI
<http://www.ceps.eu/system/files/book/2011/11/RR%20No%2095%20 ANCIEN %20Organisatio n%20of%20Formal%20LTC.pdf>

This report investigates the organisation and provision of long-term care for the elderly population in 21 member states of the European Union, thus including both old as well as new member states. It highlights several aspects regulating long-term care systems, e.g. which level of government is responsible for regulation or for capacity-planning and how access to services is organised. It further elaborates on public and private provision of services, and on the possibility of persons in need of care to choose between different care providers or different settings of care.

Van Den Bosch. K., et al. (2011). Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : Projections 2011-2025. Bruxelles KCE.
http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_167B_soins_residentiels_en_Belgique.pdf

D'ici 15 ans, 1 belge sur 5 aura plus de 65 ans, et presque 3% de la population sera âgée de plus de 85 ans. Ayant à l'œil le vieillissement de la population, les décideurs politiques ont demandé au Centre Fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) une estimation scientifique du nombre de lits nécessaires dans les maisons de repos au cours des 15 prochaines années. Grâce à la collaboration avec le Bureau fédéral du Plan,

un modèle de projection a été développé. Les estimations réalisées indiquent que le nombre total de lits nécessaires à l'horizon 2025 est compris dans une fourchette allant de 149.000 à 177.000 lits, soit une augmentation annuelle de 1.600 à 3.500 lits supplémentaires selon les scénarios. La limite inférieure de 149.000 lits n'est toutefois suffisante que si l'offre de soins à domicile augmentait de 50% au-delà du développement requis par le vieillissement. Les 15 prochaines années doivent être considérées comme une période de grâce. Après 2025, la demande sera plus forte encore.

Fujisawa, R. et Colombo, F. (2009). The long term-term care workforce overview and strategies to adapt supply to a growing demand. *OECD Health Working Paper; 44*. Paris OCDE
<http://puck.sourceoecd.org/vl=7084615/cl=11/nw=1/rpsv/cgi-bin/wppdf?file=5ksm372j0xkl.pdf>

Dans le contexte du vieillissement des sociétés, l'importance des soins de longue durée va se développer dans tous les pays de l'OCDE. Ce document de travail présente une vue d'ensemble sur les travailleurs du secteur des soins de longue durée (SLD) et passe en revue les réponses des pays à l'accroissement de la demande de travailleurs des SLD.

Martin, C., et al. (2008). Comment comparer les politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes en Europe ? In : Où va la protection sociale ?, Paris : Presses Universitaires de France: 289-311.

(2007). Long-term care in the European Union. Bruxelles Communauté européenne
http://ec.europa.eu/employment_social/news/2008/apr/long_term_care_en.pdf

Ce rapport analyse les principaux problèmes auxquels les États membres sont confrontés en matière de soins de longue durée ainsi que les stratégies qu'ils ont adoptées pour les résoudre, et présente des solutions envisageables. Il se fonde sur les rapports nationaux élaborés dans le contexte du dispositif mis en place par l'Union pour la fixation d'objectifs, l'évaluation et l'élaboration de rapports en commun dans le domaine de la protection et de l'inclusion sociales ? Plus connu sous le nom de «méthode ouverte de coordination». Selon le rapport, les gouvernements nationaux font principalement face aux défis suivants : garantir l'accès de tous aux soins de longue durée, assurer le financement des soins de longue durée grâce à une combinaison judicieuse de ressources publiques et privées et à d'éventuelles modifications des mécanismes de financement, améliorer la coordination entre les services sociaux et médicaux, qui interviennent souvent dans la prestation de soins de longue durée, encourager le développement des soins à domicile ou de proximité au lieu des soins en institution, afin de permettre aux personnes dépendantes de rester chez elles aussi longtemps que possible, améliorer les modalités de recrutement et les conditions de travail des prestataires de soins formels et soutenir les prestataires de soins informels.

Burau, V., et al. (2007). Governing home care : a cross-national comparison, Cheltenham : Edward Elgar Publishing Limited

Care of the elderly in their own homes has increasingly come into the focus of contemporary welfare policies and raises important questions about the governance of welfare in general. By taking a comparative and thematic approach, this interesting and timely book offers a comprehensive analysis of the principal issues surrounding the governance of home care. The analysis presented systematically maps out governing arrangements in relation to formal and informal care services, informal care, care workers and users of care across nine countries. The authors explore the ways in which country specific contexts shape governing arrangements and bring together insights from social care and public policy literature, two different yet complementary theoretical perspectives. Combining social care and public policy, *Governing Home Care* will be of great interest to scholars and postgraduate students and researchers of comparative social and public policy, as well as gender studies with particular interest in health policy, welfare state policies, family studies, and the sociology of caring and ageing.

Huber, M., et al. (2005). Long-term care for older people, Paris : OCDE

Long-term care is a cross-cutting policy issue that brings together a range of services for persons who are dependent on help with basic activities of daily living. When the cohorts of the baby-boom generation will reach the oldest age groups over the next three decades, demand for long-term care will rise steeply. How do governments in OECD countries respond to this growing demand ? What has been done to improve access to long-term care, improve quality of services and make care affordable? Are there examples of successful strategies to improve the mix of services and policies to enable a larger number of older persons to stay in their homes ? And has this helped contain the costs of caring for the elderly ? This study reports on the latest trends in long-term care policies in nineteen OECD countries: Australia, Austria, Canada, Germany, Hungary, Ireland, Japan, Korea, Luxembourg, the Netherlands, New Zealand, Norway, Mexico, Poland, Spain, Sweden, Switzerland, the United Kingdom, and the United States. It studies lessons learned from countries that undertook major reforms over the past decade. Trends in expenditure, financing and the number of care recipients are analysed based on new data on cross-country differences. Special attention is given to experience with programmes that provide consumers of services with a choice of care options, including cash to family caregivers. Concise country profiles of long-term care systems and an overview on demography and living situations of older persons make this complex policy field more accessible.

Brodsky, J. é., et al. (2003). Long-term care in developing countries : ten case-studies, Genève : OMS

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562498.pdf>

This volume presents case-studies that examine the emerging needs and approaches to long-term care in ten developing countries: People's Republic of China, Costa Rica, Indonesia, Lebanon, Lithuania, Mexico, Republic of Korea, Sri Lanka, Thailand, and Ukraine. These countries represent different levels of economic development and different stages of the demographic and epidemiological transition. The case-studies were written by national health care experts, with the professional guidance and support of the JDC-Brookdale Institute and WHO.

AIDANTS INFORMELS

En France

Banens, M., Thomas, J. et Boukabza, C. (2019). "Le genre et l'aide familiale aux seniors dépendants." Revue française des affaires sociales(1): 115-131.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-115.htm>

L'aide familiale aux personnes âgées dépendantes a été décrite comme genrée – les femmes y prenant la plus grande part et mettant en œuvre des compétences dont les hommes, du moins en France, disposeraient moins souvent. Cet article se base sur l'enquête PEGASE (Poids et effets de genre dans l'aide aux seniors), basée sur des entretiens auprès d'aidants familiaux, associée à l'enquête CARE (Capacités, aides et ressources des seniors, DREES, 2015). L'aide semble toujours s'organiser autour d'un-e aidant-e principal-e beaucoup plus impliqué-e que les autres, le ou la conjoint-e en première ligne. Le caractère genré de l'aide conjugale apparaît alors davantage dans la façon dont elle est vécue que dans sa (mise en) pratique. L'aide prodiguée par les hommes (conjointes mais aussi fils) semble mieux vécue, car plus valorisée socialement et individuellement, que l'aide apportée par les femmes. L'aide filiale, en revanche, paraît nettement genrée : la désignation (ou l'autodésignation) de l'enfant aidant principal porte le plus souvent sur l'une des filles lorsqu'il y a fratrie, en lien avec l'histoire familiale des places de chacun-e-s. Le genre, jamais évoqué comme argument

de désignation, opère à travers des considérations de disponibilité et de proximité affective autant que géographique.

Bannerot, F., Leocadie, M. C. et Rothan-Tondeur, M. (2019). "Déterminants du recours au répit pour les proches aidants de malades atteints de démence." *Santé Publique* **31**(2): 277-286.
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2019-2-page-277.htm>

Introduction : L'évolution démographique et le vieillissement de la population concourent à l'augmentation des maladies d'Alzheimer ou apparentées. Encouragé par les politiques de santé, le maintien à domicile des patients souffrant de ces pathologies est souvent dépendant de la contribution de proches aidants. L'exigence de ce rôle peut fragiliser les personnes concernées et favoriser chez elles l'apparition d'un sentiment de fardeau nécessitant le recours à des périodes de répit. Étude ancillaire d'un programme de recherche mené sur l'agglomération de Genève, notre travail vise à caractériser les déterminants d'un recours aux dispositifs de répit pour les proches aidants de patients atteints de démence, Méthode : Recherche qualitative, menée par la méthode de focus groupes, auprès des proches aidants de patients atteints de démence. Trois focus groupes ont été menés, avec 12 participants dans les agglomérations de Genève (Suisse) et Rouen (France). Résultats : Notre étude relève la concomitance de l'évolution des troubles de la personne aidée et l'émergence d'un sentiment de fardeau chez l'aidant, lié à la durée et l'intensité de l'aide prodiguée. Nos résultats permettent de distinguer les déterminants d'un recours aux dispositifs de répit qui dépendent de l'aidant ou des institutions et d'en proposer une modélisation. Conclusion : Les dispositifs de répit doivent bénéficier d'une coordination et s'adapter aux exigences des bénéficiaires, en termes de format et de qualité, afin d'en faciliter le recours aux populations les plus fragiles et d'éviter qu'il ne soit trop tardif.

Bernard, X., Brunel, M., Couvert, N., et al. (2019). "Les proches aidants des seniors et leur ressenti sur l'aide apportée - Résultats des enquêtes « CARE » auprès des aidants (2015-2016)." *Dossiers De La Drees (Les)*(45)
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd45.pdf>

Ce dossier présente les résultats des volets « aidants » des enquêtes « CARE » auprès des seniors à domicile : il s'agit donc de la description de l'aide par les aidants eux-mêmes, et de leur ressenti sur cette aide. En France métropolitaine, 3,9 millions de proches aidants déclarés par une personne âgée de 60 ans ou plus vivant à domicile lui apportent une aide régulière, en raison de son âge ou d'un problème de santé, pour l'un au moins des trois grands types d'aides (vie quotidienne, soutien moral, aide financière ou matérielle). La moitié des proches aidants sont des enfants du senior, un quart sont des conjoints. Les conjoints et enfants des seniors représentent 8 proches aidants sur

10. Les seniors vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD, EHPA, USLD) sont également aidés par 720 000 proches aidants. La majorité des aidants des seniors vivant à domicile sont des femmes (59,5 %). Plus le lien familial avec la personne âgée aidée est fort, et moins la majorité de femmes est importante. Parmi les aidants qui cohabitent avec la personne aidée, conjoints et enfants cohabitants, on trouve ainsi presque autant d'hommes que de femmes. Par ailleurs, la relation d'aide s'inscrit le plus souvent dans une situation de proximité géographique. En effet, la plupart des aidants habitent à proximité immédiate du senior puisque les trois quarts des enfants aidants qui ne cohabitent pas avec le senior habitent à moins de 30 km et à moins de 40 minutes du domicile du senior. Les enfants cohabitants connaissent une situation de vie plus défavorable que les enfants non cohabitants. Ils sont moins souvent en couple (26 % contre 71 % des enfants non cohabitants), 62 % sont sans enfants (contre 18 % chez les enfants non cohabitants). Ce phénomène touche principalement les hommes (74 % des hommes cohabitants avec leur parent aidé n'ont pas d'enfants, contre 51 % des femmes). La situation sur le marché de l'emploi est également défavorable aux enfants cohabitants : ils sont ainsi plus souvent au chômage (12 %) et inactifs pour cause d'invalidité (9 %) que les enfants non cohabitants (7 % et 3 % respectivement). Le nombre total de proches aidants est relativement stable selon l'âge de la personne aidée pour les seniors âgés de moins de 75 ans. Il augmente ensuite jusqu'à 85 ans, avant de diminuer aux grands âges, âges auxquels la dépendance accrue suscite des départs en institution, et auxquels les seniors aidés sont par ailleurs davantage exposés à la mortalité. Toutefois, le nombre de conjoints aidants est relativement stable auprès des seniors âgés de moins de 85 ans. L'augmentation du nombre d'aidants observée chez les seniors âgés de 75 ans à 85 ans correspond surtout à une intervention croissante des enfants. Les activités de la vie quotidienne les plus fréquemment déclarées sont les aides aux courses (62 %), aux démarches médicales (53 %), aides aux tâches administratives (43 %) et aides au bricolage (40 %). La participation aux aides à la vie quotidienne est très importante quelle que soit la catégorie d'aidants. Parmi l'ensemble des proches aidants, les aidants cohabitants – et a fortiori les enfants aidants qui cohabitent avec le senior – sont ceux qui sont impliqués dans le plus grand nombre d'aides à la vie quotidienne. L'aide apportée est genrée puisque toutes catégories d'aidants confondues, les femmes aident plus souvent pour le ménage (+6,9 points de pourcentage), la gestion administrative (+5,7) et pour se laver ou s'habiller (+4,5 points). Un peu moins d'un aidant sur deux (47 %) déclare au moins une conséquence négative de l'aide apportée au senior sur sa santé. Ces effets négatifs sont moins souvent déclarés lorsque le lien familial avec le senior est plus distant : le fait de déclarer au moins une conséquence négative sur la santé est plus fréquent parmi les aidants conjoints (64 %) que parmi les enfants cohabitants (45 %) ou non coha

Cheneau, A. (2019). "La diversité des formes d'aide et des répercussions de l'aide sur les aidants." *Revue française des affaires sociales*(1): 91-113.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-91.htm>

On dénombre 8,3 millions d'aidants de personnes de plus de 16 ans qui aident des personnes en situation de maladie ou de handicap (quel que soit leur âge) en France. Ces personnes, appelées aidants proches, ne présentent pas un profil unique. L'objectif de l'article est de mettre en évidence la diversité des formes d'aide et des effets de l'aide sur la vie professionnelle, la vie sociale, la situation économique et financière des aidants et sur leur santé. À partir des données issues de l'enquête Handicap-Santé 2008, nous établissons des groupes d'aidants en fonction de leur lien de proximité avec l'aidé et en fonction de l'âge de l'aidé puis nous analysons les formes d'aide et leurs répercussions. Les parents qui accompagnent un enfant jeune et, dans une moindre mesure, ceux qui s'occupent d'un enfant adulte sont les aidants qui aident le plus (en termes de nombre d'heures et de nombre de tâches d'aide) et ceux qui ressentent le plus les impacts négatifs de l'aide.

Charlap, C., Caradec, V., Chamahian, A., et al. (2019). "Être salarié et aider un proche âgé dépendant : droits sociaux et arrangements locaux." *Revue française des affaires sociales*(1): 181-198.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2019-1-page-181.htm>

Fondé sur une enquête qualitative auprès de trente-cinq aidants en emploi (ou récemment retraités) dont le proche âgé est atteint de troubles cognitifs et/ ou de déficiences motrices, cet article s'intéresse au « travail d'articulation » que ces aidants réalisent pour pouvoir effectuer l'ensemble des tâches auxquelles ils doivent faire face. Il porte, plus spécifiquement, sur le travail d'articulation qui prend place dans la sphère professionnelle et sur les ressources qu'il mobilise dans la gestion des temps. Ce travail d'articulation passe, d'une part, par le recours à des droits sociaux communs à tous les salariés (comme les congés payés ou les congés maladie) et, d'autre part, par des négociations et arrangements locaux, souvent assez peu officialisés. Ces assouplissements informels du contexte de travail engendrent de fortes inégalités entre les aidants car ils dépendent d'un ensemble de facteurs : les ressources dont dispose le salarié, l'attitude qu'il adopte face à l'organisation dans laquelle il travaille, les modes d'organisation du travail, l'attitude compréhensive ou indifférente de l'organisation à l'égard des aidants. Quant au dispositif de congé de proche aidant, il est mal connu et jugé inadapté.

De Bony, J., Giraud, O., Petiau, A., et al. (2019). Rémunérations et statut des aidant.e.s : Parcours, transactions familiales et types d'usage des dispositifs d'aide. Paris CNSA: 399.

<https://www.cnsa.fr/actualites-agenda/actualites/quelle-remuneration-et-quel-statut-pour-les-proches-aidants-de-personnes-en-perte-dautonomie-ou-en-situation-de-handicap>

Ce projet de recherche s'intéresse à la monétarisation de l'aide consentie par des proches à une personne en situation de handicap ou une personne âgée en perte d'autonomie, au titre de ce qui est couvert par les dispositifs publics d'accompagnement que sont la Prestation de compensation du handicap (PCH) et l'Allocation personnalisée d'autonomie. Précisément, il étudie différentes facettes de la monétarisation du travail d'aide consenti par les proches aidants, à la fois en ce qu'elle fait l'objet d'une régulation dans le contexte de l'action publique (i), et en ce qu'elle renvoie à des vécus et à des trajectoires et modes de vie concrets des aidant.e.s (ii).

Haut conseil de la famille de la famille et de l'âge (2019). Rapport sur les femmes seniors. Note 2 : L'implication des femmes seniors dans l'aide à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie et dans l'aide grand-parentale. Paris HCFEA: 54.

Le rapport aborde les aides apportées à leurs proches par les femmes seniors, définies ici comme ayant entre 55 et 64 ans. Il distingue d'une part, l'aide à un proche, au sens habituel du terme, c'est-à-dire l'aide apportée à ses enfants, sa famille et ses proches en perte d'autonomie ou en situation de handicap et d'autre part, l'aide dénommée grand-parentale apportée à ses petits-enfants. En France, 8,3 millions de personnes âgées de 16 ans ou plus, non professionnelles, aident régulièrement pour des raisons de santé ou de handicap une personne âgée de 5 ans ou plus vivant en logement ordinaire. Et 1,1 million sont des femmes aidantes âgées de 55 à 64 ans. Cette frange de population est la plus fréquemment impliquée dans l'aide à un proche. A la différence des hommes, qui sont moins souvent aidants lorsqu'ils exercent une activité professionnelle ou qu'ils sont caractérisés par un niveau d'instruction élevé, l'implication des femmes âgées de 55 à 64 ans est en moyenne identique quels que soient le niveau d'éducation et la position vis-à-vis du marché du travail.

Le Duff, R. (2019). Etude relative à l'accessibilité des formules de répit et à leur impact sur les aidants familiaux de personnes en situation de handicap. Paris ANCREAI: 221 , fig., annexes. <http://ancreai.org/wp-content/uploads/2019/10/Rapport-int%C3%A9gral-Etude-AIDER-09-2019-1.pdf>

Alors que 8,3 millions de personnes s'occupent d'un proche dépendant (parent, enfant, conjoint) en raison d'un handicap, d'une maladie ou de l'avancée en âge, le Groupe de Coopération Sociale et Médicosociale AIDER, vient de publier une étude réalisée à sa demande par l'ANCREAI sur l'accessibilité du répit pour ces derniers. Si le répit a des effets bénéfiques à 3 niveaux (pour les aidants, pour les aidés et pour la relation aidant/aidé), le GCSMS AIDER déplore que de nombreux aidants n'y aient jamais accès ou alors trop tardivement, notamment quand surviennent les situations de surmenage ou d'indisponibilité. Ainsi, le GCSMS AIDER appelle les professionnels à « penser aidants » et à créer des réponses diversifiées sur tout le territoire afin de répondre à la multitude de besoins des aidants.

Huillier, J. et Ministère chargé de la santé. (2017). "Du baluchonnage québécois au relayage en France : une solution innovante de répit". Paris, Ministère chargé de la santé

Ce rapport est le résultat d'une mission confiée par le Premier ministre à la députée Joëlle Huillier dans le cadre des travaux initiés par la loi d'adaptation de la société au vieillissement (ASV). L'objectif de cette publication est d'étudier le baluchonnage ou relayage, nouvelle formule de répit des aidants. Cette formule est expérimentée par un certain nombre de structures en France. Il consiste en une intervention d'au moins 2 jours et 1 nuit d'un professionnel au domicile de la personne âgée. L'ensemble des acteurs et organisations rencontrés soutient ce dispositif et met en avant son intérêt tant pour la personne âgée, que le proche aidant et le relayeur. Ce rapport préconise notamment un modèle d'organisation du relayage en France.

(2016). Les proches aidants : une question sociétale. Paris Association Française des Aidants <http://www.aidants.fr/actualites/proches-aidants-question-societale>

La Direction Générale de la Santé a missionné l'Association Française des Aidants pour regarder en quoi le fait d'accompagner un proche pouvait altérer sa santé, mais aussi comment les professionnels du soin et du prendre soin prenaient en compte la santé des aidants. Ce rapport rend compte des résultats de son observation des pratiques professionnelles en matière de repérage, d'orientation et de suivi des aidants dans leur parcours de santé.

Davin, B. et Paraponaris, A. (2016). "Quelles sont les conséquences de l'aide apportée par les proches aux personnes souffrant de maladies neurodégénératives ?" Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire(28-29): 474-479. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/28-29/2016_28-29_3.html

Objectifs : cette étude s'intéresse aux proches aidants de personnes souffrant de maladies neurodégénératives. Elle cherche à montrer les conséquences, pour ces aidants, de consacrer une partie de leur temps, de leurs ressources physiques, morales et financières à apporter de l'aide à un proche malade. Méthodes : à partir de l'enquête Handicap-Santé de 2008, on dispose d'un échantillon de 506 aidants pour lesquels il a été possible de décrire les caractéristiques de l'aide et ses conséquences. Ces aidants ont ensuite été appariés à d'autres présentant des caractéristiques similaires, mais s'occupant de personnes ne souffrant pas de pathologies neurodégénératives, afin d'isoler l'effet propre de ce type de maladies sur les spécificités des conséquences pesant sur les aidants. Résultats : en moyenne, un aidant apportait plus de quatre heures d'aide chaque jour, avec une différence marquée entre cohabitants (plus de six

heures par jour) et non-cohabitants (1 heure 30 par jour). La moitié des aidants de malades Alzheimer déclarait qu'aider les amenait à faire des sacrifices (contre moins de 40% des autres aidants). Plus de 40% ont dit ne pas voir assez de temps pour eux (soit 10 points de plus que les autres aidants) et un tiers que cela affectait leur propre santé (contre un aidant sur cinq parmi les autres aidants). Conclusion : l'ensemble des aidants, mais particulièrement ceux qui s'occupent de personnes souffrant de maladies neurodégénératives et qui essaient au quotidien de répondre aux besoins de leur entourage, ont eux-mêmes besoin d'être soutenus, relayés, aidés, formés pour pouvoir supporter les conséquences induites par l'aide qu'ils prodiguent.

Naiditch, M. (2016). "Les aidants et la politique pour l'autonomie." *Soins* 61(803): 30-33.
<http://www.em-consulte.com/article/1038750/article/les-aidants-et-la-politique-pour-l-autonomie>

Longtemps invisible, le rôle des aidants informels dans l'aide aux personnes âgées en perte d'autonomie est de plus en plus reconnu. Une politique en faveur des aidants articulée avec celle destinée aux personnes aidées est nécessaire, mais elle peine à s'imposer en France. Quelques avancées sont toutefois à noter dans le projet de loi dite "d'adaptation de la société au vieillissement". Quelle est aujourd'hui la situation des aidants en France ? Qui sont-ils et que font-ils ? Quels problèmes rencontrent-ils ? Pourquoi ce soudain engouement ? Il est important de mener une réflexion sur les principes fondant une politique de soutien aux aidants et sur les mesures qu'il convient de proposer (résumé d'auteur).

Roquebert, Q., et al. (2016). L'aide à un parent âgé, seul et dépendant : déterminants structurels et interactions. *CES Working Paper; 2016.30*. Paris Centre d'économie de la Sorbonne
<https://ideas.repec.org/p/mse/cesdoc/16030.html>

Cet article étudie les déterminants des décisions d'aide de la part des membres d'une fratrie de deux enfants à l'égard d'un parent âgé, seul et dépendant. L'application d'une méthodologie semistrukturelle, déjà utilisée sur données européennes (enquête SHARE), permet de distinguer les déterminants structurels (individuels et familiaux) et les interactions (influence de la décision d'un membre de la fratrie sur la décision de l'autre). Les résultats obtenus sur les données françaises de l'enquête Handicap-Santé de 2008 confirment l'importance du rang dans la fratrie pour comprendre les comportements d'aide.

(2015). Étude de la politique de l'aide aux aidants et évaluation des dispositifs d'aide aux aidants subventionnés par la CNSA au titre des sections IV et V de son budget. Paris CNSA: 128.
http://www.cnsa.fr/documentation/etude_de_la_politique_de_laide_aux_aidants_et_evaluation_des_dispositifs_daide_aux_aidants_subventionnes_par_la_cnsa_au_titre_des_sections_iv_et_v_de_son_budget.pdf

Le présent rapport vise à fournir à la CNSA des recommandations pour la poursuite et l'adaptation de sa politique en matière d'aide aux aidants, aussi bien en termes d'actions d'accompagnement que de modalités de déploiement et d'articulation avec les autres acteurs, pour s'assurer qu'elle mène une politique pertinente, cohérente et bien articulée avec son environnement. Il doit notamment servir de fondement à une amélioration continue des modes d'intervention des sections IV et V du budget de la CNSA.

Davin, B., et al. (2015). "Pas de prix mais un coût ? Évaluation contingente de l'aide informelle apportée aux personnes âgées en perte d'autonomie." *Économie Et Statistique*(475-476): 51-69. http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES475D.pdf

Le vieillissement de la population confronte les pays qu'il concerne à certains défis, notamment au regard des soins de long-terme. Prendre en charge une personne âgée en perte d'autonomie génère en effet à la fois des coûts publics et privés qui se chiffrent en milliards d'euros chaque année. L'objectif de cette analyse est d'étudier les déterminants du consentement à payer (CAP) des aidants informels pour l'aide qu'ils apportent aux personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile, en utilisant la méthode de l'évaluation contingente. Les données utilisées proviennent de l'enquête nationale Handicap-Santé Aidants informels (HSA) de 2008.

Gand, S., et al. (2014). Aider les proches aidants : comprendre les besoins et organiser les services sur les territoires, Paris : Presses des Mines <http://www.pressesdesmines.com/aider-les-proches-aidants.html>

Aujourd'hui, en France, 1,4 millions de personnes âgées ont plus de 85 ans et elles seront près de 5 millions en 2060. Dans ce contexte, une catégorie d'acteurs joue un rôle crucial : les proches aidants (conjoint, enfants, fratrie, voisins, amis) qui, globalement, procurent 80 % de l'aide reçue par les personnes âgées en perte d'autonomie. Constatant qu'ils sont indispensables mais risquent souvent l'épuisement, les pouvoirs publics, les associations et certains acteurs privés cherchent à développer des actions d'information, de formation, de répit ou encore de soutien psychologique, dédiées aux aidants. En s'appuyant sur des enquêtes de terrain conduites dans plusieurs départements, le présent ouvrage met en évidence les problématiques spécifiques à traiter pour développer de manière structurée et cumulative une politique publique de soutien et d'accompagnement des aidants. Il apparaît qu'une telle politique gagne à être construite au niveau infrarégional et non seulement par le biais d'appels à projets lancés au niveau national. Les auteurs proposent une grille d'analyse des besoins des aidants, et de leur évolution, susceptible d'instrumenter le diagnostic des professionnels amenés à les orienter vers tels ou tels services. L'ouvrage offre enfin une démarche de configuration des services sur les territoires prenant en compte l'hétérogénéité de ces

derniers en termes de besoins, de ressources et de compétences. Cet ouvrage fournira aussi des pistes pour traiter les questions comparables dans le champ du handicap. Enfin, il éveillera l'intérêt des personnes, aidantes ou non, désireuses de mieux comprendre les enjeux et les difficultés de la mise en œuvre d'une politique d'aide aux aidants.

Joel, M. E. (2014). Accompagner (autrement) le grand âge, Evry-sur-Seine : Les Editions ouvrières

Près de quatre millions d'aidants familiaux interviennent en France auprès de personnes âgées en perte d'autonomie. Mais aider n'est pas simple, en raison de la diversité des tâches à assumer et du souci légitime des aidants de préserver leur équilibre personnel et social... En s'appuyant sur cette réalité nouvelle, l'ouvrage de Marie-Ève Joël donne des informations précieuses sur les aidants familiaux, la nature de leurs responsabilités, les relations qu'ils peuvent établir avec les professionnels du soin pour la tranquillité de tous, la charge économique qu'ils assument, avant d'ouvrir quelques perspectives d'avenir en termes de politiques publiques liées à la politique du grand âge.

(2013). Une nouvelle approche des aidants familiaux : enquête sur la charge de l'aidant familial ou proche aidant. Paris APF

<http://interparents.blogs.apf.asso.fr/media/02/00/1903184535.pdf>

Selon l'enquête Handicap-Santé auprès des aidants informels (HSA-DREES-BFHD N°47/2010), en France, 8,3 millions de personnes de 16 ans ou plus aident de façon régulière et à domicile un ou plusieurs de leurs proches pour raison de santé ou d'un handicap. Néanmoins, la charge réelle que cette aide représente est encore mal connue et peu prise en compte par les pouvoirs publics en matière de prévention, de soutiens et de droits sociaux. Un questionnaire d'évaluation de la charge de travail des aidants familiaux¹ a été réalisé par le groupe des aidants familiaux de l'association des paralysés de France (APF) de façon à prendre en compte la globalité de la situation des aidants familiaux de toute personne qui a besoin d'aide dans les actes de la vie domestique et quotidienne. Ceci quelle que soit l'origine de ce besoin d'aide (déficiences motrices, intellectuelles, psychiques, mentales, sensorielles, pluri-déficiences, vieillissement pathologique...) et quel que soit l'âge du proche aidé. La finalité de cette enquête est de mesurer la charge de l'aide procurée par les aidants familiaux, pour que des droits y afférant leur soient attribués. Pour cela, nous avons tenu compte d'éléments mesurables (nombre d'heures d'aide hebdomadaires) et d'éléments plus difficiles à apprécier car individuels et singuliers. Ce sont des critères de qualité de vie, telle que la définit l'OMS² : qualité de l'environnement de la personne aidée, impact sur la vie de l'aidant familial (sa santé physique et psychique, son sommeil, sa vie sociale, sentimentale et familiale...) etc. Selon les situations, l'aide va représenter une charge plus ou moins importante (résumé de l'éditeur).

Alberola, E., et al. (2013). Prévention, aidants, coordination : comment passer du maintien au soutien à domicile des personnes âgées ? *Cahier de Recherche ; 310*. Paris CREDOC
<https://www.credoc.fr/publications/prevention-aidants-coordination-comment-passer-du-maintien-au-soutien-a-domicile-des-personnes-agees>

Le CREDOC a souhaité questionner les enjeux et les déterminants d'un maintien à domicile de qualité des personnes âgées, afin de proposer des pistes de réflexion et d'orientation pour les politiques publiques dédiées à l'accompagnement du vieillissement. Il s'agit notamment de discuter la notion communément admise de « maintien » à domicile, qui semble faire référence à l'idée de personnes davantage « contenues » à domicile, dans l'attente d'une hypothétique entrée en établissement, que « soutenues » dans leur perte d'autonomie à domicile. Il s'agit plus largement d'examiner les conditions d'un « soutien » à domicile qualitatif permettant d'accompagner au mieux les personnes âgées dans leur choix de rester « chez soi », mais également les aidants familiaux et les professionnels nécessairement engagés dans ce soutien à domicile. Cette ambition d'un accompagnement qualitatif doit également être partagée par les pouvoirs publics dans une nécessité d'assurer un soutien à domicile « assumé », pour reprendre les termes du rapport de la mission interministérielle sur l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population.

Campeon, A. et Le Bihan, B. (2013). "Des travailleurs "sous pression" : logiques d'engagements et pratiques du care auprès de proches âgés en situation de dépendance." *Gérontologie Et Société*(145): 103-117.
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Soutenir à domicile une personne âgée en situation de dépendance nécessite la mise en place d'une organisation mobilisant une diversité de ressources et implique un investissement important des aidants familiaux. Dans cet article, qui se base sur plusieurs travaux empiriques portant sur les aidants exerçant une activité professionnelle et jouant un rôle de soutien auprès d'un ou plusieurs parent (s) âgé (s) dépendant (s), les auteurs s'attachent à saisir la manière dont ces derniers s'impliquent et font face à leurs multiples engagements, c'est-à-dire la manière dont ils parviennent ou non à concilier leur activité professionnelle avec leur activité d'aidant. En dépit d'un défi commun lié à l'enjeu de conciliation, ces aidants ne vivent pas cette expérience de la même façon et ne sont pas toujours confrontés aux mêmes difficultés. (R.A.).

Gucher, C. (2013). "Être "aidant familial" en "milieu rural" entre devoir moral et contraintes sociales, quelle place pour l'autonomie ?" *Gérontologie Et Société* (146): 105-116.
<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

La problématique de l'aide familiale a fait l'objet de nombreux travaux se donnant pour projet d'analyser ses formes, ses motivations, ses limites et ses conséquences. Il nous paraît cependant possible d'éclairer encore autrement ces formes solidaires de soutien aux parents ou conjoints âgés, à partir des caractéristiques du milieu dans lequel elles se développent. Elles s'organisent en effet sur les fondements des liens interpersonnels et de l'histoire familiale mais également en référence à une trame d'impératifs pratiques et moraux et aux supports disponibles dans les bassins de vie. La question du choix personnel pour ce qui est de l'engagement dans l'aide en direction d'un proche dépendant se pose alors dans certains territoires ruraux où la solidarité familiale paraît socialement incontournable et où l'absence de services professionnels peut constituer une contrainte. (R.A.).

Guisset-Martinez, M. J. et Villez, M. (2013). "Pour une offre de services adaptée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et à leurs proches des réalisations en France et à l'étranger en milieu rural." *Gérontologie Et Société* (146): 189-200.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Les problématiques du vieillissement en milieu rural sont connues. Aux difficultés identifiées s'ajoutent la survenue éventuelle de troubles cognitifs et leurs conséquences sur la vie quotidienne. Le présent article se propose de présenter des initiatives, en France et à l'étranger, constituant des réponses appropriées pour les personnes malades et leurs familles vivant en milieu rural. Ces actions nécessitent de nouvelles modalités d'intervention pour les acteurs professionnels. (R.A.).

Naiditch, M. (2013). "La politique d'aide aux aidants." *Actualité Et Dossier En Santé Publique*(85): 38-41.

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=142>

Longtemps occulté ou invisible, le rôle des aidants informels dans la délivrance de l'aide et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie est de plus en plus reconnu depuis que diverses enquêtes européennes ont démontré que l'aide informelle en constitue la part dominante et contribue à atténuer drastiquement le montant du financement de la dépendance. Si une politique en faveur des aidants semble donc s'imposer comme composante majeure de celle en faveur des personnes âgées dépendantes, force est de constater qu'en dehors de rares contre-exemples, elle peine à s'imposer, notamment en France. Quelles en sont les raisons ? Et quelles devraient être la logique et la nature des mesures en constituant l'ossature. Différentes études et recherches comparatives européennes permettent de répondre (résumé d'auteur).

Amieva H., Rullier L., Bouisson J., Dartigues J.F., et al. (2012). Attentes et besoins des aidants de personnes souffrant de maladie d'Alzheimer. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 60 (3) : 231-238.

Les aidants familiaux des personnes souffrant de maladie d'Alzheimer sont lourdement sollicités dans la prise en charge au quotidien. Ils présentent un risque accru de mortalité et morbidité aussi bien physique que psychologique. Face à cette souffrance, un vécu difficile avec l'équipe soignante et une insatisfaction des aides reçues accentuent le risque de présenter des troubles anxiodépressifs. La présente étude a ainsi eu pour objectif d'évaluer les besoins et attentes des aidants de malades d'Alzheimer lorsqu'ils recourent à une consultation médicale pour leur proche malade.

(2012). Rapport 2011. Accompagner les proches aidants, ces acteurs invisibles. Paris CNSA
http://www.cnsa.fr/documentation/accompagner_les_proches_aidants_2011.pdf

Le Conseil de la CNSA formule tous les ans, dans le cadre du rapport d'activité de la Caisse, des propositions sur l'évolution du système de protection sociale dans le champ de l'aide à l'autonomie. Il s'est penché sur les besoins des 8,3 millions d'aidants de personnes âgées et de personnes handicapées. Il formule vingt-et-une préconisations pour développer et amplifier des politiques publiques d'aide aux aidants qui soient attentives à leurs besoins propres et reconnaissent le rôle essentiel qu'ils jouent. Les autres chapitres retracent les actions 2011 de la Caisse : le dialogue mené avec les équipes des agences régionales de santé pour les accompagner dans la définition de leur schéma régional d'organisation sociale et médico-sociale ou dans la mise en œuvre d'appels à projets ; son implication dans différents plans de santé publique ; la création et l'animation de réseaux de professionnels des maisons départementales des personnes handicapées ; le soutien aux conseils généraux pour renforcer et déployer leur politique de maintien à domicile et aux programmes de modernisation des fédérations.

Banens, M., et al. (2012). La relation entre aidé et aidant dans le couple adulte et entre parents aidants et enfants aidés : recherche effectuée dans le cadre des Post-enquêtes qualitatives sur le handicap, la santé et les aidants informels, Enquête "Handicap et santé en ménages ordinaires" et Enquête "Aidants informels" DREES - CNSA : rapport final:

L'étude a cherché à évaluer la pertinence du questionnaire et de la démarche de l'enquête HSM-HSA pour mesurer la qualité de la relation entre aidant et aidé dans deux situations particulières : celle où l'aidant est le conjoint cohabitant d'une personne aidée de 18 à 59 ans ; celle où l'aidant est le père ou la mère cohabitant d'une personne de 18 à 29 ans. L'étude s'est faite en trois temps. D'abord, une exploitation de l'enquête HSM-HSA décrit les populations concernées selon différentes caractéristiques sociodémographiques et la qualité de la relation déclarée. Ensuite, une analyse qualitative de treize études de cas, basées sur entretiens, visites répétées et observations, décrit la relation entre aidant et aidé, et le contexte familial dans lequel elle s'inscrit. Enfin, une confrontation cas par cas de la situation décrite qualitativement

et les réponses données à l'enquête HSM-HSA permet d'en repérer quelques décalages. Comme principaux résultats, l'étude met en évidence : une partialité de l'information recueillie par HSM-HSA auprès des seuls aidants ; une pauvreté des informations permettant de rendre les temporalités qui traversent la relation d'aide ; une difficulté de différencier entre intégration familiale descendante et ascendante qui, sur le terrain, semble s'opposer ; une imprécision sur la détermination du rang d'aidant.

Bloch, M. A., et al. (2012). "Les aidants informels." *Vie sociale*(4)
<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-2012-4.htm>

Environ 7% de la population française répondent aux critères de définition d'un "aidant principal", c'est-à-dire qui consacre une part importante de son temps personnel à aider un proche rendu dépendant par la maladie, le handicap ou le grand âge ; deux millions de personnes sont "aidant principal" selon l'Union nationale des associations familiales (Unaf). Par ailleurs, si pour une personne âgée sur cinq vivant à domicile, l'aide est uniquement formelle, c'est-à-dire émanant de professionnels exclusivement rémunérés à cet effet, pour les quatre autres, l'aide est le fait de proches parents ou consiste en un mélange des deux formules. Cela explique la diversité de la terminologie, en lien avec des statuts, des formes d'indemnisation, des dispositions législatives. Ainsi, plusieurs termes sont utilisés pour décrire cette nouvelle catégorie d'acteur social : tiers digne de confiance, aidant familial, aidant naturel, accompagnant, (étymologiquement "celui qui partage le pain."), aidant informel, expression retenue par le Conseil de l'Europe. Cette définition a été choisie dans cette étude de Vie sociale, en privilégiant l'idée d'une modalité d'action certes inscrite dans le paysage de l'action sociale et médico-sociale, mais ne relevant pas de formes d'organisation structurées par des normes juridiques, ni même de conventions sociales assurant une standardisation quelconque. Les aidants sont dits informels parce qu'ils épousent des formes dans des espaces privés, dans des contextes relationnels singuliers qui échappent pour une grande part à la visibilité de ces autres aidants que sont les professionnels du soin et de l'accompagnement social.

Fontaine, R. (2012). "Soutenir ses parents, jusqu'où ?" *Projet*(326): 36-42.

L'individualisation de la société ne va pas nécessairement de pair avec un effritement des solidarités familiales. Mais accompagner un proche âgé dépendant a un coût, en argent, en temps, pour sa vie sociale et sa santé. Autant d'éléments à prendre en compte pour réformer la prise en charge de la perte d'autonomie.

Gand, S., et al. (2012). Soutenir et accompagner les aidants non professionnels de personnes âgées : de l'évaluation des besoins à la structuration des services sur un territoire. Paris Ecole des Mines
http://hal-ensmp.archives-ouvertes.fr/docs/00/81/80/57/PDF/CGS_RapportAidants_17decembre2012.pdf

Ce rapport de recherche porte sur la problématique de l'accompagnement et du soutien des aidants non professionnels de personnes âgées. À partir d'une revue de littérature et d'études de cas approfondis sur six territoires français, l'étude propose des contributions sur la manière d'évaluer les besoins des aidants et sur une approche de la structuration des services par couverture territoriale.

Soulier, N. (2012). "L'aide humaine auprès des adultes à domicile : l'implication des proches et des professionnels." *Études Et Résultats (Drees)*(827): 6.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/l-aide-humaine-aupres-des-adultes-a-domicile-l-implication,11072.html>

En 2008, 2,2 millions d'adultes âgés de 20 à 59 ans, vivant à domicile, sont aidés régulièrement. L'entourage, présent auprès de la quasi-totalité des adultes aidés, assure une part importante de cette aide. En cas de graves problèmes de santé, les professionnels interviennent également. Les aidants sont plus nombreux auprès des moins de 30 ans : les professionnels sont plus spécialisés et interviennent plus souvent ; l'aide à la vie quotidienne est plus diversifiée et l'aide financière de l'entourage plus marquée. Les proches prennent souvent en charge les aidés depuis de nombreuses années, les professionnels intervenant parfois plus tardivement. L'aide est également plus importante pour les adultes ayant beaucoup de difficultés à réaliser seuls une activité essentielle de la vie quotidienne ou pour ceux dans l'incapacité de la faire seuls. Les proches résidant avec eux sont au premier plan de l'aide ; les professionnels interviennent également plus souvent, notamment pour les soins.

(2011). Avis sur la place des familles dans la prise en charge de la dépendance des personnes âgées. Paris Haut Conseil de la Famille

<http://www.hcfea.fr/spip.php?rubrique11>

La dépendance des personnes âgées est une question qui va se poser de façon croissante à la société française, et plus généralement aux différents pays européens. Il faut la traiter en tant que telle afin d'améliorer les aides existantes ou d'inventer de nouvelles formes d'actions au bénéfice des personnes âgées dépendantes ainsi que de leurs familles. Le Haut Conseil de la famille (HCF) tient à rappeler en premier lieu que la première aide à apporter aux aidants familiaux est de créer et structurer l'offre de services adaptés aux besoins des personnes âgées dépendantes en leur permettant d'y accéder dans des conditions financières raisonnables. C'est dans ce sens qu'un certain nombre de propositions sont faites afin de mieux articuler prise en charge collective, participation individuelle et mobilisation des solidarités familiales. Mais le soutien aux aidants familiaux suppose aussi que des actions spécifiques soient engagées en leur direction, afin de faciliter leur rôle et de soulager les contraintes pesant notamment sur leur vie quotidienne, leur vie professionnelle, leur santé et leurs relations familiales.

Essentielles pour la vie des aidants et des personnes aidées, ces actions doivent également favoriser le maintien à domicile en facilitant l'engagement des aidants potentiels. Le souci d'offrir une réponse de qualité à toutes les personnes âgées dépendantes, dans le cadre contraint de nos finances publiques, doit trouver sa traduction dans un équilibre complexe, où la prise en charge publique tient compte des différentes ressources des personnes âgées et de leurs familles, mais ne se traduise pas par une charge excessive sur les personnes concernées, leur patrimoine ou leur famille. L'objectif des différentes propositions retenues par le HCF est que solidarités familiales et solidarités collectives se renforcent mutuellement. Il s'agit d'assurer aux personnes dépendantes une prise en charge de qualité, respectueuse de leurs aspirations et de leurs modes de vie, mais aussi des contraintes et des choix de leurs familles et de leurs proches.

(2011). Prise en charge de la dépendance : pour une véritable complémentarité entre solidarité publique et solidarité familiale. Paris UNAF: 38.

<http://www.unaf.fr/spip.php?article12485>

Dans le cadre de sa participation au débat sur la dépendance engagé par le Gouvernement, le Conseil d'administration de l'Union nationale des associations familiales (Unaf) a adopté une série de positions. Elles s'articulent autour de 5 axes majeurs : priorité au maintien à domicile, réduction des restes à charge pesant sur la personne âgée et sa famille, soutien accru aux aidants familiaux, large prise en charge publique et universelle nécessitant des ressources supplémentaires, représentation des familles dans les instances de pilotage.

Bonnet, C., et al. (2011). "La dépendance : aujourd'hui l'affaire des femmes, demain davantage celle des hommes ?" *Population Et Sociétés*(483)

http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1564/publi_pdf1_483.pdf

L'avancée en âge s'accompagne d'une augmentation des risques de perte d'autonomie, avec pour corollaire l'accroissement des situations de dépendance, nécessitant une aide. Du fait de leur surnombre, parce qu'elles vivent plus longtemps que les hommes et sont plus souvent qu'eux en situation de dépendance aux grands âges, les femmes sont aujourd'hui les principales bénéficiaires de l'aide à domicile. Elles sont également les principales pourvoyeuses d'aide au sein de la famille : ce sont essentiellement elles qui se mobilisent pour aider leurs parents et conjoint. Dans les décennies à venir, la population âgée va s'accroître et les hommes y seront plus nombreux parmi les dépendants et les aidants potentiels. Observera-t-on alors un rééquilibrage des rôles familiaux, et de quel type ? Le développement de l'aide professionnelle à domicile ? Une prise en charge individuelle ou collective de ces coûts ? (R.A.).

Clement, C., et al. (2011). "Les baby-boomers et leurs parents : une analyse des relations intergénérationnelle." *Politiques Sociales Et Familiales*(105): 1-12.

http://www.persee.fr/doc/caf_2101-8081_2011_num_105_1_2609

À partir de récits de vie réalisés en France et en Angleterre, cet article analyse le réseau familial des baby-boomers en se centrant sur les liens qu'ils maintiennent avec leurs parents. La lecture des entretiens met en lumière plusieurs formes d'investissement des enquêtés vis-à-vis de leurs parents, allant des « impassibles » aux « aidants actifs ». Elle montre également que ces aides peuvent varier en fonction de l'existence de frères et de sœurs, d'un conjoint, et qu'elles s'insèrent dans un système. À ce titre, le rôle primordial des enfants est souligné à travers la garde des petits-enfants. Cela ne signifie pas pour autant une absence d'aides à l'égard des parents, mais ces aides sont différentes selon les membres de la parenté et elles n'ont pas les mêmes significations (expression d'une norme sociale pour les parents et d'un investissement affectif pour les enfants).

Domingo, P. et Verite, C. (2011). "Aider un parent dépendant : comment concilier vies familiale, sociale et professionnelle." *Politiques Sociales Et Familiales*(105): 31-46

http://www.persee.fr/doc/caf_2101-8081_2011_num_105_1_2611

Cet article analyse l'organisation temporelle des aidants familiaux à partir des calendriers de l'aide apportée au cours d'une semaine par les enfants aidant un de leurs parents dépendants. Les résultats montrent que les modes d'organisation quotidiens des aidants de la génération « pivot », c'est-à-dire les parents qui sont sollicités par leurs parents âgés et qui ont encore des enfants à charge dépendent de leur situation professionnelle, de la proximité géographique avec le parent aidé et de l'état de santé de ce dernier. En outre, l'étude fait apparaître qu'en matière de dépendance, la question de la conciliation se pose de manière élargie, les aidants familiaux devant articuler à la fois temps familial consacré aux ascendants, temps familial consacré aux descendants et vie professionnelle.

Dubois, M. (2011). Rapport d'information sur le genre et la dépendance. Rapport d'information: 3920. Paris Assemblée nationale

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i3920.pdf>

Ce rapport s'intéresse à la place et le rôle considérable des femmes dans les situations de vieillissement et de perte d'autonomie. La délégation s'est tournée principalement vers des acteurs de terrain, anonymes pour la plupart, qui œuvrent quotidiennement et de façon remarquable, dans la prise en charge des personnes âgées. Sans prétendre à l'exhaustivité, les 18 auditions qu'elle a menées ainsi que son déplacement au sein de deux institutions hébergement de personnes âgées lui ont cependant permis de vérifier la très grande variété des situations dans lesquelles se trouvent nos aînés. Au fil des

auditions, l'importance de l'impact de la dépendance sur les femmes s'est clairement dévoilée : la dépendance touche majoritairement des femmes (I) et, dans la prise en charge de la dépendance, les femmes se voient assigner un rôle qu'elles n'ont pas plus que les hommes vocation à jouer et dont il est légitime de se demander pourquoi elles sont quasiment les seules à l'assumer (II). Face à ces constats, la délégation fait des recommandations pour tenter de trouver des solutions aux inégalités rencontrées par les femmes.

Soulier, N. et Weber, A. (2011). "L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile." *Études Et Résultats (Drees)*(771): 8.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er771.pdf>

D'après l'enquête Handicap-Santé, 3,6 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus et vivant à domicile en 2008 sont aidées régulièrement en raison d'un problème de santé ou d'un handicap dans les tâches de la vie quotidienne, financièrement ou par un soutien moral. Huit personnes âgées sur dix reçoivent au moins l'aide de leur entourage et cinq sur dix au moins celle de professionnels. Le recours à une aide est fortement lié à l'âge de la personne aidée et à son degré de dépendance. La moitié des personnes âgées aidées reçoivent l'aide d'un seul aidant, professionnel ou de l'entourage. L'aide de l'entourage combine le plus souvent une aide aux tâches de la vie quotidienne et un soutien moral. L'aide à la vie quotidienne apportée par les professionnels se concentre sur les soins personnels et les tâches ménagères. Celle de l'entourage est plus diversifiée et concerne l'ensemble des activités de la vie quotidienne. Un tiers des personnes âgées aidées régulièrement pour des raisons de santé ou de handicap déclarent ne pas recevoir toute l'aide dont elles auraient besoin dans leur vie quotidienne.

(2010). Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels.

Recommandations professionnelles. St Denis HAS

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_938713/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-suivi-medical-des-aidants-naturels

Ces recommandations portent sur l'organisation et le contenu d'une consultation annuelle qui est à proposer aux aidants naturels de personnes ayant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée. Sont concernés les aidants naturels ou informels de patients ayant une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée diagnostiquée. Les questions traitées sont les suivantes : définition des aidants naturels ; proposition d'une consultation annuelle ; contenu de la consultation annuelle ; interventions pouvant être proposées aux aidants naturels ; évaluation L'élaboration de ces recommandations de bonne pratique s'intègre dans la mesure n° 3 du Plan Alzheimer 2008-2012 et répond également à une demande de la Direction de la sécurité sociale.

Barbe, C. (2010). "Comment soutenir efficacement les aidants familiaux de personnes âgées dépendantes ?" Note de Veille (La)(187): 10.

<http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/note-de-veille-187-comment-soutenir-efficacement-les-%C2%AB-aidants-%C2%BB-familiaux-de-personnes-agee.html>

Depuis une vingtaine d'années, la prise en charge des personnes dépendantes est inscrite à l'agenda politique dans la plupart des pays de l'Union européenne. En France, le débat s'est longtemps focalisé sur la question de la prestation à accorder aux aidés, clé de voûte du dispositif de prise en charge des personnes âgées dépendantes, ce qui a contribué à occulter la question des aidants familiaux. De plus, habituellement posé sous l'angle de la prise en charge des jeunes enfants, le problème de la conciliation entre vie professionnelle et tâches familiales est resté largement ignoré dans sa dimension relative à la prise en charge des aînés dépendants. Anticipant l'ouverture d'un chantier gouvernemental sur la dépendance qui devrait aboutir à une réforme en 2011, cet article, étayé par des exemples étrangers, identifie quatre enjeux majeurs d'une politique d'appui aux aidants des personnes âgées en perte d'autonomie : la reconnaissance d'un statut juridique et de droits sociaux, la conciliation de la vie professionnelle et du rôle d'aidant, l'allègement des tâches administratives et domestiques et le développement de structures ou de services permettant des moments de répit et de loisirs.

Blanc (A.) / dir. (2010). Les aidants familiaux. Handicap, vieillissement, société. Grenoble : PUG

En ce début de troisième millénaire, l'accompagnement à domicile des personnes âgées et des personnes handicapées constitue un enjeu de société réactualisé. Le nombre de ces personnes et les possibilités de leur accompagnement, collectivement valorisées, sont en effet en augmentation. Plusieurs solutions sont possibles pour prendre en charge ces personnes dépendantes, dont l'institutionnalisation et les différentes formes de l'aide à domicile. Le recours aux aidants familiaux constitue une autre option qui correspond aux attentes des familles et des aidés et satisfait la vie collective, dans la mesure où l'action des aidants peut se substituer à celles des acteurs publics. Cet ouvrage montre la difficulté des aidants familiaux confrontés, d'une part, à l'accompagnement des populations connaissant des formes inégales et variées de la perte d'autonomie et de la dépendance et d'autre part, aux contraintes difficiles imposées par les familles et par les différents niveaux de la puissance publique. Le recours à des aidants familiaux étant une solution à un problème rencontré dans la vie collective, ces aidants ont la possibilité de se constituer en acteur collectif. Afin d'élargir la réflexion, deux situations, en Suisse et en Belgique, complètent l'ouvrage

(2009). "Entraide familiale et solidarités entre les générations." Problèmes Politiques Et Sociaux(962-963)

http://www.persee.fr/doc/caf_2101-8081_2010_num_99_1_2519_t13_0136_0000_2

Ce dossier montre comment l'entraide familiale et les solidarités entre les générations sont constitutives de notre modèle social et peuvent dans certains cas pallier ses défaillances. Contrairement aux idées reçues, la solidarité au sein de la famille n'est pas l'apanage d'un âge d'or révolu de la société préindustrielle. Elle tend même à s'accroître pour faire face à des configurations nouvelles (travail des femmes, allongement des études, chômage, dépendance des personnes âgées...). Une entraide familiale qui s'exerce sous des formes les plus diverses, matérielle ou financière, et qui, pour cette dernière, vient la plupart du temps, renforcer les inégalités déjà existantes entre groupes sociaux. À l'échelle macroscopique de la société, se posent les questions de l'articulation entre générations familiales et générations sociales et de la complémentarité entre aides publiques et aides familiales. Autres enjeux déterminants pour l'avenir : comment assurer l'équité entre les générations ? Comment faire pour atténuer le fardeau que devront porter les générations futures, notamment en termes de dette publique et de retraite ?

Fontaine, R. (2009). "Aider un parent âgé se fait-il au détriment de l'emploi ?" Retraite Et Société(58): 31-61

Face à la menace que fait peser le vieillissement de la population sur les finances publiques, le Conseil européen a donné pour objectif aux États membres de l'Union européenne d'accroître le taux d'emploi des seniors. Alors que les seniors jouent par ailleurs un rôle important dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes, il convient de se demander si une politique visant à prolonger l'activité des seniors est compatible avec une politique visant à soutenir l'aide informelle dont peuvent bénéficier les personnes âgées. Ne peut-on pas craindre une diminution de l'aide informelle en cas d'augmentation du taux d'emploi des seniors ? Ou, au contraire, faire essentiellement reposer la prise en charge des personnes âgées sur les familles n'est-il pas un frein à l'augmentation du taux d'emploi des seniors ? Afin de répondre à ces questions, cet article propose une étude quantitative à partir des données de l'enquête Share (deuxième vague).

Mollard, J. (2009). "Aider les proches." Gérontologie Et Société (128-129): 257-272.

Les aidants familiaux ou proches aidants occupent une place essentielle auprès des personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, place qui n'est aujourd'hui plus à prouver. Il est impératif d'avoir une connaissance fine de leurs besoins et de la nature dynamique du rôle dans lequel ils sont engagés. Il est important de ne pas se centrer uniquement sur l'individu aidant ou l'individu aidé mais plutôt de prendre en compte les interactions complexes qui les lient et la qualité de leur relation. Travailler sur la réticence des proches à recevoir de l'aide, c'est éviter de porter un

regard négatif et stigmatisant sur ce qu'ils vivent et valoriser les satisfactions qu'ils peuvent retirer de cet accompagnement. (R.A.).

(2008). "Familles dépendantes." *Gérontologie Et Société* (127): 232.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Ce fascicule concerne les relations familiales et le grand âge. Il aborde le futur environnement familial des européens âgés dépendants, le droit et l'aide familiale aux personnes âgées dépendantes dans différents pays européens, l'entraide formelle et informelle pour les personnes âgées à domicile, les liens entre générations à l'approche de la mort, la famille et le grand âge, le recours à la métaphore de l'enfance dans les récits d'accompagnants, la loyauté familiale, les valeurs des enfants et parents vieillissants et enfin l'accueil familial.

Davin, B., et al. (2008). "Entraide formelle et informelle. Quelle prise en charge pour les personnes âgées dépendantes à domicile ?" *Gérontologie Et Société* (127): 49-65

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Les évolutions démographiques et sociales liées au vieillissement de la population posent la question de l'organisation de l'aide et des soins de longue durée à apporter aux personnes âgées. Ce travail utilise les données de l'enquête nationale Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), menée en ménages ordinaires en 1999. Il porte sur un échantillon de personnes âgées de 60 ans et plus, ayant déclaré avoir besoin d'aide pour les activités quotidiennes (se laver, s'habiller, préparer les repas, faire les tâches ménagères, etc.). L'article cherche à identifier les facteurs médicaux, socioéconomiques et environnementaux (réseau de proches potentiellement disponibles) associés au type d'aide reçue. (extrait R.A.).

Gaymu, J. (2008). "Comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030 ? Projections européennes." *Population Et Sociétés*(444): 1-4, fig.

http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1357/publi_pdf1_pes444.pdf

La population de personnes dépendantes âgées de 75 ans ou plus devrait augmenter de plus de 70% en Europe d'ici 2030 dans les conditions de santé d'aujourd'hui. Dans le même temps, la part dans cette population des personnes sans conjoint ni enfant devrait diminuer au profit des personnes ayant au moins un parent (enfant ou conjoint) pouvant éventuellement les aider. Les situations resteront contrastées entre les hommes et les femmes en situation d'incapacité, les chances pour les premiers d'avoir un conjoint auprès d'eux étant bien plus élevées que pour elles. La croissance de la part des personnes dépendantes très âgées, la masculinisation des aidants conjugaux et la survie plus fréquente de couples dont les deux membres seront dépendants feront grossir la population demandeuse d'une aide d'ordre professionnel. (R.A.).

Sayn, I. (2008). "Les conceptions de l'aide familiale aux personnes âgées dépendantes dans le droit (Allemagne, Angleterre, Belgique, France, Italie, Portugal)." *Gérontologie Et Société* (127): 29-48

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Le droit recourt à différents moyens pour donner une place à la solidarité familiale dans l'organisation de l'aide aux personnes âgées dépendantes. La plus simple est sans doute de s'abstenir de toute intervention, s'appuyant ainsi implicitement sur les membres de la famille. L'analyse des règles de droit ne permet donc pas de fournir une mesure des échanges intra-familiaux, mais elle permet d'apprécier quelle conception de ces échanges est véhiculée par les règles. L'analyse comparée permet de constater que lorsque les législations sociales s'appuient sur les liens de famille, elles recourent à deux conceptions possibles du fonctionnement de ces liens. Deux logiques sont à l'œuvre, parfois au sein d'une même législation : la première consiste à imposer des solidarités familiales présumées défaillantes, la seconde à soutenir des solidarités familiales supposées effectives. (extrait R.A.).

Dreyer, P. et Ennuyer, B. (2007). *Quand nos parents vieillissent*, Paris : Éditions Autrement

Nous sommes tous concernés par le vieillissement de nos parents qui, à partir de 75 ou 80 ans, peuvent devenir dépendants de notre aide. Cette préoccupation est vécue le plus souvent comme une affaire privée... et toujours comme une épreuve, dans notre société qui refuse de vieillir. Devenir le " parent de son parent " provoque des tensions dans la famille, oblige parfois à prendre des décisions mal vécues, entraîne inévitablement un sentiment de culpabilité puisque nous sommes partagés entre la volonté de nous montrer disponibles et le souhait de préserver notre vie. Ce livre est là pour aider tous ceux qui veulent réfléchir et agir. Familles, médecins gériatres, psychologues, directeurs d'associations, aides à domicile, juristes, sociologues, etc., font part de leur vécu et de leur analyse et placent au cœur de cette réflexion la personne âgée, sa volonté et ses désirs. Chacun pourra en retenir des éléments de réflexion et de précieux conseils sur la manière d'aider sans être envahissant, de partager la garde avec les aides à domicile, de décider à bon escient d'un déménagement ou d'un "placement" en maison de retraite, voire d'anticiper les suites d'une hospitalisation... Et ainsi ne pas oublier que vieillir est aussi une question à la société tout entière. A la fin de l'ouvrage, un cahier pratique donne des solutions pour l'aménagement du domicile ainsi que toutes les indications précises sur les aides financières possibles, les soutiens à domicile disponibles, les démarches à accomplir. Quand nos parents vieillissent devrait permettre à chacun de vivre avec plus de sérénité la vieillesse de son parent, lui qui a encore tant à nous transmettre.

Laporthe, C. (2005). "Les aidants familiaux revendiquent un véritable statut." Gérontologie Et Société (115): 201-208.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Les aidants familiaux, qui apportent, à titre non professionnel, une aide ou un soutien à un proche malade, dépendant ou handicapé, occupent une position spécifique en tant qu'usagers. Ils ont en effet la particularité d'être à la fois utilisateurs et acteurs du système sanitaire et médico-social. Pourtant, ils ne sont légitimés dans aucune des deux fonctions. En tant qu'accompagnants, ils ne bénéficient qu'indirectement des soins délivrés à leur proche et ne sont pas toujours associés aux décisions. En tant qu'acteurs informels, ils peinent à faire reconnaître leur "travail" dans la mesure où ce dernier n'est quantifié par aucune instance administrative et n'a pas de valeur dans une société dont l'échelle d'évaluation est principalement monétaire. (R.A.).

Weber, F. d., et al. (2003). Charges de famille : dépendance et parenté dans la France contemporaine, Paris : Éditions de la Découverte

Cet ouvrage présente la première étape ethnographique d'une recherche collective sur la prise en charge des personnes dépendantes, financée par le ministère de l'éducation nationale et de la recherche dans le cadre de l'Action concertée incitative jeunes chercheurs 2000. L'équipe constituée à cette occasion (MEDIPS, soit Modélisation de l'économie domestique et incidences des politiques sociales) regroupe cinq chercheurs, deux économistes (Agnès Gramain, Jérôme Wittwer) et trois sociologues associés au laboratoire de sciences sociales ENS/EHESS (Stéphane Beaud, Séverine Gojard et Florence Weber). L'objectif premier de l'étude est d'analyser comment sont prises en charge les personnes qui ne peuvent pas vivre seules, comment les charges financières, matérielles, affectives, morales sont partagées au sein des familles entre les familles et les aides à domicile, entre familles, associations, marché et État. L'objectif second est d'entrer dans les familles pour comprendre comment les responsabilités de chacun envers les plus fragiles y sont distribuées, déléguées, refusées ?, de revisiter les frontières trop évidentes entre amour et intérêt, entre lien familial et salariat, entre gratuité et rémunération des tâches en combinant perspectives économique, anthropologique et sociologique. À partir d'enquêtes ethnographiques, les auteurs reprennent le chantier théorique de l'analyse de la parenté, tout à la fois affaire de droit, d'obligations morales, d'affectivité, de patrimoine et d'entraide (D'après le 4e de couverture).

Dutheil, N. (2001). "Aide et aidants des adultes, en ménage ordinaire, ayant une reconnaissance administrative de leur handicap." Série Études - Document de Travail - Drees(16): 121-130

La population des personnes handicapées reconnues par la COTOREP et vivant en ménage ordinaire connaît un fort pourcentage d'inactivité lié à leurs incapacités. Ces

personnes rencontrent des difficultés dans leur vie quotidienne et déclarent bénéficier d'une aide exclusive des membres de leur entourage. Les auteurs rendent compte des caractéristiques des aidants et des différents types d'aides ainsi que des conséquences liées à cette relation d'aide.

(1999). "La galaxie des aidants." Gérontologie Et Société (89): 189.

Ce numéro s'articule en 3 grandes parties autour de la notion d'aide aux personnes âgées. Il s'intéresse tout d'abord aux différents types d'aides et d'aidants, qu'ils soient informels ou institutionnels. Les mouvements d'échanges entre aidés, proches et professionnels sont ensuite examinés à travers les prismes de la formation, de la pédagogie et de la coordination. Enfin le vécu relationnel de cette aide sous les aspects sociologique et pratique est mis en lumière.

En Europe à l'étranger

Luedecke, D., Bien, B., McKee, K., et al. (2018). "For better or worse: Factors predicting outcomes of family care of older people over a one-year period. A six-country European study." Plos One **13**(4): 18, tab., fig.
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0195294>

Demographic change has led to an increase of older people in need of long-term care in nearly all European countries. Informal carers primarily provide the care and support needed by dependent people. The supply and willingness of individuals to act as carers are critical to sustain informal care resources as part of the home health care provision. This paper describes a longitudinal study of informal care in six European countries and reports analyses that determine those factors predicting the outcomes of family care over a one year period.

Albertini, M. (2016). Ageing and family solidarity in Europe: patterns and driving factors of intergenerational support. Washington Banque mondiale.
<http://documents.worldbank.org/curated/en/499921467989468345/pdf/WPS7678.pdf>

Ce document, publié par la Banque mondiale, met en lumière les facteurs qui soutiennent la solidarité intergénérationnelle dans les familles européennes. Il montre que la probabilité d'un soutien intergénérationnel est plus élevée dans les pays scandinaves et plus faible dans le sud de l'Europe. Les inégalités de genre liées au vieillissement sont documentées

Humphries, R., et al. (2016). Social care for older people. Home truths. Londres King's Fund Institute

<http://www.kingsfund.org.uk/publications/social-care-older-people>

This report looks at the current state of social care services for older people in England, through a combination of national data and interviews with local authorities, NHS and private providers, Healthwatch and other groups. It considers the impact of cuts in local authority spending on social care providers and on older people, their families and carers. Alongside this work, we were commissioned by the Richmond Group of Charities to interview older people about their experiences of social care.

Fontaine, R., et al. (2015). Older adults living with cognitive and mobility-related limitations: social deprivation and forms of care received. Ageing in Europe - Supporting Policies for an Inclusive Society, Berlin : Degruyter: 103-150.

<http://www.degruyter.com/view/product/462442>

Limitations in cognitive functioning in older adults are often related to dementia or similar conditions and may serve as a predictor in the absence of a clinical diagnosis. Social deprivation is significantly associated with cognitive and mobility related limitations. Cognitive and mobility-related limitations in older adults are both associated with the use of formal and informal help at home. Living alone is more unlikely for older people with severe cognitive limitations or dementia but not for those with mobility-related limitations. It is suggested to systematically examine the social environment of older adults who show early symptoms of cognitive impairment since they may be at risk of social deprivation.

Ostermann, H., et al. (2015). A cost/benefit analysis of self-care systems in the European Union. Bruxelles Communauté européenne

Self-care is what individuals, families and communities do with the intention to promote, maintain, or restore health and to cope with illness and disability with or without the support of health professionals such as pharmacists, doctors, dentists and nurses. It includes but is not limited to self-prevention, self-diagnosis, self-medication and self-management of illness and disability. The EFPC 2016 conference in Riga will touch upon the subject of self-care and informal care.

Anthierens, S., et al. (2014). Support for informal caregivers – an exploratory analysis. KCE Report ;223S. Bruxelles KCE

Les membres de la famille, voisins ou amis qui contribuent à prendre en charge un proche âgé ou malade occupent une place très importante dans notre système de santé, où ils assument une fraction non négligeable des soins dispensés. Notre système socio-

sanitaire devrait donc veiller à encadrer beaucoup mieux ces aidants proches. Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a examiné – en collaboration avec l'UA, l'UCL et Yellow Window – les aides que les pouvoirs publics apportent actuellement à ces personnes. Il ressort de cette analyse que, si les compensations financières sont peu nombreuses, la possibilité de bénéficier de congés sociaux pour apporter des soins à un proche est perçue comme un point très positif. Les services de répit devraient par contre être accessibles à moindre coût, mieux adaptés aux besoins et proposés de façon proactive, tout comme le soutien psychosocial. Idéalement, il faudrait harmoniser les aides et services existants et centraliser toute l'information à ce sujet au sein d'un canal unique. Avant de revoir les mesures de soutien, il conviendrait néanmoins de mener un vaste débat sociétal sur la place des aidants proches dans le système de soins et dans la collectivité en général et de bien réfléchir aux types d'aide (financière ou autre) qui conviendraient le mieux à leur situation spécifique sans aggraver les inégalités.

Leichsenring, K. é., et al. (2013). Long-term care in Europe : improving policy and practice, Basingstoke : Palgrave Macmillan

This book challenges the prevailing discourse centred on the problems of demographic change and long-term care provision for older people by focusing on solutions emerging from progression and improvement in policy and practice. Building on ample research in 13 European countries, evidence is provided for how the construction of long-term care systems can be taken forward by practitioners, policy-makers and stakeholder organizations. By focusing on prevention and rehabilitation, the support of informal care, the enhancement of quality development as well as by decent governance and financing mechanisms for long-term care, stakeholders may learn from European experiences and solutions on the local, regional and national levels (4e de couverture).

Naiditch, M. (2012). "Comment pérenniser une ressource en voie de raréfaction? Enseignements d'une comparaison des politiques d'aide aux aidants des personnes âgées dépendantes en Europe." Questions d'Économie de La Santé (Irdes)(176)
<http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes176.pdf>

La délivrance de l'aide et l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie, bien que différant d'un pays européen à l'autre, ont un point commun : les aidants (familiaux ou proches) y occupent une place prépondérante. S'assurer de façon pérenne de leur présence constitue un enjeu majeur notamment du fait qu'ils contribuent à atténuer le montant du financement de la dépendance. La mise en place d'une politique d'aide aux aidants en Europe est donc considérée comme une des composantes essentielles de la politique de prise en charge des personnes âgées dépendantes. Dans le cadre du programme de recherche européen Interlinks, un groupe de travail s'est interrogé sur la possibilité d'isoler et de décrire un ensemble de mesures qui dessinerait l'ossature d'une politique spécifique « d'aide aux aidants ». Comment

évaluer l'impact de cette politique sur ses destinataires ? Comment juger de sa capacité à s'intégrer de façon synergique à celle destinée aux personnes âgées en perte d'autonomie ? Afin de répondre à ces questions, un cadre conceptuel a été élaboré. Il a abouti à une classification originale des différents types de mesures de support à partir de critères dont le principal distingue les mesures dites spécifiques, ciblant uniquement les aidants, de celles dites non spécifiques, visant simultanément aidants et aidés.

Pickard, L. (2011). The supply of Informal Care in Europe. ENEPRI Research Reports, n°94.

Bruxelles ENEPRI:

<http://www.ceps.eu/book/informal-care-provision-europe-regulation-and-profile-providers>

This research report is concerned with the analysis of the supply of informal care provided by family and friends in Europe, using data on provision of informal care from the 2007 Eurobarometer survey, which includes all the countries in the ANCIEN study. The research uses multivariate analysis of the provision of informal help with personal care tasks in Europe, taking into account socio-demographic factors likely to affect the provision of informal care, including gender, age, marital status and education, and also taking into account differences in long-term systems. The key conclusion of the report is that differences in informal care provision in European countries are affected, not only by differences in socio-demographic factors, but also by differences in long-term care systems between countries.

Riedel, M. et Kraus, M. (2011). Informal Care Provision in Europe: Regulation and Profile of Providers. ENEPRI Research Reports, n°96. Bruxelles ENEPRI

<http://www.ceps.eu/book/informal-care-provision-europe-regulation-and-profile-providers>

This report investigates regulations for the provision of informal care in 21 member states of the European Union. It focuses on the comparison of public support for informal care, and compares in detail the monetary benefits that can be used to finance informal care. Additionally, it uses SHARE data to compare characteristics of informal carers in a subset of countries, looking at how much care and what kind of care is being provided, and the relationship between the carer and the care recipient. Finally, we contrast characteristics of informal care provision with existing typologies of long-term care systems. Its review shows that almost all the countries studied offer some kind of cash benefit that can be regarded as a support to finance long-term care provided by informal carers. More than half of all countries studied provide a payment directed to the recipient of care, and slightly more countries offer payments directed to informal carers. We find an overlap of ten countries where both informal carers and recipients of care can be eligible for some kind of payment. There is, however, broad variation regarding the amount of support provided: very few countries provide benefits that can be seen as a substitute for other paid employment, and some countries provide rather low payments that are more symbolic in value.

Rostgaard, T. (2011). Livindhome: living independently at home: reforms in home care in 9 European countries. Copenhagen Danish National Centre for Social Research: 252.
<http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/livindhome.pdf>

This report presents findings from the project Living Independently at Home: Reforms in organisation and governance of European home care for older people and people with disabilities (LIVINDHOME). The study provides an overview of recent and current reforms in the organisation and governance of home care systems in nine European countries, and analyses the intended and unintended results of these reforms, in particular, how the reforms have affected the organisation, supply and quality of care. The focus of the study is home care for older people and for people with disabilities. In countries that have more family-oriented welfare traditions (Austria, Germany, Italy, Ireland), comprehensive approaches to long-term care have started to develop only relatively recently. Despite increases in funding for long-term care, home care provision in Italy and Ireland remains highly fragmented, with major local variations in access to services. The second group of countries (Denmark, England, Finland, Norway, and Sweden) have had more or less comprehensive home care services in place for many years. These have been delivered by local authorities under a legislative framework set by central government. Reforms have here involved the introduction of market- and consumer-related mechanisms into the supply and delivery of home care.

Hoffmann, F. et Rodrigues, R. (2010). Informal Carers: Who Takes Care of Them? Policy brief. Vienne The European Centre for Social Welfare Policy and Research
http://www.euro.centre.org/detail.php?xml_id=1714

Until recently, informal care (provided by relatives and friends) has been overlooked by policy-makers in the context of long-term care for dependent older people. Driven by concerns about the fiscal sustainability of long-term care services and by more self-conscious and demanding carers' movements across countries, informal care has been brought into the limelight. Data on carers is still relatively scarce due in part to the nature of the care itself as it is often provided informally at home. In view of this, what do we know about informal carers and who benefits from them? Which country differences exist? Which policies are set in place to support them? This Policy Brief tries to shed light on these issues by using available data from (inter)national sources as well as qualitative information gathered in our recent publication "Facts and Figures on Long-term Care -- Europe and North America". It seeks to increase knowledge on informal carers and discuss some of the implications surrounding social policies that impact them. The analysis is very much policy-oriented and takes a comparative view, focusing mostly on the wider Europe.

Masuy, A. J. (2010). "Les politiques de soutien aux aidants proches en Belgique : un développement typiquement belge." Revue Belge de Sécurité Sociale **52**(1): 59-80.

Ces dernières décennies, le vieillissement de la population s'est imposé comme l'un des défis majeurs du 21^{ème} siècle en Europe. En Belgique, comme dans d'autres pays ayant initié un processus de désinstitutionalisation des soins de santé, la question de la faisabilité du maintien à domicile des personnes âgées s'est rapidement posée. La présence et l'aide des proches sont apparues comme des éléments clés de la prise en charge des personnes dépendantes. Dès lors, l'aidant proche (ou mantelzorg in néerlandais) est devenu objet d'études scientifiques et de mesures politiques. Qui sont les aidants ? Comment combinent-ils ce rôle avec leurs autres obligations professionnelles et familiales ? Quelles sont les limites de cette aide informelle et quelles sont les mesures politiques développées en vue de les aider à maintenir leur engagement ? Le but de cet article n'est pas de dresser l'inventaire des actions existantes, ni même de retracer l'histoire de l'aide à domicile en Belgique. Il s'agit, plus particulièrement, de tracer les grandes lignes de l'émergence, de la réalité actuelle et des perspectives d'avenir de l'aide aux aidants des personnes âgées en Belgique. L'article est divisé en cinq parties. La première situe le cadre sociodémographique actuel du pays, la deuxième explicite quelques caractéristiques clés du développement des politiques sociales en Belgique et montre comment elles s'expriment dans le domaine de l'aide aux aidants. La troisième partie explique comment l'assurance dépendance - qui aurait dû être fédérale - ne s'est mise en place qu'en Région flamande et bruxelloise. La quatrième partie présente les grandes catégories de mesures ou actions existantes actuellement. La dernière partie porte sur les débats actuels et les perspectives d'avenir de l'aide aux aidants en Belgique.

Gaymu, J. (2008). "Comment les personnes dépendantes seront-elles entourées en 2030 ? Projections européennes." Population Et Sociétés(444): 1-4, fig.

http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1357/publi_pdf1_pes444.pdf

]. La population de personnes dépendantes âgées de 75 ans ou plus devrait augmenter de plus de 70% en Europe d'ici 2030 dans les conditions de santé d'aujourd'hui. Dans le même temps, la part dans cette population des personnes sans conjoint ni enfant devrait diminuer au profit des personnes ayant au moins un parent (enfant ou conjoint) pouvant éventuellement les aider. Les situations resteront contrastées entre les hommes et les femmes en situation d'incapacité, les chances pour les premiers d'avoir un conjoint auprès d'eux étant bien plus élevées que pour elles. La croissance de la part des personnes dépendantes très âgées, la masculinisation des aidants conjugués et la survie plus fréquente de couples dont les deux membres seront dépendants feront grossir la population demandeuse d'une aide d'ordre professionnel. (R.A.).

Gaymu, J. (2008). "Quel environnement familial pour les européens âgés dépendants de demain ?" *Gérontologie Et Société*(127): 11-27.

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

La population de personnes dépendantes âgées de 75 ans ou plus devrait augmenter de plus de 70% en Europe d'ici à 2030 dans les conditions de santé d'aujourd'hui. Dans le même temps, celle sans conjoint ni enfant devrait progresser beaucoup plus faiblement voire même diminuer en cas d'amélioration de l'état de santé. C'est la population dépendante composée de personnes ayant potentiellement des aidants familiaux qui augmentera le plus fortement : son effectif pourrait doubler. La croissance de la part des personnes dépendantes très âgées, la masculinisation des aidants conjugaux et la survie plus fréquente de couples dont les deux membres seront dépendants sont autant de facteurs qui plaident en faveur d'une politique de prise en charge de la dépendance orientée en priorité vers l'aide aux aidants. (R.A.).

Sayn, I. (2008). "Les conceptions de l'aide familiale aux personnes âgées dépendantes dans le droit (Allemagne, Angleterre, Belgique, France, Italie, Portugal)." *Gérontologie Et Société*(127): 29-48

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe.htm>

Le droit recourt à différents moyens pour donner une place à la solidarité familiale dans l'organisation de l'aide aux personnes âgées dépendantes. La plus simple est sans doute de s'abstenir de toute intervention, s'appuyant ainsi implicitement sur les membres de la famille. L'analyse des règles de droit ne permet donc pas de fournir une mesure des échanges intra-familiaux, mais elle permet d'apprécier quelle conception de ces échanges est véhiculée par les règles. L'analyse comparée permet de constater que lorsque les législations sociales s'appuient sur les liens de famille, elles recourent à deux conceptions possibles du fonctionnement de ces liens. Deux logiques sont à l'œuvre, parfois au sein d'une même législation : la première consiste à imposer des solidarités familiales présumées défaillantes, la seconde à soutenir des solidarités familiales supposées effectives. (extrait R.A.).

Dohner, H. é. et Kofahl, C. é. (2005). Supporting family carers of older people in Europe : empirical evidence, policy trends and future perspectives - The Pan-European Background Report (Peubare). Hamburg Eurofamcare

EUROFAMCARE is the acronym of the project Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage funded by the European Union. In 2003, the project involved six countries (Germany, Greece, Italy, Poland, Sweden, United Kingdom) plus 17 further European countries. Many European and national reports have been written about the issue of care for older dependent people.¹ This report is designed to focus on family carers of older people and their situation while

later we consider how services do and do not help those who, in virtually every country studied in this report, provide a vast amount of care and support those termed family and informal carers. It has been designed to be brief, to provide an overview of the 23 countries through their National Background Reports (NABAREs), and to act as a stimulus to all those involved in issues related to care. The report rests on the expertise of the authors of the national reports and those interested in specific details for each country should examine these reports. Both the final draft of this report and the matrices attached to the report have been circulated between the authors for feedback and final adaptations. The country specific findings and suggestions were re-assessed in the context of the findings from the other NABAREs. We thank all authors for their additional engagement in checking this report in order to improve consistency and reliability. It is hoped that family carers, policy makers and service providers will find something of interest in this report and that it will provide ideas about how best to move forward in supporting both family carers and older dependent people. At the EU level, the family care of dependent older people is being increasingly recognised as a significant issue, related as it is to the three keystones of accessibility, quality and sustainability of health care systems, to social inclusion and work (labour market).

Jacobs, T., et al. (2005). "Mesurer l'aide informelle : synthèse des pratiques européennes et nouvelle proposition." Retraite et Société(46): 59-87

Cet article présente dans une première partie les recherches sociologiques et sociodémographiques ayant pour thème principal l'aide informelle aux personnes âgées. Il étudie d'abord les relations intergénérationnelles, ensuite le lien entre aide formelle et informelle et enfin le capital social, notamment en analysant les conditions de vie des aidants informels et l'interaction entre "aide et carrière". La deuxième partie est consacrée aux différentes mesures de l'aide informelle disponibles. La dernière partie présente une méthode élaborée en Belgique en 2003. Celle-ci repose sur la description de l'aide apportée sur le plan socio-émotionnel pour les activités ménagères et les soins à la personne. Elle permet d'établir des indicateurs spécifiques pour l'âge, le sexe, etc. et une analyse sociologique des déterminants de la prise en charge des soins informels. Cette étude se termine par la mise en évidence des avantages et des inconvénients de cette approche.

Ogg, J. et Renaut, S. (2005). "Le soutien familial intergénérationnel dans l'Europe élargie." Retraite Et Société(46): 29-57.

Quelle est la nature du soutien familial apporté aux plus âgés dans une Europe qui vieillit ? Sur la base d'une enquête internationale, trois dimensions du soutien familial sont étudiées : fréquence des contacts, soutien potentiel et normes familiales. Les résultats sont présentés simultanément pour treize pays. L'objectif est de confronter les échanges et les relations familiales selon cinq groupes de pays, réunis d'après leur

modèle de protection sociale et selon deux configurations générationnelles : les pivots, en situation intermédiaire entre leurs enfants adultes et les parents âgés, et les aînés, têtes de famille, en situation d'ascendants vis-à-vis du reste de la famille ayant au moins un enfant adulte.

Quelques sites sur la problématique du vieillissement

L'espace « Personnes Âgées » du ministère chargé de la Santé
<https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/>

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)
<http://www.cnsa.fr/>

Conseil d'Orientation des Retraites (COR)
<http://www.cor-retraites.fr/>

Pour les personnes âgées.fr
<http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>

National Institute on Aging (États-Unis)
<http://www.nia.nih.gov/>

Site de l'Enquête SHARE
<http://www.share-project.org/>

The Oxford Institute of Aging (Royaume-Uni)
<http://www.ageing.ox.ac.uk/>

Quelques revues spécialisées

[Ageing and Society](#)

[European journal of ageing](#)

[Gérontologie et société](#)

[Journal of Gerontology, serie B : psychology and social sciences](#)

Quelques grandes enquêtes sur le vieillissement

EN FRANCE

1-enquêtes Drees

- L'enquête Handicap-Santé. Volets ménages et institutions (2008-2009).
- Handicap-Santé - Aidants informels

Nb : Cette enquête prend le relais de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID), réalisé successivement en institutions (1998) et en ménages ordinaires (1999).

[Voir la présentation sur le site de la Drees](#)

- L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)
- L'enquête auprès des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées

[Voir la présentation sur le site de la Drees](#)

- Enquête Care (enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors)

[Voir la présentation sur le site de la Drees](#)

EN ANGLETERRE

- English Longitudinal Study on Ageing (Elsa)

L'objectif principal de ce panel est de collecter les données pluridisciplinaires longitudinales d'un échantillon représentatif des anglais âgés de 50 et plus. Cette enquête a été initiée en 2002, et se déroule sur un rythme bisannuel

[Voir la présentation sur le site dédié](#)

AUX ÉTATS-UNIS

- Health and Retirement study (HRS)

Enquête réalisée aux États-Unis depuis 1992 auprès de 25000 personnes âgées de 50 ans et plus à un rythme bisannuel.

[Voir la présentation sur le site dédié](#)

EN EUROPE

- Enquête Share

Enquête longitudinale, multidisciplinaire et internationale concernant près de 80 000 européens âgés de 50 ans et plus, réalisée tous les deux ans depuis 2004.

Voir la présentation sur les sites dédiés : [site général](#) / [site français](#)

JAPON

- Japanese Study of Aging and Retirement (JSTAR)

Enquête longitudinale menée depuis 2007 auprès d'un panel de plus de 4000 personnes âgées.

[Voir la présentation sur le site dédié](#)

MAIS AUSSI....

Canada: [Canadian Longitudinal Study on Aging](#)

Corée: [Korean Longitudinal study on Ageing](#)

Chine: [China Health and Retirement Longitudinal Study \(CHARLS\)](#)

Irlande : [Irish Longitudinal Study on ageing](#)

Mexique : [Mexican Health and Aging Study](#)

Nouvelle Zélande : [Health Work and Retirement Longitudinal Study](#)